Inhaltsverzeichnis

Medienspiegel vom 23. bis 29. Juni

29.06.2020

«Es gibt trotzdem noch Sparpotenzial bei den Spitälern» - Interview
Blick *29.06.2020*

28.06.2020

Les hôpitaux publics et privés ont su collaborer
Le Matin Dimanche *28.06.2020*

Rollt gerade die zweite Welle auf uns zu?
SonntagsZeitung *28.06.2020*

La contamination au Covid-19 se stabilise à 62 nouveaux cas dimanche
RTS un *28.06.2020*

VD: Les cliniques privées vaudoises dénoncent une inégalité de traitement
Radio RTS La 1ère *28.06.2020*

27.06.2020

ZG: CVP-Parlamentarier fordern ein Notspital
Schweiz am Wochenende Gesamt *27.06.2020*

BE: Inselspital bleibt hart im Fall Urwyler
BZ Berner Zeitung Gesamt *27.06.2020*

ZH: «Heimaufenthalte werden teurer»
Schweiz am Wochenende *27.06.2020*

VD: Quelque 160 millions pour les hôpitaux vaudois
24 heures *27.06.2020*

Die Kantone wollen nicht bei den Spitälern sparen
Neue Zürcher Zeitung *27.06.2020*

TI: Una strategia di rilancio per il Ticino post Covid-19
La Regione Ticino *27.06.2020*

«Eine Reproduktionszahl über 1 ist ein Alarmzeichen»
Radio SRF 4 News *27.06.2020*

26.06.2020

Adieu Tarmed, bonjour Tardoc!
La Liberté *26.06.2020*

2012 bis 2018 wurde das Pflegepersonal um 17 Prozent aufgestockt
blick.ch *26.06.2020*

Heinz Brand déplore une numérisation trop lente de la santé
Le Temps *26.06.2020*

"Bisogna salvare gli ospedali"
RSI Rete Uno *26.06.2020*

Aiuti agli ospedali, cantoni attivi

RSI LA 1 *26.06.2020*

Keine überstürzte Bundeshilfe für Spitäler - Kommentar
Neue Zürcher Zeitung *26.06.2020*

Vogelsanger beharrt auf Geld vom Bund
Schaffhauser Nachrichten *26.06.2020*

«Meilenstein» im Gesundheitswesen
Aargauer Zeitung Gesamt *26.06.2020*

25.06.2020

«Die Chancen für Tardoc stehen gut»
Radio SRF 4 News *25.06.2020*

ZH: «Es braucht eine neutrale Anlaufstelle»
Tages-Anzeiger *25.06.2020*

> ZH: «Es braucht flachere Spitalhierarchien»
> *Medinside 25.06.2020*

Médecins et assureurs présentent un nouveau tarif
24 heures *25.06.2020*

> Médecins et assureurs présentent un nouveau tarif
> *24heures.ch 25.06.2020*

Il Tardoc torna a bussare alla porta del governo
La Regione Ticino *25.06.2020*

> Il Tardoc torna a bussare alla porta del Consiglio federale
> *laregione.ch 25.06.2020*

Nouveau système tarifaire soumis au Conseil fédéral pour remplacer Tarmed
Radio RTS La 1ère *25.06.2020*

Tardoc: Kompromiss zur «Kostenneutralität» erzielt
Medinside *25.06.2020*

Factures: les cantons qui rient, les cantons qui pleurent
Le Temps *25.06.2020*

> Les cantons qui rient, les cantons qui pleurent
> *letemps.ch 24.06.2020*

GR: L'ospedale cantonale GR si organizza
RSI LA 1 *25.06.2020*

Durchbruch im epischen Streit um 12-Milliarden-Tarifmodell
Neue Zürcher Zeitung *25.06.2020*

> Kampf um den wichtigsten Tarif im Schweizer Gesundheits-wesen
> *nzz.ch 25.06.2020*

OP-Verbot: Bund zahlt Kosten nicht
Aargauer Zeitung Gesamt *25.06.2020*

Il Tardoc torna a bussare alla porta del Consiglio federale
laregione.ch *25.06.2020*

GR: Bündner Regierung will Gesundheitsregionen schaffen
nau.ch *25.06.2020*

24.06.2020

LU/NW: 2021 wird der neue Spitalverbund Realität
Luzerner Zeitung *24.06.2020*

23.06.2020

Schwarze Schafe in Weiss
Neue Zürcher Zeitung *23.06.2020*

So gravierend sind die Folgen für Schweizer Spitäler
SRF 1 *23.06.2020*

Blick

Auflage: 179181
Gewicht: Titelseiten-Anriss u. Seitenaufmachung

29. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

TITELSEITE

Santésuisse-Präsident Heinz Brand verspricht: «Es wird keinen Prämienschub geben!»

SEITE 4-5

Hat Corona alles verändert? Nein, sagt Santésuisse-Präsident Heinz Brand

«Es gibt trotzdem noch Sparpotenzial bei den Spitälern»

Interview: Christian Kolbe

Die neue Normalität ist noch nicht ganz die alte Realität wie in den Zeiten vor Corona. Am Hauptbahnhof Zürich einen ruhigen Ort für das Gespräch mit Santésuisse-Präsident Heinz Brand (64) zu finden, ist kein einfaches Unterfangen. In einem Restaurant werden gerade Tische gerückt, um die Schutzvorkehrungen zu verbessern, das andere wird gründlich gereinigt. Im letzten Moment gelingt es, ein Sitzungszimmer für das Gespräch mit BLICK zu finden.

Die Corona-Pandemie ist für das Gesundheitswesen auch eine grosse finanzielle Belastung. Wer bezahlt das alles?

Heinz Brand: Darüber wird gerade heftig gestritten. Nach unserer Schätzung dürfte die Behandlung von Corona-Patienten die Krankenversicherer mit einem dreistelligen Millionenbetrag belasten, deutlich über 100 Millionen Franken. Vorläufig ist das nur eine grobe Schätzung, denn es fehlen noch viele Rechnungen der Ärzte und Spitäler. Zudem liegen ja auch noch Corona-Patienten in den Spitälern.

Droht nun ein Prämienschub?

Nein. Wegen Corona werden die Prämien nicht steigen. Das kann ich versprechen. Kein Prämienschub aufgrund von Corona. Dafür haben die Krankenversicherer über die Jahre Reserven gebildet, daraus können sie nun allfällige Zusatzkosten bestreiten. Auch auf eine zweite Welle sind die Kassen finanziell vorbereitet. Insgesamt verfügen die Krankenversicherer gegenwärtig über Reserven von rund acht Milliarden Franken.

Ist das viel?

Das deckt die Behandlungskosten in der Grundversicherung für rund drei Monate. Es ist nicht übermässig viel etwa im Vergleich mit der Suva.

Wie haben sich denn die Gesundheitskosten ohne Corona entwickelt? Es gab viel weniger Eingriffe.

Aufgrund des Behandlungsstopps lassen sich die genauen Kosten im ersten Halbjahr noch gar nicht richtig abschätzen. Die Folgen dieses Stopps werden sich in den Kostendaten des Monats Juni zeigen, hier rechnen wir tatsächlich mit sinkenden Kosten. Bis Ende Jahr dürften die Kosten aber insgesamt trotzdem leicht anwachsen.

Könnten die Kosten durch den Behandlungsstopp sogar sinken?

Viele der ausgefallenen Operationen werden jetzt nachgeholt. Es ist damit zu rechnen, dass die Kosten im zweiten Halbjahr überdurchschnittlich ansteigen. Aber allein bis Ende April haben wir schon eine Kostenzunahme von rund vier Prozent. Wir sehen keinen totalen Einbruch bei den Gesundheitskosten aufgrund des Lockdowns.

Selbständige müssen Einnahmenausfälle verkraften, Angestellten droht Jobverlust. Liegt vor dem Hintergrund der Wirtschaftskrise eine Prämienerhöhung überhaupt drin?

Die Krankenkassen legen die Prämien nicht alleine fest. Sie müssen diese beim Bundesamt für Gesundheit eingeben. Aus Sicht der Kassen – und damit der Prämienzahler – ist natürlich eine möglichst tiefe Erhöhung immer das Ziel. Die Pandemiefolgen sind auch beim einzelnen Prämienzahler spürbar, da verträgt es keine Zusatzbelastung durch einen grossen Anstieg der Krankenkassenprämien.

Läge gar eine Nullrunde drin?

Viele Krankenkassen müssten Reserven auflösen. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass die Auflösung von Reserven möglicherweise in einem Jahr zu weniger Prämienwachstum führt, dafür steigen die Prämien dann in den Folgejahren umso stärker an.

Sie sind seit fünf Jahren Präsident von Santésuisse, wurden eben wiedergewählt. Wie lange werden Sie noch an der Spitze des Verbandes bleiben?

Das hängt natürlich zunächst vom Verband und seinen Mitgliedern ab. Aber dann gibt es noch das eine oder andere Projekt, das ich gerne weiter vorantreiben möchte.

Zum Beispiel?

Zum einen geht es um die Digitalisierung des Gesundheitswesens. Da gibt es noch viel zu tun. Zudem sind gerade zwei Sparpakete im parlamentarischen Prozess. Je mehr davon umgesetzt wird, desto mehr wirkt sich das dämpfend auf die künftige Prämienentwicklung aus. Die Prämien können nicht mehr beliebig weiter steigen. In allen Bereichen zusammen gibt es auf die nächsten zehn Jahre gesehen Wünsche in der Grössenordnung von weit über zehn Milliarden Franken. Das muss man genau anschauen. Der Kampf gegen das Prämienwachstum bleibt mein oberstes Ziel.

Vor Corona gab es eine intensive Diskussion über den Abbau von Spitalkapazitäten. Hat sich diese Diskussion nun erledigt?

Es gibt in der Schweiz durchaus noch erhebliches Sparpotenzial bei den Spitälern. Aber die Corona-Krise hat gezeigt, dass das heutige Spitalangebot noch verbessert werden kann. Dafür hat das Spitalpersonal einen Superjob gemacht hat. Im intensivmedizinischen Bereich ist das Angebot zu klein, bei den klassischen Spitälern dagegen zu gross.

Das heisst, es braucht mehr Intensivbetten auf Vorrat?

Der Spitalbereich muss dynamischer werden und in der Lage sein, sich schneller auf die wechselnde Nachfrage einzustellen. Heute geht es darum, dass sowohl Personal als auch Geräte flexibler eingesetzt werden können.

Sie wurden 2019 als Nationalrat abgewählt. Haben Sie dadurch als Präsident von Santésuisse an Einfluss verloren?

Es hat vielleicht den Nachteil, dass man den direkten Zugang zu einzelnen politischen Akteuren im Alltag nicht mehr automatisch hat. Aber es hat auch den Vorteil, dass man nicht mehr immer unter dem Generalverdacht der Lobbyistentätigkeit steht. Der direkte Einfluss eines einzelnen Parlamentariers auf den Geschäftsverlauf wird grundsätzlich überschätzt.

Aber gerade die Gesundheitsbranche hat doch viele Parlamentarier unter ihren Fittichen.

Stimmt. Aber die Leistungserbringer wie Ärzte, Spitäler oder Spitex sind im Parlament deutlich besser vertreten als die Krankenkassen. Weniger als zehn Parlamentarier haben heute einen Bezug zu den Kassen. Die Vertretung der Prämienzahler ist stark unter Druck, befindet sich in der Defensive. Wir versuchen die enorme Entwicklung im Angebotsbereich zu dämpfen.

Wie konkret?

Eine wichtige Vorlage ist das sogenannte Referenzpreissystem für Generika. Also für Medikamente, deren Patentschutz abgelaufen ist. Es geht um ein Sparpotenzial von 400 Millionen Franken – das ist ein beträchtlicher Betrag! Hier können die Parlamentarier zeigen, ob es ihnen wirklich ernst ist mit sparen.

Bei Medikamentenkosten von insgesamt sieben Milliarden Franken – wie soll das den Prämienanstieg dämpfen?

Das würde die Kosten um ein bis eineinhalb Prozent senken. In der Schweiz liegt der Marktanteil von Generika erst bei rund gut 20 Prozent. In anderen Ländern ist dieser viel höher, liegt teilweise gar über 80 Prozent. Beispielsweise in Deutschland.

Wäre es da nicht effizienter, die Marktdurchdringung anzuheben, anstatt um den Preis zu feilschen?

Mit dem Referenzpreissystem würde eben beides passieren. Die Apotheken und Ärzte wären angehalten, das günstigste Generikum zu verschreiben – sofern dieses keine Nachteile mit sich bringt. Ich bin klar der Meinung, dass der GenerikaMarkt in der Schweiz viel zu klein ist und das damit verbundene Sparpotenzial zu wenig genutzt wird.

Während der Corona-Krise war das Stichwort Versorgungssicherheit ein grosses Thema. Das Referenzpreissystem würde diese gefährden, sagen die Gegner.

Mit Bezug auf Generika hat dieses Argument nachweislich keine Bedeutung. Wir haben höhere Preise als andere Länder – und sind zu Beginn der Krise Gefahr gelaufen, punktuell Engpässe ertragen zu müssen.

«Der Kampf gegen das Prämienwachstum bleibt mein oberstes Ziel.»

Vielen Spitälern, wie hier dem Baselbieter Kantonsspital Bruderholz, droht auch nach der Pandemie das Spar-Aus.

Ein Berner im Dienste der Bündner

Heimatberechtigt ist Heinz Brand (64) im Kanton Bern. Doch seine Karriere hat er vor allem in Graubünden verfolgt, zuerst vor allem im Prättigau, in seiner Wohngemeinde Klosters-Serneus. Inhaltlich widmete er sich zunächst der Migrationspolitik, von 2011 bis 2019 sass Brand für die SVP Graubünden im Nationalrat. Seit 2015 steht der Jurist an der Spitze von Santésuisse. Er ist verheiratet und hat ein Kind.

© Blick

LE MATIN DIMANCHE

Auflage: 147556
Gewicht: Présentation de la page, grand format

28. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

SUISSE PAGE 8

Les hôpitaux publics et privés ont su collaborer

Santé - Il y a souvent eu des tensions entre eux. Mais, avec le coronavirus, hôpitaux et cliniques ont tiré à la même corde. Les privés racontent comment ils ont vécu la crise.

Caroline Zuercher

«Durant la crise, les cliniques se sont mises à disposition et ont joué un rôle important.» Ce propos de la conseillère d'État vaudoise Rebecca Ruiz illustre la situation particulière de ces derniers mois. Les Romands avaient l'habitude de voir les cliniques privées, les autorités et les hôpitaux cantonaux se chamailler, jusque devant les tribunaux. Dans l'urgence, on a assisté à des collaborations inédites.

Antoine Hubert, administrateur délégué de Swiss Medical Network (SMN, qui regroupe 21 cliniques et hôpitaux en Suisse), lie ces rapprochements à un sursaut de pragmatisme et au facteur humain. Les professionnels se sont serré les coudes. Des permanences vingt-quatre heures sur vingt-quatre ont été créées, des infrastructures modifiées, du matériel a été échangé ou donné, un service de soins intensifs ouvert avec plusieurs mois d'avance.

Approches cantonales

Les partenariats ont été rapidement mis en place au niveau des cantons. Avec des approches différentes et plus ou moins de succès. Quelques exemples? Des cliniques vaudoises ont accueilli des patients Covid. À Genève, les cas urgents non-Covid ont été dirigés vers le secteur privé, qui a ouvert ses salles d'opération aux chirurgiens du public. Et à Fribourg, le personnel de la clinique générale Sainte-Anne (SMN) a été réquisitionné par l'Hôpital cantonal.

Si l'ampleur de ces coopérations a surpris, Gilles Rufenacht, directeur des cliniques genevoises La Colline et Les Grangettes (Hirslanden), y voit l'aboutissement d'un dialogue déjà établi. Ainsi, les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et son groupe se sont unis l'an dernier pour créer un centre de chirurgie ambulatoire, prévu pour 2024.

Tout cela va-t-il perdurer? Gilles Rufenacht le pense. «Les HUG ont démontré qu'ils pouvaient faire preuve d'une grande agilité et nous avons pu prouver notre sens de l'intérêt public», assure-t-il. «Même si nos logiques de positionnement sont différentes, nous avons vu qu'il y avait des façons de collaborer», se félicite Adrien Bron, directeur général de la santé à Genève.

À Lausanne, le patron de la clinique La Source, Dimitri Djordjèvic, adopte le même ton: «Nous sommes condamnés à travailler ensemble. Autant le faire en bonne intelligence!» Antoine Hubert se montre toutefois plus nuancé, en relevant que, «dès qu'on ressort de l'urgence, on retombe dans les procédures et la paperasse».

Les tensions politiques risquent aussi de resurgir. Dans le canton de Vaud, la planification hospitalière, qui sert à répartir les interventions entre les établissements, est en cours de révision. «La planification sera basée sur des critères objectifs, comme les besoins des régions et de la population, et non sur des questions relationnelles», répond Rebecca Ruiz.

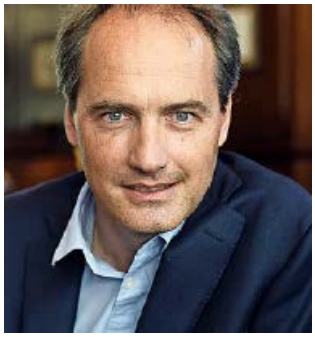
Problèmes financiers

Dans l'immédiat, les problèmes sont d'ordre financier. La crise a entraîné comme ailleurs une baisse de l'activité, en raison de la décision fédérale de suspendre les opérations non urgentes. La clinique Bois-Cerf (Hirslanden) a par exemple enregistré une réduction de 65% dans le secteur stationnaire; La Source estime que son chiffre d'affaires non réalisé dépasse les 8 millions de francs. Un peu partout, une partie du personnel a été mise au chômage partiel.

Mercredi, le Conseil fédéral a refusé d'entrer en matière sur une compensation financière. Plusieurs cantons ont décidé d'agir. Pour Adrien Bron, c'est une question de fair-play car les privés ont joué le jeu. Il n'en espère pas moins que la Confédération et les assureurs participeront à l'effort. Dernier épisode en date, les autorités vaudoises ont annoncé vendredi une aide de 1 million de francs pour les cliniques qui ont pris en charge des patients Covid.

Reprise très lente

Aujourd'hui, les opérations non urgentes sont de nouveau possibles, mais les affaires reprennent très lentement. «Les équipes étaient prêtes à travailler le week-end et le soir, mais cela n'est pas nécessaire», commente Jean-Claude Chatelain, directeur de la Clinique Cecil (Hirslanden). Les patients semblent encore hésiter à se rendre à l'hôpital. Si les établissements ne pensent pas que les activités seront rattrapées dans l'année, ils se disent prêts en cas de seconde vague du virus.



«Les HUG ont démontré qu'ils pouvaient faire preuve d'une grande agilité et nous avons pu prouver notre sens de l'intérêt public»
Gilles Rufenacht, directeur des cliniques genevoises La Colline et Les Grangettes

© Le Matin Dimanche

SonntagsZeitung

Auflage: 194127
Gewicht: Titelseiten-Anriss u. Seitenaufmachung

28. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

TITELSEITE

Taskforce fordert Masken-Pflicht

Laut Corona-Expertengruppe braucht es rasch Massnahmen, um eine starke Zunahme der Fälle zu verhindern

Adrian Schmid, Denis von Burg und Alexandra Bröhm

Seite einer Woche steigen die registrierten Corona-Ansteckungen in der Schweiz wieder täglich. Jetzt verlangt die wissenschaftliche Corona-Taskforce des Bundes eine Maskenpflicht im ÖV und in bestimmten Situationen im öffentlichen Raum, wo Corona-Ansteckungen nicht rekonstruiert werden können. «Wir empfehlen eine Maskenpflicht im öffentlichen Verkehr und überall, wo eine Nachverfolgung mittels Contact-Tracing nicht möglich ist», sagt Taskforce-Leiter Matthias Egger. Letzte Woche wollte die Taskforce mit einer solchen Empfehlung zuwarten, jetzt hält sie sie für nötig. Denn, so Egger: «Die Gefahr eines stärkeren Anstiegs besteht auf jeden Fall.»

Die Kantone sind auch immer mehr von der Notwendigkeit überzeugt. «Wir sollten nicht mehr viel Zeit verlieren, um eine Maskenpflicht einzuführen», sagt Lukas Engelberger, Präsident der Gesundheitsdirektorenkonferenz. Auch CVP-Präsident Gerhard Pfister sagt, die Entwicklung mache ihm Sorgen: «Bei weiter ansteigenden Fallzahlen braucht es mindestens im ÖV eine Maskenpflicht.»

Erster «Superspreader»-Fall in Zürich

Gestern Abend gab die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich bekannt, dass es in der Stadt Zürich zu einem sogenannten «Superspreader-Event» gekommen ist: Ein Mann, der in einem Club war, wurde positiv auf Corona getestet. Fünf weitere Besucher danach ebenso. 300 Gäste und Angestellte des Clubs müssen nun für zehn Tage in Quarantäne. Der Kanton Zürich bittet Menschen, die sich dieses Wochenende an Events aufhalten, vorsichtig zu sein. Sollte der Abstand nicht eingehalten werden können, wird empfohlen, eine Maske zu tragen.

CORONA-KRISE SEITEN 2-3

Rollt gerade die zweite Welle auf uns zu?

Diese Woche haben sich in der Schweiz wieder deutlich mehr Menschen mit dem Coronavirus angesteckt. Wir müssen nun schnell handeln, um weiter steigende Fallzahlen zu verhindern, sagen die Experten.Die Fragen und Antworten dazu

Alexandra Bröhm

Ganzer Beitrag mit Bildern als PDF

Diese Woche sind in der Schweiz wieder deutlich mehr Menschen positiv auf das Coronavirus getestet worden. Die Fallzahlen der Neuinfektionen steigen von Tag zu Tag. Das führt bei vielen zu Verunsicherung: Ist dies nun schon die zweite Welle, wie können wir den Anstieg der Fallzahlen abbremsen und würde eine allfällige zweite Welle anders ablaufen als die erste?

Wie besorgniserregend ist der Anstieg der Fallzahlen?

«Mir macht die momentane Entwicklung Sorgen, weniger wegen der Lockerungen oder der absoluten Zahlen, sondern vor allem wegen der Sorglosigkeit», sagt Manuel Battegay, Chefarzt Infektiologie & Spitalhygiene am Unispital Basel und Mitglied der Science Task Force des Bundes. Weil die Zahlen jeweils den Zustand von vor rund zwei Wochen abbilden, sind die letzten Lockerungsschritte wie Veranstaltungen mit 300 und sogar 1000 Personen in dem Anstieg noch nicht enthalten. Gestiegen sind die Zahlen bereits seit Anfang Juni leicht, und auch die Reproduktionszahl, also wie viele Menschen ein Infizierter ansteckt, liegt schon seit einigen Wochen wieder leicht über 1. Experten der Science Task Force hatten letztes Wochenende gewarnt, dass die Lockerungsschritte in der Schweiz zu schnell passierten. «Beunruhigend ist, dass auch die Hospitalisierungen jetzt wieder ansteigen», sagt Christian Althaus, Epidemiologe an der Universität Bern und ebenfalls Mitglied der Science Task Force. Weil die Schweiz in den letzten Wochen sehr schnell vieles gelockert hat, ist es schwierig festzustellen, was den Anstieg befeuert.

Was sagt das Bundesamt für Gesundheit (BAG)?

«Die Zahlen zeigen tatsächlich eine leicht steigende Tendenz. Man muss die weitere Entwicklung nun aufmerksam beobachten», sagt eine BAG-Sprecherin auf Anfrage. Am Samstag schrieb BAG-Direktor Pascal Strupler auf Twitter noch: «Die Anzahl Neuinfizierter steigt in den letzten Tagen wieder an. Beunruhigend! Hygiene und Distanz trotz Lockerung der Massnahmen sind dringend. Alles andere ist ein Freipass für das Virus!»

Wo steigen die Fallzahlen in der Schweiz?

Im Moment sind die Ausbrüche über die ganze Schweiz verteilt, es gibt keine klar erkennbaren Cluster, wie das beispielsweise in Deutschland in Gütersloh der Fall ist. Fast alle Kantone melden jetzt wieder Fälle. Laut Aussage des BAG vom Donnerstag haben 15 bis 20 Prozent der Fälle ihren Ursprung im Ausland. Im Moment sind es - ähnlich wie im Februar - vor allem jüngere Menschen, die sich anstecken. Wenn die Fallzahlen allgemein steigen, nimmt jedoch auch das Risiko für ältere Menschen und Risikopatienten wieder zu.

Was muss jetzt passieren, um eine zweite Welle zu verhindern?

Alles, was passieren muss, sollte schnell geschehen. «Wenn man die Zahlen wieder drücken will, ist das auf jeden Fall einfacher, solange sie noch nicht allzu hoch sind», sagt Althaus. Auch die Maskenpflicht ist Thema. «Eigenverantwortung ist wesentlich, aber jetzt sollten wir eine Maskenpflicht im ÖV zumindest dort einsetzen, wo die Fälle steigen», sagt Battegay. Die starken Lockerungen hätten ein falsches Signal gesetzt, sind die Experten überzeugt. Der Wunsch nach Normalität sei zwar sehr verständlich, doch das Virus ist nicht verschwunden, nur weil wir es ignorieren.

Was kann jeder Einzelne tun?

Jeder müsse sich nach wie vor so verhalten, als müsste er andere vor einer Ansteckung schützen, sagte die Zürcher Kantonsärztin Christine Meier am Donnerstag. «Hygiene, Abstandhalten und Maskentragen sind Massnahmen, die wenig kosten und viel bringen», so Battegay. Schliessungen und Mini-Lockdowns hingegen kosteten mehr.

Wie wirkungsvoll ist das Contact-Tracing?

Contact-Tracing ist ein wichtiger Pfeiler bei der Eindämmung. Doch längst nicht alle Fälle lassen sich zurückverfolgen. In vielen Kantonen sind es weniger als 50 Prozent der Fälle. Hier hoffen die Experten auf die Swiss-Covid-App. Denn Ansteckungen im öffentlichen Raum lassen sich anders kaum erkennen. «Wir sollten das Contact-Tracing dieses Mal auf keinen Fall aufgeben, selbst wenn die Zahlen steigen», sagt Battegay. Der Bund bekam Anfang März Kritik, weil die Behörden das Tracing schon eine Woche nach dem ersten Schweizer Fall aufgegeben hatten.

Was bringen Massnahmen an der Grenze?

Grenzschliessungen sind wirkungsvolle Massnahmen, aber sie haben einen hohen Preis. Zehntägige obligatorische Selbstisolation nach der Einreise aus einem Land mit hohen Fallzahlen ist ebenfalls eine wirkungsvolle Massnahme. Fiebermessen an der Grenze hingegen erkennt nur einen kleinen Teil der Fälle. Nicht jeder hat Fieber und ansteckend ist man schon bis zu zwei Tage vor Ausbruch der Krankheit.

Steigen die Zahlen, weil viel getestet wird?

Die Testzahlen der letzten Wochen liegen gesamtschweizerisch ungefähr auf dem gleichen Niveau wie im März. Und in den letzten Wochen hat sich die Testkapazität nicht verändert, der Anstieg lässt sich also mit dem Argument des

gründlicheren Testens nicht wegdiskutieren.

Welche Fortschritte gibt es bei der Behandlung?

«Wir wissen heute viel klarer, was wirkt und was sicher nicht wirkt», sagt Battegay. Hoffnung setzen die Ärzte auf das Medikament Remdesivir, das die Virenlast im Körper eindämmen soll. Studien haben gezeigt, dass das neue Medikament die Länge des Spitalaufenthalts bei schwerkranken Covid-Patienten um vier Tage reduzieren kann. «Das ist wichtig, wenn es um die Überlastung des Gesundheitssystems bei hohen Fallzahlen geht», sagt Battegay. Entscheidend sei, dass die Patienten Remdesivir in einem frühen Stadium des Spitalaufenthalts bekommen. Noch nicht ganz bestätigt ist allerdings, ob das Medikament auch die Todesraten senken kann. Eine erste, laut Battegay qualitativ hochstehende Studie deutet jedoch darauf hin. Auch der Entzündungshemmer Dexamethason hat sich nun als wirksames Mittel entpuppt. Vor allem in England konnte er die Todesraten senken. In der Schweiz wird der Effekt vermutlich viel kleiner ausfallen, weil die Ärzte das Medikament hier sowieso in Fällen mit starken Entzündungsreaktionen bereits eingesetzt hatten. Zudem ist es den Schweizer Ärzten gelungen, die Sterberate auf den Intensivstationen im Vergleich zum Ausland grundsätzlich viel tiefer zu halten. Während sie in England bei 40 Prozent lag, waren es beispielsweise in Basel 15 Prozent der Patienten auf der Intensivstation. Auch andere Schweizer Zentren lagen in einem ähnlichen Bereich wie Basel.

Würde eine zweite Welle weniger Todesopfer fordern?

Das hänge vor allem davon ab, welche Massnahmen die Politik und wir als Gesellschaft gewillt seien umzusetzen, sagen die Experten. Man kenne die Risikogruppen. Ausserdem weiss man heute auch mehr über länger anhaltende Folgen der Erkrankungen. Jene, die es schwer trifft, leiden manchmal noch monatelang nach Abklingen der akuten Symptome.

Können wir hoffen, dass ein Teil der Bevölkerung bei einer zweiten Welle immun ist?

In Gebieten, die sehr stark betroffen waren, könnte das eine gewisse Rolle spielen. Doch die Deutschschweiz gehört auf jeden Fall nicht dazu. Zudem gibt es beim Thema mögliche Immunität noch sehr viele Fragezeichen. Verlassen kann man sich deshalb nicht darauf.

Wie sieht die Situation international aus?

Die Schweiz ist mit dem Anstieg nicht allein. In Ländern wie Israel oder Portugal, wo die Pandemie ausgestanden schien, steigen die Fallzahlen plötzlich wieder.

---

300 Leute in Quarantäne

Im Kanton Zürich ist es zum ersten «Superspreader-Event» gekommen. Ein Mann, der in einem Club in Zürich zu Gast war, wurde positiv auf Corona getestet. Fünf weitere Clubbesucher wurden danach ebenfalls positiv getestet, wie die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich gestern Abend mitteilte. Um die Infektionskette zu unterbrechen, ordnete der Kantonsärztliche Dienst für die knapp 300 Gäste und Angestellten des Clubs, die am 21. Juni anwesend waren, eine zehntägige Quarantäne an. (SDA)

Taskforce verlangt Maskenpflicht

Expertengruppe des Bundes sorgt sich wegen steigender Fallzahlen

Die wissenschaftliche Corona-Taskforce des Bundes schlägt Alarm. Die Zahl der Fälle nehme zurzeit in mehreren Kantonen langsam, aber stetig zu, sagt Matthias Egger, Chef der Expertengruppe. Die Entwicklung sei auf die Anpassungen des Regimes vom 6. Juni und die Grenzöffnung vom 15. Juni zurückzuführen - und noch nicht auf die weitgehenden Lockerungen von Anfang dieser Woche. «Die Gefahr eines stärkeren Anstiegs besteht auf jeden Fall, kann aber verhindert werden.» Zum Beispiel mit einem Maskenobligatorium. Die Taskforce sieht den Zeitpunkt gekommen, ein solches zu erlassen. «Wir empfehlen eine Maskenpflicht im öffentlichen Verkehr und überall, wo eine

Nachverfolgung mittels Contact-Tracing nicht möglich ist», sagt der Epidemiologe Egger.

Eine Maskenpflicht gibt es bis jetzt in der Schweiz nur für Demonstrationen. Im öffentlichen Verkehr etwa wird das Tragen lediglich empfohlen. «Eigenverantwortung ist wesentlich, aber jetzt sollten wir eine Maskenpflicht im ÖV zumindest in jenen Regionen einsetzen, wo die Fälle steigen», sagt Manuel Battegay. Der Chefarzt Infektiologie und Spitalhygiene am Unispital Basel ist ebenfalls Mitglied der Taskforce.

Über eine schweizweite Maskenpflicht entscheidet der Bund. Die Kantone können auf dem eigenen Gebiet eine Pflicht erlassen. Lukas Engelberger, Präsident der Konferenz der kantonalen Gesundheits direktoren, findet nun auch, dass «wir uns dem Punkt nähern, diese Massnahme umzusetzen, wenn die Empfehlung zum Maskentragen nicht rasch besser befolgt wird». Die steigenden Ansteckungen bereiten dem Basler CVP-Regierungsrat Sorgen. «Wir sollten nicht mehr viel Zeit verlieren, um eine Maskenpflicht einzuführen.»

Druck machen zudem führende Bundespolitiker. «Eine Maskenpflicht hätte von Anfang an eingeführt werden sollen», sagt FDP-Präsidentin Petra Gössi. Dies hätte die Akzeptanz der Bevölkerung für die Masken erhöht. «Die Aufarbeitung der Krise wird zeigen, ob der Entscheid des Bundesrats, keine Maskenpflicht einzuführen, richtig war.» CVP-Chef Gerhard Pfister sagt: «Bei weiter steigenden Fallzahlen braucht es mindestens im ÖV eine Maskenpflicht.» Und Mattea Meyer, Kandidatin fürs SP-Präsidium, ist der Ansicht, dass man während der Corona-Krise gut gefahren sei, sich an die Empfehlungen der Behörden und Experten zu halten. «Das gilt aktuell auch für die Frage zur Maskenpflicht.» Gegen ein Obligatorium spricht sich SVP-Präsident Albert Rösti aus. «Maskentragen, wo nötig, ist empfohlen, aber nicht zu verordnen. Die meisten Leute sind vorsichtig und wissen, wie sie sich schützen müssen.»

Fiebermessen am Flughafen, Quarantäne für Leute aus Risikogebieten

Nebst den steigenden Ansteckungszahlen sorgten diese Woche eingeschleppte Fälle aus dem Ausland für Unruhe - insbesondere solche aus Serbien. Die Taskforce hat die Empfehlungen im Reisebereich ebenfalls angepasst. Sie schlägt jetzt vor, Temperaturkontrollen für Personen durchzuführen, die mit dem Flugzeug ankommen. Zudem halten es die Fachleute für angebracht, Reisende aus Ländern, welche die Epidemie nicht unter Kontrolle haben, in eine zehntägige Quarantäne zu schicken. «Wir analysieren die epidemiologische Situation weltweit fortlaufend», sagt Egger.

Derweil wird auch zunehmend Kritik am Corona-Regime in den Kantonen laut. «Die Lockerungen verleiten die Leute dazu, unvorsichtiger zu sein», sagt die Freiburger SP-Gesundheitsdirektorin Anne-Claude Demierre. «Es scheint uns verfrüht, Veranstaltungen mit maximal 1000 Personen zu erlauben.» Der Kanton Freiburg hat denn auch ein Fest in Bulle mit 500 Leuten verboten. Und die Walliser SP-Staatsrätin Esther Waeber-Kalbermatten hat «Zweifel», dass es künftig noch möglich sein wird, die Ansteckungsketten zu kont rollieren, wenn sie bei grossen Versammlungen und Demonstrationen auftreten, selbst wenn sich die Leute in Gruppen von 300 Personen zusammenfinden.

Taskforce-Chef Egger geht davon aus, dass das Bundesamt für Gesundheit und der Bundesrat die Situation nun genau beobachten und neue Massnahmen diskutieren werden - unter Einbezug der Empfehlungen der Expertengruppe. Der Druck auf den Bundesrat, bei seiner nächsten Sitzung am Mittwoch neue Corona-Regeln zu erlassen, wird von Tag zu Tag grösser.Adrian Schmid, Denis von Burg

---

Jetzt wird es bald einmal grobfahrlässig - Editorial

Wenn wir uns in den nächsten Jahren an die Corona-Pandemie zurückerinnern werden, dann wird uns vor allem Folgendes in Erinnerung bleiben: Wahrscheinlich hat die Schweiz zu spät ernsthafte Massnahmen gegen die Verbreitung des Coronavirus ergriffen. Eine Woche früher in den Lockdown und eine Woche früher Grenzkontrollen gegenüber Italien - das hätte Menschenleben gerettet und uns viel Geld gespart. Denn erstens hätte dann der Lockdown nicht so scharf sein müssen, und zweitens hätte man früher mit den Lockerungen beginnen können. Erst ab Ende Februar reagierte der Bundesrat entschlossen und zunehmend überzeugend. Erst wurden das Social Distancing propagiert und Veranstaltungen mit über 1000 Leuten verboten. Dann, am 16. März, verhängte der Bundesrat de facto den Notstand und legte gleichzeitig einen grossen Teil der Wirtschaft lahm. Es war das teuerste Gesundheit sprogramm in der Schweiz, aber auch das effektivste. Die Ansteckungszahlen sanken rasant und nachhaltig. Es ging nicht lange, und der sogenannte R-Wert pro Person sank unter eins. Im Nachhinein hat man gesehen, dass nur schon das Social Distancing und das Verbot von Grossveranstaltungen die Kurve drehten. Man wäre wohl auch mit einem Mini-Lockdown

durchgekommen, sagte Matthias Egger letzte Woche in der «SonntagsZeitung».

Er sagte aber auch: «Mit den neuen Lockerungen sind wir wohl bald am Punkt angekommen, an dem eine breite Maskenpflicht eingeführt werden muss.» Doch nichts geschah seither, von Maskenpflicht weiterhin keine Spur, auch wenn die S-Bahnen, die Trams und die Busse immer voller werden. Erstaunlich, denn Egger ist immerhin der Leiter der wissenschaftliche Taskforce, die den Bund in der Corona-Krise berät. Die hat auch schon viel früher geraten, möglichst viele Tests durchzuführen und möglichst früh die App zu lancieren, welche erlaubt, die Ansteckungen rückzuverfolgen. Warum der Bundesrat nicht auf die Experten hört und immer sehr spät reagiert, ist unbegreiflich. Jeder Blick in die öffentlichen Nahverkehrsmittel zeigt, dass viel zu wenige eine Maske tragen. Jede Umfrage zeigt, dass die Leute eine Maskenpflicht akzeptieren würden. Frei nach dem Motto: «Wenn jeder muss, dann mach ich es halt auch.»

Nun, eine Woche später und nach nochmals steigenden Ansteckungszahlen, fordern bald alle Epidemiologen und immer mehr Politiker eine Maskenpflicht im öffentlichen Verkehr. Wenigstens dann, wenn die Sitze voll sind, sollte das nun auch umgesetzt werden. Auch muss man rasche Massnahmen ergreifen bei der Einreise von Menschen aus Ländern wie Serbien, die noch immer Krisenherde sind. Sonst wird es langsam grobfahrlässig - wie in den USA oder in Brasilien, wo man drauf und dran ist, den Lockdown zu verspielen. Ein Experiment, das bei uns 30 Milliarden Franken, so viel kostete der Stillstand der Wirtschaft, aufs Spiel setzen würde. In diesen Spalten ist oft kritisiert worden, dass die Massnahmen zu scharf waren und Lockerungen zu spät erfolgten. Jetzt ist es umgekehrt.

Arthur Rutishauser, Chefredaktor

© SonntagsZeitung

Gewicht: TV / Radio

28. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

19H30, 28.06.2020

La contamination au Covid-19 se stabilise à 62 nouveaux cas dimanche

La Suisse a enregistré 62 nouveaux cas d'infection au Covid-19 au cours des dernières 24 heures, indique dimanche l'Office fédéral de la santé publiqueLa semaine a été marquée par une hausse du nombre de cas avec un pic à 69 samedi.

Depuis lundi, on est passé de 18 cas de contamination au nouveau coronavirus, à 22 mardi, 44 mercredi, 52 jeudi, 58 vendredi, 69 samedi et donc 62 dimanche. Au total, l'OFSP a enregistré 307 nouveaux cas cette semaine, contre 168 la semaine précédente.

Aucun nouveau décès n'est à déplorer dimanche. L'OFSP dénombre 1682 décès depuis le début de la pandémie. Les cantons font eux état de de 1962 décès, aucun depuis le 24 juin.

Quant aux tests, 562'909 ont été effectués depuis le début de la pandémie, dont 6,7 % étaient positifs. Durant les dernières 24 heures, le personnel soignant a procédé à 7594 tests et 53'854 durant la dernière semaine.

Le chef du groupe de travail Covid-19 de la Confédération Matthias Egger s'est dit inquiet de l'évolution des chiffres. Le taux d'infection, dit de "reproduction", est de 1,28, a-t-il tweeté samedi. Un chiffre supérieur à 1 est un signal d'alarme: le virus continue de se propager, a-t-il ajouté sur la radio SRF.

Mise en garde d'Alain Berset

Le ministre de la Santé Alain Berset a mis en garde contre un relâchement dans la lutte contre le coronavirus. Il se dit pour l'heure prudemment confiant. Mais la situation risque d'être à nouveau plus difficile plus tard dans l'année, a déclaré le conseiller fédéral samedi à la radio alémanique SRF.

"Il n'y a pas de miracle et seulement une voie", a-t-il ajouté, se référant aux possibilités de tests: même avec des symptômes légers, les gens doivent se faire tester. Faire attention et se mettre en quarantaine en cas de test positif est une question de responsabilité individuelle et de responsabilité face à la société.

La situation sera sans doute à nouveau plus tendue plus tard cette année: "Nous verrons alors si nous pouvons à nouveau supporter cela, en tant que société", a poursuivi Alain Berset. Les autorités sont bien préparées, mais il faut la collaboration de toute la population et de toutes les entreprises du pays.ats/kkub/boi

Video
(02:21)

Le décryptage de Samia Hurst, médecin et bioéthicienne

Video
(02:59)

FORUM, 28.06.2020

L'interview dans Forum de Jacques Gerber, ministre jurassien de la Santé

Audio

(07:11)

© RTS un

Gewicht: TV / Radio

28. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

FORUM, 28.06.2020

Les cliniques privées vaudoises dénoncent une inégalité de traitement

Les cliniques privées vaudoises dénoncent une inégalité de traitement après l'annonce du Conseil d'Etat vendredi de vouloir débloquer 160 millions de francs essentiellement pour aider les hôpitaux publics du canton.

L'Etat de Vaud a annoncé vouloir combler les pertes des hôpitaux et des institutions sanitaires dues à la crise du coronavirus. La somme de 160 millions vise notamment à compenser le manque à gagner durant cette période.

En guise de compensation, les hôpitaux vaudois recevront 126,5 millions. A ce montant s'ajoutent 33,5 millions destinés à couvrir une partie des surcoûts liés au Covid-19, comme le matériel de protection, les dépistages ou les renforts de personnel. Le Conseil d'Etat a soumis la somme à la commission des finances, qui l'a acceptée.

Cet argent est destiné aux hôpitaux subventionnés (CHUV et établissements de la Fédération des hôpitaux vaudois), aux cliniques privées pour la prise en charge de patients Covid en soins aigus, à l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile et au Centre universitaire de médecine générale et santé publique Unisanté.

Différenciation privé-public

Mais cette annonce a mis le feu au poudre, certains dénonçant le fait que tous les hôpitaux vaudois ne sont pas traités à la même enseigne. Les cliniques privées sont notamment fâchées, s'estimant lésées par ce plan de soutien.

Les cliniques ne seront en effet rémunérées que pour leur prise en charge des patients Covid, mais pas pour leur manque à gagner durant la pandémie, contrairement au CHUV par exemple.

Interrogé dimanche dans Forum, Jérôme Simon-Vermot, secrétaire général de Vaud Cliniques, l'Association vaudoise des cliniques privées, juge que les cliniques privées ont participé au même titre que les autres établissements sanitaires à la prise en charge des patients Covid. Et, ajoute-t-il, le canton de Vaud a réquisitionné l'ensemble des cliniques privées du canton en leur demandant de mettre à sa disposition sur sa demande l'entier de leurs capacités pour lutter contre le coronavirus.

"On ne comprend pas maintenant pourquoi on serait traités différemment", conclut Jérôme Simon-Vermot, souhaitant que le manque à gagner des cliniques privées soit pris en compte au même titre que celui des établissements publics.

Cette différenciation risque de raviver certaines tensions, entre acteurs privés et publics. Il faut dire que le marché de la santé est hautement concurrentiel sur sol vaudois, avec un grand nombre d'institutions sanitaires qui s'y bousculent boi avec ats

Audio
(05:57)

© Radio RTS La 1ère

Schweiz am Wochenende

Gewicht: Artikelgruppe

27. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

ZENTRALSCHWEIZ SEITE 33

CVP-Parlamentarier fordern ein Notspital

Die Coronakrise habe in Zug den Bedarf an einem aktiven geschützten Spital ausgewiesen, betonen drei Kantonsräte.

Laura Sibold

Als die Zuger CVP-Kantonsräte Kurt Balmer (Risch), Jean Luc Mösch (Cham) und Roger Wiederkehr (Risch) im Februar 2019 den ersten Vorstoss betreffend Notspital einreichten, konnten sie nicht wissen, wie aktuell die Thematik noch wird. Mit der Coronapandemie hat das Thema eine neue Dringlichkeit erhalten. Denn um im Krisenfall weiterhin eine medizinische Behandlung gewährleisten zu können, hat der Bund die Kantone zur Führung geschützter Spitaler verpflichtet. Diese kommen zum Einsatz, wenn ein oberirdisches Spital nicht mehr einwandfrei funktioniert – beispielsweise auf Grund kriegerischer Ereignisse.

Der Kanton Zug verfügt unter dem Parkhaus des Kantonsspitals in Baar über ein solches geschütztes Spital. Doch die Operationsstelle wurde vor zehn Jahren in eine Personalgarderobe samt Archiv umgewandelt. Im Fachjargon spricht man von «inaktiv», das heisst, bis das unterirdische Notspital einsatzbereit wäre, verginge über ein Jahr. «Das ist in einer Krise viel zu lange. Gerade dann muss schnell und unkompliziert gehandelt werden können», sagt Kantonsrat Jean Luc Mösch. Daher hat er mit Balmer und Wiederkehr ein Postulat eingereicht, mit dem sie den Regierungsrat mit der Einrichtung eines aktiven geschützten Spitals in Baar oder an einem anderen Standort im Kanton beauftragen wollen. Für die damit einhergehenden Ausgaben sei im nächsten Budget ein Kredit einzustellen.

Hohe Kosten und ein Jahr, bis Spital bereit wäre

Die Coronapandemie habe gezeigt, dass auch im Kanton Zug ein unmittelbarer Bedarf an einem geschützten Spital bestehe, schreiben die Postulanten. Dabei sei zentral, dass es sich um eine aktive sanitätsdienstliche Schutzanlage handle. «Im Bedarfsfall muss eine solche Einrichtung innert kurzer Zeit betriebsbereit sein. Sie ist nicht nur im Kriegsfall wichtig, sondern kann auch in einer Pandemie, wie wir sie erleben, systemrelevant sein», betont Mösch. Mit Hilfe eines geschützten Spitals hätten nicht dringliche Eingriffe dennoch durchgeführt werden können, indem man etwa die Viruserkrankten im Kantonsspital hospitalisiert und die Operationen im Notspital durchgeführt hätte, so der CVP-Parlamentarier. «Das hätte den Leistungsdruck der Spitäler etwas reduziert und sie hätten ihren Verlust minimieren können.»

Gemäss Bevölkerungsschutzgesetz ordnet der Regierungsrat die Inbetriebnahme geschützter Spitäler an. Die Debatte brachten die Kantonsräte Anfang 2019 ins Rollen. Aus Sorge, dass die neue Strategie des Bundes zur Aufhebung des geschützten Spitals Baar führen könnte, reichten sie eine Interpellation ein. Denn jeder Kanton hat die Pflicht, für mindestens 0,6 Prozent der Bevölkerung Patientenplätze und Behandlungsmöglichkeiten in geschützten Spitälern und Sanitätsstellen bereitzustellen. Laut Regierung stehen im Kanton Zug 444 Patientenliegestellen bereit; ein Grossteil davon im geschützten Spital Baar, doch auch in den vier Sanitätsstellen in Zug, Oberägeri, Baar und Steinhausen. Letztgenannte stünden bei Notlagen innert weniger Stunden zur Verfügung, schreibt der Regierungsrat. Jean Luc Mösch widerspricht. In den Sanitätsstellen gebe es teils seit Jahren keine Betten mehr und das inaktive Spital wiederherzustellen, sei teuer. Die Antwort des Regierungsrats gibt ihm recht: Demnach dürften die Kosten für die Wiederherstellung des geschützten Spitals Baar heute rund 10 Millionen Franken betragen. Die über 40 Jahre alte Infrastruktur müsste ersetzt werden, damit sie den Leistungsansprüchen genügt.

Der Kanton soll sich für die Zukunft rüsten

«Ein inaktives Notspital ist wie ein Auto, mit dem man nicht fahren kann. Im Bedarfsfall ist der Kanton Zug damit nicht gut gerüstet», betont Jean Luc Mösch. Denn träte heute eine Notlage ein, die das Kantonsspital überfordere, würden die Zuger Patienten in das nächstgelegene geschützte Spital in Stans gebracht. Sinnvoller als auf die Gutmütigkeit anderer Kantone zu vertrauen sei es, wenn Zug sich selber für die Zukunft rüste. Die Coronapandemie zeige das Problem deutlich auf, so Mösch. «Wenn zum Virus ein übergreifender Schadenfall dazugekommen wäre, hätte der Kanton nicht mehr gross reagieren können. Daher braucht es zwingend ein aktives geschütztes Spital im Kanton Zug.»

Da der Kantonsrat den Vorstoss am Donnerstag an die Regierung überwiesen hat, muss sich diese nun eingehender mit dem Thema befassen.

«Im Bedarfsfall muss eine solche Einrichtung innert kurzer Zeit betriebsbereit sein.»
Jean Luc Mösch, Kantonsrat (CVP/Cham)

Beim Kantonsspital in Baar gibt es unterirdisch ein geschütztes Spital. Dieses ist inaktiv und wird gegenwärtig als Archiv und Garderobe genutzt. Bild: Stefan Kaiser (16.März 2020)

© Schweiz am Wochenende Gesamt

Auflage: 162855
Gewicht: Artikelgruppe

BERNER ZEITUNG BZ

27. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

TITELSEITE

Inselspital bleibt hart im Fall Urwyler

Frauenkarrieren - Wenn der juristische Fall der unrechtmässig entlassenen Ärztin Natalie Urwyler erledigt ist, wird Insel-Direktionspräsident Uwe Jocham sie wohl entlassen. Er sieht keinen anderen Weg.

Jürg Steiner

Im Fall von Natalie Urwyler, der widerrechtlich entlassenen Ärztin des Inselspitals, ist kein Ende abzusehen. Im Gegenteil. Gestern legte der Direktionspräsident der Insel-Gruppe, Uwe Jocham, erstmals ausführlich seine Haltung in diesem seit 2014 dauernden Rechtsfall dar. Er sieht keine Möglichkeit, ihr in einer aussergerichtlichen Lösung entgegenzukommen. Urwylers finanzielle Forderungen seien so hoch, dass er nicht darauf eintreten könne. Mittelfristig sieht Jocham nur die Option, Urwyler nach Beendigung des Verfahrens und einer Karenzfrist von sechs Monaten rechtmässig zu kündigen. Das kann jedoch noch Jahre dauern.

Urwyler hatte 2017 mit einer Klage gegen ihre Entlassung vier Jahre zuvor vor dem Berner Regionalgericht einen landesweit beachteten Sieg gegen das Inselspital errungen. Sie sieht darin die Bestätigung dafür, dass sie als ambitionierte Ärztin diskriminiert worden war. Aus Sicht des Inselspitals kam das Urteil wegen eines Formfehlers bei der Kündigung zustande. Formell ist Urwyler freigestellt, die Insel bezahlt nach wie vor einen Teil ihres Lohns. Kürzlich reichte Urwyler ein Schlichtungsgesuch ein, in dem sie von der Insel-Gruppe einen Schadenersatz von fünf Millionen Franken für ihre zerstörte wissenschaftliche Karriere verlangt. Sie bestätigt, ihren Kampf weiterzuführen und am Gesuch festzuhalten.

REGION SEITEN 2-3

Jocham wird Urwyler wohl kündigen

Inselspital Direktionspräsident Uwe E. Jocham sieht keine Möglichkeit für eine einvernehmliche Lösung im Fall der entlassenen Ärztin Natalie Urwyler, die erfolgreich gegen das Spital geklagt hatte.

Jürg Steiner

Jahrelang hatte sich die Insel-Gruppe nur in knappen Verlautbarungen zum juristischen Fall der 2014 entlassenen Anästhesieärztin Natalie Urwyler geäussert. Nun nimmt Uwe Jocham, seit 2018 Direktionspräsident der Spitalgruppe, zum ersten Mal öffentlich Stellung. Und seine Botschaft ist klar: Er sieht weder eine Möglichkeit, dass die formell freigestellte Urwyler je wieder am Inselspital arbeiten wird, noch, dass die Insel ihr in einem aussergerichtlichen Vergleich angesichts der Höhe der Forderungen entgegenkommen kann. Das wahrscheinlichste Szenario: «Wir warten das Ende des Verfahrens ab und werden ihr sechs Monate danach ordentlich kündigen», sagt Jocham.

Im November 2014 trat Natalie Urwyler erstmals an die Öffentlichkeit. Diese Zeitung berichtete als erste darüber, dass sie gegen das Inselspital eine Klage eingereicht hatte mit brisantem Inhalt. Sie, eine wissenschaftlich ambitionierte Ärztin mit Karriereaussichten, hatte die Kündigung erhalten, weil ihr Arbeitsverhältnis zu ihrem Chef Frank Stüber, Direktor der Klinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie, «zerrüttet» und das Vertrauensverhältnis «nachhaltig gestört» gewesen war. Urwyler hatte sich hart näckig für besseren Mutterschutz und die Vereinbarkeit von Mutterschaft und Karriere eingesetzt. Der Konflikt mit Stüber eskalierte, sie verlor ihre Stelle.

Lohnzahlung läuft weiter

Weil sie sich diskriminiert sah, klagte sie mit Berufung auf das Gleichstellungsgesetz gegen ihre Entlassung und machte eine Reihe von Missständen publik - etwa, dass Frank Stüber gesagt habe, er sehe keine Frauen in Führungspositionen. 2017 hiess das Berner Regionalgericht ihre Klage gut und taxierte die Entlassung als Rachekündigung, das Obergericht bestätigte 2018 das Urteil, und das Inselspital akzeptierte es.

Urwylers Sieg wurde in der Öffentlichkeit als «bahnbrechend für die Karrieren von Frauen in der Medizin» wahrgenommen. Die Zeitschrift «Beobachter» verlieh ihr als Kämpferin für die Gleichstellung und gegen die gläserne Decke für Frauen den Prix Courage.

Zurückkehren an die Insel konnte Natalie Urwyler trotzdem nicht. Die Spitalgruppe stellte sie nach ihrem Sieg vor Gericht 2018 umgehend frei. Neben der Nachzahlung des aufsummierten Lohnausfalls seit der Kündigung 2014 von rund einer halben Millionen Franken verpflichtete sich die Insel damit, Urwylers Lohn ohne Arbeitsleistung von ihr auf Zusehen hin weiterzuzahlen.

Weil Urwyler seit Anfang Mai 2019 im Wallis wieder eine Stelle hat und inzwischen als leitende Anästhesieärztin arbeitet, überweist ihr das Inselspital die Differenz zu ihrem 100-Prozent-Lohn. Sofern «wir von Frau Urwyler die Lohnausweise erhalten, um die Differenz korrekt berechnen zu können», wie Nicole Stämpfli, Direktorin Personal der Insel-Gruppe, sagt.

Inselspital betrieben

Natalie Urwyler und ihr Anwalt, Rolf P. Steinegger, sind allerdings der Meinung, die Insel-Gruppe schulde ihr bedeutend mehr. Mit der missbräuchlichen Kündigung habe Natalie Urwyler nicht nur ihre Stelle verloren, sondern auch ihre wissenschaftliche Karriere. Deshalb reichte sie kürzlich mit Verweis auf das Gleichstellungsgesetz ein Schlichtungsgesuch ein, mit dem sie «Schadenersatz für ihre verhinderte Karriere» im Umfang von fünf Millionen Franken fordert.

Dieser weitere rechtliche Schritt bewog nun die Führung der Insel-Gruppe, ihren Standpunkt in der Causa Urwyler ausführlicher als bisher gewohnt darzulegen. Direktionspräsident Uwe Jocham, der auch Berner Arbeitgeberpräsident ist, hält fest, dass Urwylers monetäre Forderungen «weit höher sind, als ich es bei arbeitsrechtlichen Auseinandersetzungen je gesehen habe. Und ich habe in meiner Laufbahn viel gesehen». Deshalb könne und wolle das Inselspital in keiner Art auf Urwylers Millionenansprüche eintreten.

Jocham erwähnte auch, dass Urwyler die Insel-Gruppe seit Jahren jährlich auf die Summe von zehn Millionen Franken betreibt. Überdies gehe sie bei ihren Entschädigungsforderungen davon aus, sie hätte an der Insel quasi automatisch weiter Karriere gemacht. Das hält Jocham für vermessen. Einer Berufung zu einer Professur oder einer Klinikleitung gehe ein harter, nicht voraussehbarer Auswahlprozess voraus.

Besonders stört sich Jocham daran, dass das Inselspital im Zusammenhang mit dem Fall Urwyler stets als Institution dargestellt werde, die sich um Gleichstellung foutiere. «Das Gegenteil ist der Fall», sagt der Insel-Chef, «ich behaupte, wir sind ein fairer und fortschrittlicher Arbeitgeber.» Frauenförderung habe für ihn höchste Priorität, so Jocham, es liefen vielfältige Programme zur Vereinbarkeit von Karriere und Familie. Weil Frauen im Medizinstudium längst in der Mehrheit seien, sei Gleichstellung eine strategische Priorität.

Dass die Frauenquote in den obersten Positionen nach wie vor tief ist , ist laut Jocham auch eine Generationenfrage. Das werde sich bald ändern. Als ihm Personalchefin Stämpfli einen Ausdruck vorlegt, der zeigt, dass der Frauenanteil auf Oberarztstufe eben die 50-Prozent-Quote übertroffen habe, springt Jocham beinahe aus dem Stuhl auf. «Diese Steigerung in so kurzer Zeit ist unglaublich», sagt er.

«Eine sehr gute Ärztin»

Der Anwalt Jörg Zumstein betreut den Fall Urwyler für das Inselspital. Er, der von Natalie Urwyler nur gehört hat, sie sei«eine sehr gute, fähige Ärztin», betont, dass aus Sicht der Insel ihr Sieg vor Gericht nichts mit Gleichstellung zu tun habe, weil die Richterin bloss einen Formfehler geltend gemacht habe. Das Spital hätte nicht kündigen dürfen, da noch eine Beschwerde von Urwyler wegen Diskriminierung hängig war.

Für die Gleichstellungsfrage relevanter hält Zumstein den noch hängigen Teil von Urwylers ursprünglicher Klage. Darin geht es um die sogenannten Pool gelder aus privatärztlicher Tätigkeit, die unter den Ärzten als Zusatz einkommen aufgeteilt werden. Urwyler fühlte sich diesbezüglich an der Klinik, an der sie arbeitete, diskriminiert. Das Gericht lässt

derzeit in dieser Sache von einem Experten ein Gutachten erstellen, das Urteil steht noch aus. Bis jetzt gibt es laut Zumstein keine Hinweise auf Diskriminierung.

«Diskriminierung als Formfehler zu bezeichnen, halte ich für den Gipfel der Frechheit», erklärt Natalie Urwyler. Ihr Anwalt Rolf P. Steinegger bestätigt auf Anfrage die jährliche Betreibung des Inselspitals auf zehn Millionen Franken. Man habe das tun müssen, um eine Verjährung zu vermeiden. Er bekräftigt, seine Klientin halte an ihren Forderungen und rechtlichen Klagen fest. Sie sei aber «im Gegensatz zum Inselspital» bereit, «über eine faire und vernünftige ausser gerichtliche Regelung zu ver handeln».

Der Fall Urwyler geht weiter - und die Lohnzahlungen des Inselspitals an sie ebenfalls.

Erhält ihre Forderungen und Klagen aufrecht: Die nun im Wallis tätige Anästhesieärztin Natalie Urwyler. Foto: Nicole Philipp

«Ich habe viel gesehen»: Uwe Jocham, Direktionspräsident der Insel-Gruppe. Foto: Beat Mathys

Gleichentags erschienen in: Bieler Tagblatt

© BZ Berner Zeitung Gesamt

Schweiz am Wochenende

Gewicht: Artikel auf regionalen Seiten, gross

27. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

AUSGABE NATIONAL, REGIONEN SEITE 27

«Heimaufenthalte werden teurer»

Die Coronakrise könnte die Zürcher Alters- und Pflegeheime 35 Millionen Franken kosten.

Matthias Scharrer

Für die Alters- und Pflegeheime hat die Coronakrise erhebliche Zusatzbelastungen gebracht. Da ist das menschliche Leid: 78 von bislang 130 Corona-Todesopfern im Kanton Zürich starben in den Heimen. Diese mussten ihren Betrieb stark umorganisieren, seit das Virus hierzulande im März ausbrach. Das schlug auch finanziell zu Buche: Zusätzliches Pflegepersonal musste her, ebenso Schutzmaterial. Gleichzeitig sanken die Einnahmen – zum Beispiel, weil keine Besucher mehr in die Heimrestaurants kommen durften. Bisher summiert sich der finanzielle Schaden laut André Müller, Präsident des Heimverbands Curaviva Zürich, auf rund 35 Millionen Franken.

Hinter den Kulissen wird nun gestritten, wer das bezahlen soll. Für Brigitte Röösli, SP-Kantonsrätin und Co-Präsidentin der Patientenstelle Zürich, zeichnet sich ab: «Die Heimaufenthalte werden teurer für die Bevölkerung.» Darauf deute die kürzlich veröffentlichte Stellungnahme des Regierungsrats zu einer Anfrage von Röösli hin.

Die Regierung schreibt darin, der Aufwand für die Pflege von Heimbewohnenden, die an Covid-19 erkrankt seien, gehe wie alle Nebenaufwände zulasten der Heime. Dies fliesse «in der Regel in die allgemeinen Grund- und/oder Betreuungstaxen ein». Mit anderen Worten: «Die Heime bleiben auf den Kosten sitzen. Und vielleicht auch die Gemeinden», sagt Röösli.

Das sei stossend, da ein grosser Teil der Coronakosten für die Heime auf Anordnungen des Bunds und des Kantons beruhe. Die Heime hätten sich mit enormem Aufwand auf die ausserordentliche Lage eingestellt. Zudem hätten die Behörden Druck gemacht, damit Coronakranke nicht aus den Heimen in die Spitäler kämen.

Gemäss Regierungsrat geschah dies, um eine Überlastung der Spitäler zu vermeiden. Für Röösli ging es dabei auch um Kostenverschiebungen. Klar ist: Es wirkt sich auf die Kostenverteilung aus. Denn an Spitalbehandlungen beteiligt sich gemäss Gesetz der Kanton, nicht aber an der Pflege in Heimen. Laut Röösli stiehlt sich der Kanton aus der Verantwortung, da so manche Corona-Patienten ins Spital gehört hätten, aufgrund der kantonalen Empfehlungen aber im Heim blieben.

Curaviva-Präsident Müller sagt, es sei schwierig zu beziffern, welcher Teil der Coronakosten ohne die behördlichen Anordnungen auf die Spitäler entfallen wäre. Doch er bestätigt, was auch SP-Kantonsrätin Röösli annimmt: «Es ist denkbar, dass die Tarife steigen.» Müller weist allerdings auch darauf hin, dass die 35 Millionen Franken gemessen am Gesamtaufwand aller Zürcher Alters- und Pflegeheime zwar erheblich, aber nicht dramatisch seien. Dieser belaufe sich pro Jahr auf rund zwei Milliarden Franken. Dennoch sei die Kostenfrage wichtig, denn: «Alle Betriebe kämpfen mit den Finanzen.»

«Wir haben ein starres System»

Zu klären sei auch, ob die Krankenkassen sich stärker beteiligen. Der Regierungsrat schreibt dazu, Gesundheitsdirektorin Natalie Rickli (SVP) setze sich im Kreise der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren dafür ein, dass die Versicherer ihren Teil der Coronakrise tragen müssen. Allzu grosse Hoffnungen setzt der Heimverbands-Präsident darauf aber nicht: «Wir haben ein starres System», sagt Müller. Er glaube nicht daran, dass die Krankenkassen den Alters- und Pflegeheimen zusätzliche Beiträge bezahlen würden.

Röösli wünscht eine klare kantonale Regelung zur Finanzierung der Coronakosten in den Heimen, wie sie gegenüber

dieser Zeitung sagt. Es werde willkürlich, wenn jede Gemeinde die Sache auf ihre Art regle.

Der Regierungsrat wiederum betont, der Kanton habe die Heime im Umgang mit der Coronakrise ohnehin schon unterstützt. So konnten sie im März und April bei der Kantonsapotheke Schutzmaterial gratis und ab Mai zum Selbstkostenpreis beziehen. Die Kantonsapotheke habe den Heimen beispielsweise 6522 Liter Händesdesinfektionsmittel, knapp 800000 Schutzmasken und knapp 40000 Schutzkittel geliefert.

Zudem habe die Gesundheitsdirektion die Heime und Gemeinden Mitte September 2019 schriftlich aufgefordert, sich auf eine mögliche Pandemie vorzubereiten. Dies geschehe regelmässig aufgrund des nationalen Epidemiegesetzes, erklärte ein Sprecher der Gesundheitsdirektion. In dem Schreiben hiess es, Grippepatienten sollten dort behandelt werden, wo sie erkrankten – und nur in Ausnahmefällen ins Spital.

Der Streit um die finanziellen Folgen der Coronakrise für Alters- und Pflegeheime ist lanciert.

© Schweiz am Wochenende

Auflage: 68464
Gewicht: Article sur pages régionales, moyen - à petit

24heures

27. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

VAUD PAGE 4

Quelque 160millions pour les hôpitaux vaudois

L'interdiction des hospitalisations non urgentes décrétée par le Conseil fédéral a plombé les finances des institutions sanitaires. Le Conseil d'État demande un crédit supplémentaire pour les renflouer.

Renaud Bournoud

Les hôpitaux et autres institutions sanitaires ont dû concentrer leurs ressources pour faire face à la pandémie. Le Conseil fédéral a d'ailleurs décrété l'arrêt des activités hospitalières «non urgentes» entre le 16mars et le 26mars. Cela se traduit par un gros manque à gagner pour les établissements concernés. Le Conseil d'État sollicite donc un crédit supplémentaire de 160millions pour leur venir en aide. Ce crédit a déjà été accepté par la Commission des finances du Grand Conseil, selon un communiqué de presse de l'État de Vaud diffusé vendredi.

Sur ces 160millions demandés, 126,5millions visent à compenser l'interdiction des hospitalisations non urgentes durant un mois et demi. «Mais aussi la baisse estimée de l'activité en général jusqu'à la fin de l'année», précise Catherine Cossy, déléguée ad interim à la communication du Département de la santé. Un montant de 33,5millions doit, lui, couvrir «une partie des surcoûts causée par le matériel de protection, les dispositifs particuliers mis en place pour la prise en charge des patients Covid, les dépistages et les renforts de personnel».

Prise en charge financée

Ce soutien financier est destiné aux hôpitaux subventionnés et aux cliniques privées «pour leur prise en charge de patients Covid en soins aigus sur la période de mars à mai», précise le communiqué. L'Association vaudoise d'aide et de soins à domiciles et le Centre universitaire de médecine générale et de santé publique devraient également en profiter.

Le 25mars dernier, le Conseil d'État avait déjà relevé la limite de l'avance de trésorerie accordée à la Centrale d'encaissement des établissements sanitaires de 75millions à 125millions, afin d'assurer les liquidités à court terme.

L'ambulatoire aussi

La même question se pose pour les soins ambulatoires, dont l'activité a également baissé avec la pandémie. «Le type de soutien à accorder aux hôpitaux pour le manque de recettes ambulatoires devra être analysé et discuté dans un second temps», assure le Conseil d'État. Il en va de même pour un éventuel soutien aux établissements médico-sociaux qui ont aussi subi de lourdes pertes durant la crise.

Enfin, l'État reconnaît que certains acteurs non subventionnés, comme les cabinets médicaux de premier recours, ont joué un rôle clé dans l'offre de soins à la population. Le Canton pourrait envisager un soutien sous la forme d'emprunts à conditions favorables.

126,5
En millions de francs, la somme qui doit servir à compenser le manque à gagner provoqué par l'arrêt des activités non urgentes

© 24 heures

Neue Zürcher Zeitung

Auflage: 126795
Gewicht: "Mittlere" Story

27. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

SCHWEIZ SEITE 13

Die Kantone wollen nicht bei den Spitälern sparen

Im Kampf gegen die Überversorgung will Gesundheitsminister Alain Berset die Preise drücken, doch die Kantone legen sich quer

Fabian Schäfer

«Jedem Tääli siis Spitääli.» Der Spruch ist alt, aber immer noch gültig. Die Spitaldichte hierzulande ist im internationalen Vergleich nach wie vor hoch. Trotz der anspruchsvollen Topografie muss ein grosser Teil der Bevölkerung auch in abgelegenen Regionen nicht weit fahren, um das nächste Spital zu erreichen. Hinzu kommt, dass die Konzentration bei den Angeboten wenig fortgeschritten ist – viele Spitäler bieten viele Leistungen an. All dies kostet. Die Ausgaben für die Spitäler sind ein zentraler Faktor für die Höhe der Krankenkassenprämien, gleichzeitig belasten sie die Kantone.

Nun will Gesundheitsminister Alain Berset den Spitälern den Tarif durchgeben. Er plant eine Verordnungsänderung, die auf eine Reduktion der Tarife für stationäre Spitalbehandlungen abzielt. Berset will hier die Messlatte ehrgeiziger ansetzen als bisher: Die Tarife sollen sich neu an jenem Spital orientieren, das im schweizweiten Kostenvergleich am oberen Rand des günstigsten Viertels liegt (25. Perzentil). Somit dürfte der wirtschaftliche Druck grundsätzlich für drei Viertel aller Betriebe zunehmen. Die Vorgabe des Bundes würde zwar nicht absolut gelten, aber die Spitäler und Krankenversicherer müssten sich in ihren Tarifverhandlungen daran orientieren.

Horrorszenario der Spitäler

Das Ziel ist klar: mehr Wettbewerb – und letztlich eine Flurbereinigung. Im Vergleich zur heutigen Regelung würde sich die Gangart mit Bersets Plänen markant erhöhen. Die heutigen Vorgaben werden durch die Gerichte so ausgelegt, dass sich Versicherer und Spitäler bei ihren Verhandlungen auch an einem «Durchschnittsbetrieb» orientieren dürfen, der im schweizweiten Vergleich mittlere Kosten aufweist (50. Perzentil).

Dass die Spitäler den Vorschlag schroff zurückweisen, versteht sich von selbst. Im März hielt ihr Verband H+ fest, Berset gefährde mit seinen Plänen die Gesundheitsversorgung. Gestützt auf eigene Berechnungen setzte der Verband damals gar die Warnung ab, der Bund wolle 120 Spitäler schliessen und 10 000 Stellen abbauen. Das kam nicht überall gut an. Vertreter der Krankenkassen warfen dem Spitalverband vor, er versuche aus der Corona-Krise Kapital zu schlagen.

Doch nun erhalten die Spitäler Schützenhilfe: Die Kantone sprechen sich in ihrer Stellungnahme vom Freitag ebenfalls klar gegen Bersets Vorhaben aus. Sie sprechen von einem «massiven Eingriff» in die Preisgestaltung. Auch sonst fällt die Stellungnahme der kantonalen Gesundheitsdirektoren geharnischt aus. Sinnbildlich für die angespannte Stimmung steht ein unübersehbar indignierter Hinweis: Die Gesundheitsdirektoren monieren, «mehrmals» hätten sie eine Aussetzung der Vernehmlassung gefordert, weil die Meinungsbildung durch die Corona-Krise stark erschwert gewesen sei. «Wir bedauern, dass der Bundesrat dies nicht anerkannt hat.»

In der Sache widersprechen die Gesundheitsdirektoren Berset diametral. Dieser hatte seine Vorschläge unter dem Titel der «Versorgungsqualität» präsentiert, erreichen würde er aber laut den Kantonsvertretern das Gegenteil. Eine einheitliche Festlegung der Tarife wäre aus ihrer Sicht der Qualität abträglich, weil die Versorgung damit nur noch über das Kriterium der Kosten gesteuert würde. Dies könnten sie nicht unterstützen, halten die Gesundheitsdirektoren fest – und erwähnen explizit, sie trügen die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.

Andere Interessen als der Bund

Allerdings dürften bei den Kantonen auch andere Motive mitspielen. Zum einen fürchten sie um ihren Einfluss, weil sie

heute bei den Tarifen relativ viel Spielraum haben. Zum anderen haben die Kantone in der Spitalpolitik traditionell andere Interessen als der Bund: Vielfach sind sie Eigentümer von Spitälern. Zudem haben sie aus regional- und wirtschaftspolitischen Gründen wenig bis kein Interesse an Spitalschliessungen, da damit nicht nur potenziell grosser Ärger verbunden ist, sondern auch der Verlust von Arbeitsplätzen.

© Neue Zürcher Zeitung

laRegione Ticino

Auflage: 32567
Gewicht: Seitenaufmachung, gross

27. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

Una strategia di rilancio per il Ticino post Covid-19

L’esperienza è il tipo di insegnante più difficile. Prima ti fa l’esame, poi ti spiega la lezione (O.Wilde).

“Andrà tutto bene” è stato l’incoraggiamento che ci ha sostenuti nei mesi più drammatici del coronavirus. Ora che la pandemia ha allentato la sua morsa, dobbiamo domandarci cosa fare affinché “tutto finisca davvero bene”, scongiurando il rischio che dall’emergenza sanitaria si sprofondi in un’emergenza economica e sociale. Anche la Camera di commercio e dell'industria unitamente agli attori del territorio, è persuasa che è il momento di predisporre una strategia di rilancio economico post Covid-19, favorendo le condizioni per un nuovo ciclo di sviluppo del Paese. Indubbiamente la crescita e la salvaguardia della competitività delle imprese potranno evitare effetti devastanti per l’occupazione, i redditi e il sostegno alle fasce più deboli della popolazione. Diviene, dunque, ancora più importante il dialogo tra imprese, sindacati, politica, governo e società civile se vogliamo costruire una visione comune per il Ticino del XXI secolo, concentrandoci sulle vere priorità della collettività, poiché Cantone e Comuni saranno confrontati con un importante calo delle entrate fiscali. Innovazione tecnologica, digitalizzazione, formazione, sburocratizzazione e lavoro sono per la Cc-Ti gli assi strategici su cui intervenire per favorire la ripresa e sostenere strutturalmente l’economia e la società.

Innovazione

Incoraggiare l’innovazione in tutte le sue applicazioni è la migliore garanzia per rendere più competitivo il sistema economico. Le premesse ci sono. L’anno scorso il Ticino si è aggiudicato il secondo posto nella classifica europea sull’innovazione e ha registrato, inoltre, un numero di brevetti superiore alla media svizzera.

Tre le direttrici principali per dare nuovi impulsi all’innovazione:

1) Intensificare ulteriormente la collaborazione dei nostri Centri di ricerca (vantiamo istituti di fama mondiale), dell’USI e della SUPSI con le aziende.

2) Sfruttare la collocazione geografica che pone il Ticino al centro delle aree più innovative dell’Europa.

3) Promuovere un ambiente socio-economico che attiri talenti e specialisti, agevoli la nascita di start up ed esorti il rischio imprenditoriale.

Digitalizzazione e sostenibilità

La trasformazione digitale è un moltiplicatore dei nostri tempi che delinea l’innovazione per tutte le attività economiche. Secondo uno studio del MIT, in quattro mesi di pandemia col boom dell’e-commerce, il telelavoro, le lezioni a distanza, la telemedicina e le comunicazioni on line, si è avuto un’estensione delle tecnologie digitali che avrebbe richiesto, normalmente, dai 3 ai 5 anni. L’emergenza sanitaria ha dimostrato che il settore ITC è il tessuto connettivo della società. Di fronte a questo incredibile salto tecnologico diventa fondamentale pensare di estendere al più presto la banda ultralarga a tutto il Ticino, eliminando o limitando le barriere digitali tra aree urbane e zone periferiche e assicurare nuove opportunità di crescita in ogni regione. Strettamente legata a questo passaggio è la realizzazione della rete di telefonia 5G. Una tematica che dovrebbe essere affrontata con emotività maggiormente razionale, considerato che questo nuovo standard di comunicazione, oltre ad essere un eccezionale vettore competitivo per le imprese, diventa essenziale per gestire il flusso di dati che ormai governa i servizi collettivi e la vita quotidiana.

Ma le tecnologie digitali offrono soluzioni inedite anche per garantire quella sostenibilità ambientale che è uno dei principali traguardi delle aziende. Esse permettono, infatti, una migliore efficienza energetica, un uso più razionale delle risorse (evitando sprechi e riducendo le emissioni nocive), un’ottimizzazione delle filiere produttive e modalità di impiego,

come il telelavoro, a più basso impatto ambientale.

Formazione

Assieme all'innovazione, la formazione è l'altro motore della crescita. Per sintonizzare la formazione alle esigenze reali del mercato del lavoro, è indispensabile una collaborazione costante tra imprese, sindacati, scuola e istituzioni politiche. Questa sinergia riuscirà a ricalibrare la formazione sui cambiamenti produttivi e sociali che richiedono una manodopera ancora più preparata e, soprattutto, in grado di acquisire sempre nuove competenze.

Grazie alla formazione duale, la Svizzera ha ottenuto per l'occupazione giovanile risultati che gli altri Paesi ci invidiano. Un sistema oggi confrontato, purtroppo, con la crisi indotta dalla pandemia e che va, quindi, sostenuto e potenziato: mettendo le aziende formatrici nelle migliori condizioni per l'inserimento degli apprendisti, sgravandole da costi e carichi burocratici eccessivi; accostando con più efficacia l'orientamento professionale alla vita reale delle imprese; organizzando campagne mirate sia per persuadere i ragazzi e le loro famiglie che il tirocinio non è assolutamente una formazione di serie B (permette tra l'atro anche l'accesso all'università), sia per avvalorare ai loro occhi, mestieri che garantiscono ottimi sbocchi occupazionali. L'avanzata dell'intelligenza artificiale spazzerà via molte professioni, ne farà nascere altre e riconfigurerà, con abilità diverse, le modalità del lavoro ad ogni livello. Tutto ciò richiederà modelli formativi decisamente flessibili.

È questa la sfida che guida l'offerta formativa della Cc-Ti con corsi mirati, moduli commisurati a specifiche esigenze aziendali e la sua Scuola anageriale con attestato federale. Bisogna attrezzarsi per cogliere le opportunità offerte dall'evoluzione digitale.

Dobbiamo imparare bene le regole in modo da infrangerle nel modo giusto (Dalai Lama).

L'accelerazione tecnologica di questi ultimi anni va supportata con una forte capacità d'innovazione istituzionale per rendere più dinamica la governance di un sistema paese in rapida trasformazione. Serve in particolare una drastica riduzione della burocrazia che ha ormai pervaso ogni attività. Oggi persino medici e insegnanti si lamentano dell'eccessivo carico burocratico che sottrae tempo ai loro veri compiti. Tra Confederazione, Cantoni e Comuni si è addensata una stratificazione di leggi, regolamenti e ordinanze che penalizza la competitività delle imprese e soffoca la società e lo spirito d'iniziativa.

Da anni in Ticino si chiede di ridurre la densità normativa, di semplificare le regolamentazioni, accelerare le procedure amministrative, coordinare meglio servizi e competenze della pubblica amministrazione e sfoltire gli oneri amministrativi che gravano sulle aziende. Ciò non significa deregolamentare, ma permettere, oggi più che mai, all'economia e alla società di rimettersi più agevolmente in moto per superare una crisi che si annuncia lunga e difficile. La necessità di una maggiore flessibilità burocratica è avvertitaa da tante imprese che oggi devono confrontarsi con una concorrenza più agguerrita che mai.

Il nodo da sciogliere, nell'interesse in primis, degli stessi lavoratori, è anche la riforma di una legge del lavoro non più interamente aderente all'odierna realtà produttiva e sociale.

© La Regione Ticino

Gewicht: TV / Radio

27. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

ECHO DER ZEIT, 27.06.2020

«Eine Reproduktionszahl über 1 ist ein Alarmzeichen»

- In der Schweiz und in Liechtenstein sind innerhalb eines Tages 69 neue Ansteckungen mit dem Coronavirus gemeldet worden.
- 18, 44, 52, 58, 69: Der Anstieg der letzten Tage macht den Schweizern Sorge. Der Leiter der Corona Taskforce zeigt sich beunruhigt.
- Zuvor hatte auch BAG-Direktor Pascal Strupler via Tweet an die Bevölkerung appelliert, die Hygiene-Massnahmen strikt einzuhalten.

Matthias Egger, der Leiter der wissenschaftlichen Corona-Taskforce des Bundes, zeigt sich aufgrund der steigenden Corona-Infektionen in der Schweiz besorgtGrund zur Sorge gäben nicht nur die steigenden Fallzahlen, sondern auch die Reproduktionszahl, ein wichtiger Faktor des aktuellen Stands der Corona-Pandemie.

Die Reproduktionszahl liegt nun mit 1.28 deutlich über 1.
Matthias Egger, Leiter Corona-Taskforce des Bundes

Egger: «Die Reproduktionszahl, die Zahl also, welche angibt, wie viele Menschen von einem Neuinfizierten angesteckt werden, liegt nun mit 1.28 deutlich über 1.»

Eine Reproduktionszahl über 1 sei ein Alarmzeichen, sagt Egger: «Die Epidemie breitet sich weiter aus und bleibt nicht stabil.» Das sei erst recht beunruhigend, weil die Zahl der Neuinfizierten nicht von heute stamme. Der aktuelle Anstieg der Ansteckungen ist laut Egger auf frühere Öffnungsschritte zurückzuführen – auf die Öffnung der Grenzen am 15. Juni beispielsweise.

Wird es also nur noch schlimmer? Egger: «Das ist zurzeit noch nicht klar.» Wie Bundesrat Berset appelliert auch der Chef der Corona-Taskforce an die Bevölkerung, unbedingt die geltenden Hygieneregeln einzuhalten. Händewaschen, und Masken tragen, wenn der Abstand von 1.5 Metern nicht eingehalten werden könne.

Aus wissenschaftlicher Sicht gäbe es aber auch eine beruhigende Nachricht, sagt Egger. Obwohl man vielmehr teste, seien die positiven Tests proportional gesehen nicht gestiegen: «Die Testaktivität hat deutlich zugenommen, der Prozentsatz positiver Tests hingegen hat nicht zugenommen.»

«Alles andere ist ein Freipass für das Virus»

In einem Tweet hatte auch BAG-Direktor Pascal Strupler festgehalten, dass die Anzahl Neuinfizierter in den letzten Tagen wieder angestiegen sei. Das sei beunruhigend. Hygiene und Distanz trotz Lockerung der Massnahmen seien dringend. Alles andere sei ein Freipass für das Virus.

Zuvor hatte bereits das BAG gewarnt, dass man insbesondere bei Picknicks und Grilladen vorsichtig sein müsse: «Vergessen Sie nicht, Distanz zu halten, und befolgen Sie die Hygiene- und Verhaltensregeln. Teilen Sie weder Getränke noch Essen mit anderen.»

Audio

(03:59)

© Radio SRF 4 News

LA LIBERTÉ

Auflage: 39425
Gewicht: Histoire de longueur moyenne

26. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

FAIT DU JOUR PAGE 7

Adieu Tarmed, bonjour Tardoc!

Médecine - Assureurs et médecins proposent une nouvelle tarification des prestations médicales.

Curafutura, l'une des deux faîtières des assureurs-maladie, et la Fédération des médecins suisses (FMH) ont déposé hier une nouvelle mouture de leur système tarifaire. Selon eux, celle-ci remplit les exigences du Conseil fédéral et réunit les atouts pour remplacer le Tarmed, désormais dépassé. La structure tarifaire proposée, le Tardoc, remplit toutes les conditions pour mettre fin au long blocage du tarif médical ambulatoire, assurent Curafutura et la FMH dans un communiqué diffusé hier.

Tardoc doit remplacer la structure Tarmed, introduite en 2004, qui ne permet pas de rémunérer les prestations selon le niveau actuel de la médecine, la technique médicale et les coûts de personnel. Cela se traduit par une allocation déséquilibrée des ressources, certaines prestations étant sous-dotées et d'autres surdotées. Or la majeure partie des prestations ambulatoires sont facturées via ce tarif, soit un tiers du volume total des coûts relevant de l'assurance obligatoire des soins, c'est-à-dire 12 milliards de francs par année.

Pour Curafutura et la FMH, le Tardoc compense ces déséquilibres. Il reflète les possibilités techniques actuelles, et la réduction de 4700 à 2700 du nombre de positions simplifie la structure tarifaire et augmente la transparence. Les positions purement stationnaires ont été supprimées.

La mouture proposée hier remplit désormais les exigences mentionnées par le Conseil fédéral, assurent Curafutura et la FMH. Un premier projet avait été présenté en juillet 2019, élaboré conjointement avec la Commission des tarifs médicaux (CTM), chargée du domaine des assurances-accidents, invalidité et militaire. Ce projet n'avait pas trouvé grâce aux yeux du gouvernement. Il n'avait en effet pas obtenu l'adhésion d'une majorité des assureurs, et deux variantes étaient proposées concernant la neutralité des coûts.

Cette fois, le Tardoc réunit la majorité des assurés avec CSS, Helsana, Sanitas, KPT ainsi que SWICA, membre de la faîtière concurrente santésuisse. Et les deux organisations se sont accordées sur un concept commun d'introduction neutre en termes de coûts. Les partenaires tarifaires espèrent une évaluation favorable de leur projet de la part du Conseil fédéral et l'invitent à l'approuver en vue d'une entrée en vigueur au 1er janvier 2022.

Santésuisse et l'association des chirurgiens (FMCH) ont de leur côté présenté début juin une nouvelle tarification dans le domaine ambulatoire basée sur un système de forfaits, qui devrait selon eux apporter plus de transparence pour le patient. Le projet, qui concerne 67 opérations fréquemment effectuées, a aussi été remis au Conseil fédéral pour approbation. ats

© La Liberté

Blick

Gewicht: Online

26. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

ONLINE, 26.06.2020

2012 bis 2018 wurde das Pflegepersonal um 17 Prozent aufgestockt

2018 sind über 214'000 Personen im Pflegebereich von Spitälern, Pflegeheimen und Spitex tätig gewesen. Dies entspricht rund 146'700 Vollzeitäquivalenten.Seit 2012 wurde der Pflegepersonalbestand um 17 Prozent erhöht, vor allem in Erwartung der Bevölkerungsalterung.

Laurent Gillieron

Bei der Hälfte des Pflegepersonal handelt es sich um diplomierte Pflegefachpersonen, je ein Viertel sind Pflegepersonal auf mittlerer Stufe sowie Pflegehelferinnen und Pflegehelfer, wie die neuesten Aufstellungen des Bundesamts für Statistik ausweisen.

Spitäler und Pflegeheime sind die beiden grössten Arbeitgeber von Pflegenden. Sie beschäftigen 45 beziehungsweise 41 Prozent des gesamten Pflegepersonals. Der Rest ist bei Spitex-Diensten tätig. Die knapp 150'000 Vollzeitäquivalente in der Pflege machen 3,7 Prozent der Gesamtbeschäftigung in der Schweiz aus.

Zwischen 2012 und 2018 ist der Pflegepersonalbestand jährlich im Schnitt um 2,7 Prozent gestiegen. Die weitaus höchste Steigerung wurde im Spitexbereich verzeichnet mit einem Zuwachs von einem Drittel; in den Pflegeheimen nahm der Pflegepersonalbestand nur halb so stark zu, um etwa 17 Prozent - was dem Gesamtdurchschnitt entspricht. Die Zunahme in den Spitälern war mit 13 Prozent unterdurchschnittlich.

Das mittlere Qualifikationssegment wuchs mit 37 Prozent am stärksten, gefolgt von diplomierten Pflegefachpersonen mit einem Plus von 13 Prozent. Hilfsschwestern und -pfleger wurden dagegen in den sieben Berichtsjahren nur 6 Prozent mehr eingestellt. Offensichtlich werden Schwesternhilfen zunehmend durch Personal aus dem mittleren Ausbildungssegment ersetzt.

Die durchschnittliche Anstellungsdauer der diplomierten Pflegefachpersonen und des Pflegepersonals auf mittlerer Stufe lag bei 6,4 Jahren, diejenige der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer bei 5,7 Jahren.

64 Prozent der Pflegenden in den Spitälern sind Schweizerinnen und Schweizer. Bei einem Gesamtdurchschnitt von 25 Prozent Ausländern in der Schweizer Wohnbevölkerung ist ausländisches Pflegepersonal mit 36 Prozent also deutlich überdurchschnittlich dotiert.

Das Grund: Die Schweiz ist - wie andere OECD-Länder - mit einem zunehmenden Mangel an Gesundheitsfachkräften konfrontiert. Zur Deckung ihres Personalbedarfs ist die Schweiz auf qualifizierte ausländische Gesundheitsfachkräfte angewiesen.(SDA)

Pflegepersonal in der Covid-19-Abteilung am HRC Hospital in Rennaz VD auf dem Höhepunkt der Coronakrise im April. Das Gesundheitswesen in der Schweiz profitierte in der Coronakrise davon, dass das Pflegepersonal seit 2012 sukkzessiv aufgestockt wurde (Symbolbild)

© blick.ch

LE TEMPS

Auflage: 39716
Gewicht: Groupe d'articles

26. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

SUISSE PAGE 8

Heinz Brand déplore une numérisation trop lente de la santé

Réforme - Le président réélu de l'association faîtière Santésuisse espère pouvoir innover dans la promotion du dossier électronique du patient, de manière à combler le retard qu'accuse la Suisse en la matière

Michel Guillaume

A la surprise générale, Heinz Brand n'a pas été réélu au Conseil national en octobre dernier. Mais cet échec lui a permis de recentrer ses activités sur la présidence de l'association faîtière Santésuisse, à la tête de laquelle il a été reconduit ce mercredi. A ce titre, il lui reste beaucoup de combats à mener, notamment dans le cadre de son article expérimental que le Conseil national vient d'adopter lors de la dernière session parlementaire. Curieuse trajectoire que celle de Heinz Brand.

Président de l'UDC grisonne, il connaît une belle ascension sous la Coupole fédérale. Ce politicien spécialisé dans les questions de migration contribue à la victoire de son parti sur l'initiative «Contre l'immigration de masse» en 2014, avant d'être réélu au Conseil national avec le meilleur score du canton l'année suivante. Certains le voient déjà au Conseil fédéral, avant qu'il ne se retire de la course.

Les espoirs de l'article expérimental

L'an dernier, l'UDC grisonne perd un siège, dont il fait les frais tandis que sa collègue Magdalena Martullo-Blocher est brillamment réélue. A toute chose malheur est bon: «Auparavant, quoi que je dise, j'étais constamment soupçonné de faire du lobbyisme lorsque je siégeais au sein de la Commission de la santé du Conseil national. Aujourd'hui, je suis plus indépendant. Je ne dois plus rendre de compte à un groupe parlementaire », déclare-t-il. Lors de la dernière session, le Conseil national a entériné de premières mesures pour faire baisser les coûts de la santé à la suite d'un rapport d'experts rendu en 2017.

Parmi elles figure l'article expérimental qu'il avait lui-même proposé par voie de motion. Son but est de permettre des expériences innovantes sans devoir modifier la loi sur l'assurance maladie (LAMal), un processus aussi lent que laborieux. «J'espère que nous pourrons appliquer cet article de la manière la moins restrictive possible, quitte à arrêter l'expérience si elle ne s'avère pas concluante», souhaite-t-il. Des exemples? Alors qu'actuellement le débat s'éternise au niveau législatif, cet article permettrait de tester le financement uniforme des prestations dans un canton. L'on saurait ainsi ce que rapporte concrètement le même financement pour les traitements fournis en ambulatoire et les séjours hospitaliers entre les assureurs (75%) et les cantons (25%).

En invitant les cantons à s'impliquer financièrement dans l'ambulatoire, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui, Santésuisse estime que cela les inciterait à mieux planifier l'offre dans un secteur où les opérations sont moins chères. Autre dossier cher à Heinz Brand: la numérisation du système de santé. «La Suisse a un retard considérable à combler dans ce domaine, certains médecins utilisant encore le fax pour transmettre des informations», diagnostique-t-il. Ici aussi, un canton pourrait jouer les poissons- pilotes en rendant le dossier électronique du patient obligatoire pour l'ensemble des fournisseurs de prestations et en incitant les assurés à l'adopter grâce à des réductions de primes. Il est généralement admis que l'introduction à large échelle du dossier électronique serait source d'économies en évitant par exemple des examens à double.

Réfléchir à l'échelon régional

Contrairement à l'image que les médias ont donnée de lui, Heinz Brand a toujours été actif dans le secteur de la santé. C'est ainsi qu'il a siégé durant vingt ans – dont douze en tant que président – au sein du conseil d'administration d'un réseau grison de soins comprenant un hôpital, un service Spitex et trois EMS. En s'engageant à Santésuisse en 2015, il concède avoir «changé de camp», passant du prestataire de soins à l'acteur qui les finance. Il lui a dès lors fallu développer une vision d'ensemble du système de santé.

Cinq ans plus tard, il dresse un premier constat: «En Suisse, nous concevons trop de choses à l'échelon local au lieu d'élargir l'horizon pour trouver des solutions régionales, voire supracantonales. » Heinz Brand s'étrangle en apprenant que le système s'apprête à investir 15 milliards de francs dans l'infrastructure hospitalière. «C'est trop», tranche-t-il. Il souhaiterait que trois ou quatre cantons réfléchissent ensemble à une planification régionale. Selon lui, la crise du coronavirus n'a pas fondamentalement changé la donne. «C'est une erreur de croire qu'il ne faut plus fermer des hôpitaux lorsqu'ils ne sont plus rentables.

Même au Tessin, le canton qui a le plus souffert de l'épidémie, ce n'est pas le nombre de lits en général qui a posé problème, mais celui des lits de soins intensifs équipés d'un respirateur », précise-t-il. La qualité donc, et non la quantité. Agé de 65 ans, Heinz Brand garde l'âme combative pour faire baisser les coûts. «Il faut arrêter de croire que nous allons y parvenir sans faire de sacrifices. Ayons le courage d'aborder de front les sujets qui fâchent.»

«Il faut arrêter de croire que nous allons réussir à baisser les coûts de la santé sans faire de sacrifices»

Heinz Brand a connu une belle ascension au Conseil national sous l'étendard de l'UDC grisonne. Non réélu en octobre dernier, il se consacre désormais entièrement à Santésuisse. (GIAN EHRENZELLER/KEYSTONE)

© Le Temps

Gewicht: TV / Radio

26. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

RADIOGIRNALE, 25.06.2020

"Bisogna salvare gli ospedali"

L'appello dell'associazione "H+, Gli Ospedali Svizzeri" dopo l'annuncio di Berset di non poter prendere a carico le mancate entrate delle strutture sanitarie

C'è delusione tra nosocomi svizzeri dopo che il Consiglio federale ha annunciato che non intende far fronte alle perdite finanziarie che gli ospedali hanno subito durante l'emergenza sanitaria a causa dell'annullamento di tutti gli interventi non urgenti. In gioco ci sarebbe l'esistenza stessa di alcune strutture.

Le conseguenze che il coronavirus ha avuto sugli ospedali negli scorsi mesi sono essenzialmente due: da una parte ci sono i maggiori costi per il ricovero dei pazienti che hanno contratto il Covid-19, dall'altra ci sono le minori entrate per l'aver dovuto annullare esami e interventi non urgenti. Le cure prestate saranno in parte pagate delle casse malati. Meno chiaro cosa accadrà con i mancati guadagni.

"La situazione è molto diversa da una struttura all'altra, ma quel che è certo è che il divieto di proporre trattamenti e cure ha causato perdite enormi"- riferisce Anne-Geneviève Bütikofer, direttrice di H+, l'associazione "Gli Ospedali Svizzeri", che parla di una cifra compresa tra 1,7 e 2,9 miliardi di franchi.

Denari che il Consiglio federale non ritiene possibile rifondere alle strutture sanitarie. "Noi non chiediamo alla Confederazione di finanziare direttamente gli ospedali ma di riunire allo stesso tavolo tutti gli attori del sistema sanitario per discutere delle possibili soluzioni" sottolinea la direttrice di H+ che mette in guardia: "A rischio c'è l'esistenza di alcuni ospedali, hanno salvato delle vite ed ora sono loro a dover essere salvati".ATG/sdr

Audio
(01:44)

© RSI Rete Uno

RSI LA 1

Gewicht: TV / Radio

26. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

TELEGIORNALE, 26.06.2020

Aiuti agli ospedali, cantoni attivi

Video
(00:14) // (da 00:39)

(Tag: Spital Bülach)

Video
(02:29)

(Tags: Anne-Geneviève Bütikoger, H+, EOC, Paolo Bianchi, Divisione salute pubblica TI, Kantonsspital Graubünden)

© RSI LA 1

Neue Zürcher Zeitung

Auflage: 126795
Gewicht: Leserforum

26. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

MEINUNG & DEBATTE SEITE 9

Verbot von nichtdringlichen Operationen in der Corona-Krise

Keine überstürzte Bundeshilfe für Spitäler

Daniel Gerny

Für die Spitäler wurde die Corona-Krise gleich zur doppelten Belastung: Innert kürzester Zeit mussten sie sich auf einen möglich Ansturm von Patienten mit einer kaum bekannten Viruserkrankung vorbereiten. In zahlreichen Kliniken wurden in Rekordtempo Intensivstationen ausgebaut und Abläufe an die neue Bedrohungslage angepasst. Die Spitäler haben zweifellos einen massgeblichen Beitrag dazu geleistet, dass die Corona-Krise bisher so gut bewältigt wurde.

Diese Aufgabe hat Kosten verursacht. Gleichzeitig fuhren die Spitäler in dieser Zeit Millionenverluste ein, nachdem der Bundesrat im März nichtdringliche Eingriffe untersagt hatte. Ausgerechnet jene Akteure, auf die es in der Krise massgeblich ankam, nahmen erheblichen Schaden. Verständlich deshalb, dass die Spitäler und die Kantone als Eigentümer vieler Krankenhäuser den Bund dazu drängen, die Kosten teilweise zu übernehmen. Sie sehen ihn in der Mitverantwortung, weil es der Bundesrat war, der den Shutdown des ordentlichen Spitalbetriebs über Nacht erzwungen hat. Doch Gesundheitsminister Alain Berset lehnt dies kategorisch ab.

Die Folgen der Krise für das Gesundheitswesen stehen allerdings noch gar nicht wirklich fest. Im Unterschied zu anderen Branchen, beispielsweise Wirten oder Konzertveranstaltern, können die Spitäler einen Teil der ausgefallenen Leistung nachträglich verkaufen – wenn Patientinnen und Patienten aufgeschobene Wahleingriffe nachholen. Sollten die Kantone finanziell aber tatsächlich überfordert sein, steht Bersets Entscheid erneut zur Debatte. Ziel der Gesundheitspolitik muss es schliesslich sein, dass die Schweiz auch nach dem Abflauen der Pandemie über eine qualitativ hochstehende Spitalversorgung verfügt.

Doch Berset hat gute Gründe für seine Zurückhaltung. Die Tatsache, dass es der Bundesrat war, der Wahleingriffe auf dem Höhepunkt der Krise untersagt hat, genügt als Begründung für Unterstützungszahlungen zugunsten der Kantone und Kliniken jedenfalls nicht. Die unter Hochdruck verabschiedeten Notrechtsregeln haben zahlreiche Wirtschaftszweige hart getroffen. Darüber, welche Massnahmen wirklich unabdingbar und wirkungsvoll waren, lässt sich nachträglich immer besser streiten. Aus solchen Erwägungen allein lässt sich nachträglich aber keine Schadenersatzpflicht konstruieren – das gilt nicht nur für das Gesundheitswesen.

Auch die höheren Kosten, die infolge der Covid-19-Massnahmen notwendig geworden sind, können nicht dem Bund angelastet werden. Es ist zwar richtig, dass die Spitaltarife auf Annahmen basieren, die mit Ausbruch der Pandemie auf den Kopf gestellt wurden. Doch diese Frage muss zwischen den Tarifpartnern geklärt werden, also insbesondere zwischen den Kantonen und den Krankenversicherungen. Es ist nicht ausgeschlossen, dass deren Folgerungen auch künftig zu höheren Kosten führen werden – beispielsweise wenn Reservekapazitäten oder Schutzkonzepte finanziert werden sollen.

Die Spitäler sind mit der Corona-Krise in den Fokus gerückt. Das hat ihre Stellung im Kampf um die Mittel im Gesundheitswesen spürbar gestärkt. Es ist schwieriger geworden, über die Spitallandschaft zu diskutieren, nachdem im ganzen Land während Wochen Angst vor Kapazitätsengpässen herrschte. Die Corona-Krise darf dennoch nicht dazu führen, dass der Strukturwandel in der Spitallandschaft abgebremst wird – auch nicht mithilfe übereilt ausbezahlter und systemfremder Unterstützungsgelder aus der Bundeskasse.

© Neue Zürcher Zeitung

Schaffhauser Nachrichten

Gewicht: Titelseiten-Anriss u. Seitenaufmachung

26. Juni 2020

Zurück zum Inhaltsverzeichnis

TITELSEITE

Corona-Defizit der Spitäler

Vogelsanger beharrt auf Geld vom Bund

Schaffhausen - Der Lockdown hat den Spitälern Schaffhausen wohl einen Schaden zwischen 20 und 30 Millionen Franken eingebrockt. Ein Grund dafür ist das bundesrätliche Operations- und Behandlungsverbot, das bis Ende April galt. Diese Kosten soll der Kanton tragen, wenn es nach Bundesrat Alain Berset geht. Damit ist sein Parteikollege, der Schaffhauser Regierungsrat und Gesundheitsdirektor Walter Vogelsanger, aber nicht einverstanden. Er fordert, dass es diesbezüglich zu Nachverhandlungen komme: Der Bundesrat müsse einen Teil des Defizits tragen. Zudem müsse geklärt werden, wie solche Einschränkungen künftig abgegolten würden. (dem.)

REGION SEITE 15

Vogelsanger will weitere Verhandlungen

Der Bundesrat will nicht helfen, die Löcher in den Kassen der Spitäler zu stopfen, die aufgrund des Operationsverbots während des Lockdown entstanden sind.Der Schaffhauser Gesundheitsdirektor Walter Vogelsanger (SP) sagt aber, dass noch nichts entschieden sei.

Dario Muffler

Die Situation während des Lockdown war in den meisten Spitälern der Schweiz paradox. Alle sprachen vom Coronavirus, von überfüllten Intensivstationen und zu wenig Beatmungsgeräten. Doch in den Spitälern herrschte zum Teil gähnende Leere. Sogar Kurzarbeit wurde da und dort beantragt. Ein wichtiger Grund dafür war, dass der Bundesrat alle nicht notwendigen Behandlungen und Operationen in der angespanntesten Lage der Pandemie zwischen März und April verboten hatte. Der Schaden für die Spitälern in der Schweiz beträgt gemäss des Branchenverbands H+ deshalb bis Ende April rund 1,5 bis 1,8 Milliarden Franken. Rund 80 Prozent dieses Schadens entfallen auf die Ertragsausfälle aufgrund des bundesrätlichen Behandlungs- und Operationsverbots, so der Branchenverband H+.

Bundesrat winkt ab

Die Frage, die sich seither stellt, ist: Wer kommt für diese Kosten auf? Gesundheitsminister Alain Berset (SP) erklärte an einer Medienkonferenz am Mittwoch: Der Bundesrat verfüge über keine Grundlage, allfällige Einnahmeausfälle der Spitäler zu übernehmen. Er wies zudem darauf hin, dass die Forderung der Spitäler und Kantone, die Ertragsausfälle zu übernehmen erst einige Zeit nach dem Operationsverbot aufgekommen sei. Zu Beginn habe sich niemand beklagt, alle hätten sich zufrieden gezeigt, so Berset. «Wir haben nur verlangt, dass in der heissesten Phase nicht notwendige Operationen verschoben werden», verteidigt Berset den Bundesratsentscheid.

Seit Ende April können diese Eingriffe wieder durchgeführt werden. Berset bezeichnete es als gute Nachricht für die Patienten. Falls Operationen nun nicht nachgeholt werden müssten, seien sie wohl nicht notwendig gewesen.

Vogelsanger: «Weiterverhandeln»

Der Gesundheitsminister wies darauf hin, dass der Bund und die Kantone Anfang dieser Woche diesbezüglich in einem guten Austausch gestanden seien. Die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren möchte aber, dass es einen

runden Tisch mit Bund, Spitälern und Versicherern gebe. Dazu sagt Walter Vogelsanger (SP), der Schaffhauser Vorsteher des Innendepartements: «Das letzte Wort ist noch nicht gesprochen.» Die Verhandlungen bezüglich Kostenübernahme müssten weitergehen. «Die Schaffhauser Regierung bleibt bei ihrer Haltung, dass der Bund sich an den Kosten beteiligen muss», so Vogelsanger. Zudem müsse geklärt werden, wie in Zukunft solche Einschränkungen abgegolten würden.

Kanton legt Geld zur Seite

Egal, wie der Bund noch entscheiden wird: Der Kantonsrat hat an seiner letzten Sitzung bereits die Schaffung eines Reservetopfs beschlossen. Unter anderem sollen mit 50 Millionen Franken die Schäden des Corona-Lockdown bezahlt werden. In erster Linie profitieren davon die Spitäler Schaffhausen.

Noch ist nicht klar, wie gross das Defizit bei den Spitälern sein wird. Vogelsanger geht aufgrund einer Schätzung der Wirtschaftsprüfungsfirma PwC davon aus, dass in Schaffhausen 20 bis 30 Millionen Franken in der Kasse der Spitäler fehlen dürften. Keine Unterstützung hingegen erhält die private Klinik Belair.

Dass der Kanton Geld zur Seite gelegt hat, bevor sich der Bund zu einer Unterstützung bekannt hat, sei sinnvoll, sagt der Schaffhauser Gesundheitsdirektor. «Es ist gut, Mittel zu reservieren, solange man sie hat.» Es sei wichtig, dass der Kanton Schaffhausen Sicherheit habe und nicht unter Druck sei, bis eine Lösung mit dem Bund gefunden worden sei.

Während auf politischer Ebene über die Ausfälle bei den Spitälern debattiert wird, konzentrieren sich die Spitäler selbst darauf, den Betrieb wieder vollständig aufzunehmen. Noch befindet sich das Spital leistungsmässig nicht auf dem Niveau, auf dem es vor dem Lockdown gewesen sei, sagt Arend Wilpshaar, Vorsitzender der Spitalleitung. «Das Niveau unterscheidet sich aktuell von Fachbereich zu Fachbereich.»

Noch wird darüber gestritten, wer die Lockdown-Ertragsausfälle der Spitäler tragen soll. BILD MELANIE DUCHENE

© Schaffhauser Nachrichten

Gewicht: Titelseite, gross

AARGAUER ZEITUNG

26. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

INLAND SEITE 6

«Meilenstein» im Gesundheitswesen

Die Ärzteschaft und der Versicherungsverband Curafutura einigen sich auf eine Tarifreform. Die Antworten auf die elf wichtigsten Fragen.

Anna Wanner

Jahrelang haben die Ärzteschaft FMH und der Versicherungsverband Curafutura an einem neuen Tarif gearbeitet. Dass sie sich gefunden haben, ist ein starkes Zeichen für künftige Gesundheitsprojekte. Die wichtigsten Fragen zum besiegelten Tarifwerk.

1. Warum ist diese Revision wichtig?

Alle Ärzte in einer Praxis sowie die Ambulatorien an den Spitälern arbeiten mit dem 2004 eingeführten Ärztetarif Tarmed. Im System steckt eine Menge Geld: Über 12 Milliarden Franken an Leistungen werden jährlich über die Grundversicherung abgerechnet. Bei so hohen Summen ist es entscheidend, dass der Preis der Leistung entspricht, dass er sachgerecht ist. Das ist wegen des technischen Fortschritts längst nicht mehr der Fall. Klassisches Beispiel dafür ist die Kataraktoperation, der Eingriff bei grauem Star. Patient und Grundversicherung bezahlten wegen des veralteten Tarmeds ein Mehrfaches zu viel, andere Leistungen sind hingegen unterdotiert. Und rund 38 Prozent der 4500 Positionen werden gar nie gebraucht.

2. Wieso passt man das nicht einfach an?

Quasi seit der Einführung des Tarifs 2004 gelten einzelne Positionen als veraltet, weil die Berechnungsgrundlage aus den neunziger Jahren stammt. Seither streiten sich Ärzteschaft und Versicherer um Tarifpflege und Revision. Trotz mehrerer Anläufe konnten sie sich bis heute nicht einigen.

3. Wieso ist das so schwierig?

Zunächst ist die Bemessung einer ärztlichen Leistung in Franken und Rappen nicht so banal. Zudem muss die Änderung des Tarifs laut Gesetz kostenneutral erfolgen: Ein neuer Tarif darf keine höheren Kosten generieren als der alte. Und das bedeutet für die Ärzte: Wenn ein Arzt für eine spezifische Behandlung mehr Geld verlangen will, muss bei einer anderen Leistung der Preis runter.

4. Was lässt sich mit dem neuen Tarif einsparen?

Möglicherweise nichts. Doch ist ein Tarif, der die Kosten sachgerecht abbildet, ein wichtiges Instrument, um das Wohl der Patienten zu sichern und um Fehlanreize auszumerzen. Stichwort Über- oder Unterversorgung. Ein Eingriff soll nicht durchgeführt werden, weil er sich finanziell lohnt, sondern weil er medizinisch angezeigt ist.

5. Wieso ist die Rede von einem «Meilenstein»?

Fast niemand hat mehr damit gerechnet, dass sich Ärzteschaft und Versicherer noch finden könnten. Nur dank viel Geduld und gegenseitigen Entgegenkommens konnte das Projekt zum Abschluss kommen.

6. Wo lagen die Hindernisse?

Die Verhandlungen um einen neuen Tarif haben viele Rückschläge erlitten: Da war zunächst der grosse Unmut der Hausärzte, die innerhalb der alten Tarifstruktur verhältnismässig schlecht wegkamen. Weil sich die Ärzteschaft aber selbst nicht bewegte, um dies zu ändern, griff Bundesrat Alain Berset 2014 erstmals in den Tarif ein und stellte die

Hausärzte finanziell besser. Zwei Jahre später scheiterte der Versuch einer Totalrevision kolossal: Die Ärzteschaft schmetterte die Vorlage in einer Urabstimmung 2016 ab. Daraufhin verlor der Bundesrat die Nerven – er hatte die Frist für eine Einreichung eines neuen Tarifs mehrmals erstreckt. Also griff Berset 2018 ein zweites Mal in den Tarif ein. Diesmal schmerzte es im Portemonnaie der Ärzte. Das ging nicht spurlos an ihnen vorbei. Mit dem positiven Effekt: Die Ärzteschaft fand neue Motivation, um einen eigenen Tarif zu gestalten. Mit Curafutura fanden sie auch einen Partner, der den langen Atem hatte, diese Arbeit nochmals aufzunehmen. Vor einem Jahr hatten die Partner zwar die Basis gelegt und eine neue Tarifstruktur ausgearbeitet, waren sich aber in der Umsetzung nicht einig. Sie hatten unterschiedliche Konzepte, wie im neuen Tarif die Kostenneutralität einzuhalten sei.

7. Und jetzt?

Jetzt haben sie sich nicht nur auf ein gemeinsames Konzept geeinigt, sondern auch die erforderliche Mehrheit aller Versicherten und Ärzte hinter den neuen Tarif geschart: Curafutura vertritt zwar eine Minderheit der Versicherten; weil sich die Swica neu ebenfalls am Vertragswerk beteiligt, ist nun eine Mehrheit der Versicherten im Boot.

8. Wieso sind nicht alle Versicherten beteiligt?

Der Konkurrenzverband Santésuisse hat sich früh aus den Verhandlungen verabschiedet, weil er nicht an eine Einigung mit der Ärzteschaft glaubte.

9. Was ist die Alternative?

Zwar hat Santésuisse mit einzelnen Spezialärzten Pauschalen für gewisse Leistungen ausgehandelt. Eine Alternative zum neuen Tarif Tardoc gibt es wahrscheinlich nicht. Die Vorgaben des Bundesrats sind erfüllt, es braucht eigentliche keine Vernehmlassung mehr. Und weil auch das Bundesamt für Gesundheit nicht über die notwendigen Grundlagen verfügt, einen eigenen Tarif aus dem Boden zu stampfen, steht der Einführung des Tardoc nichts mehr im Weg.

10. Warum hat das Projekt Strahlkraft?

Das Parlament hat auf Geheiss des Bundesrats bereits erste Gesetze verabschiedet, welche die Tarifpartner enger anbinden und bei Nichterreichen einer Vorgabe sanktionieren können. Die Versicherer wollen das nicht und sehen nun auch keinen Grund mehr dafür. Politisch versprechen sich die Verantwortlichen eine Signalwirkung: Staatliche Eingriffe braucht es in einem freiheitlichen Gesundheitswesen nicht. Allerdings stellt sich die Frage, ob das Werk auch ohne staatlichen Druck gelungen wäre.

11. Wie kann verhindert werden, dass angesichts des technischen Fortschritts der neu ausgearbeitete Tarif in wenigen Jahren bereits wieder überholt ist?

Die Tarifpartner haben aus ihren Fehlern gelernt. Sie haben eine neue, unabhängige Tariforganisation gegründet. Der Tarif besteht nicht nur aus 2700 Positionen, über welche die Ärzte abrechnen können, sondern aus Regeln, die beispielsweise eine Tarifpflege vorsehen. Bereits für 2023 sind erste Revisionen vorgesehen.

Künftig werden Augenuntersuchungen nach Tardoc verrechnet. Bild: Laurent Gilliereon/Keystone

Gleichentags erschienen in: St. Galler Tagblatt Gesamt, Luzerner Zeitung Gesamt, Schaffhauser Nachrichten

© Aargauer Zeitung Gesamt

Gewicht: TV / Radio

25. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

SRF 4 NEWS AKTUELL, 10:00, 25.06.2020

Tarmed-Nachfolge aufgegleist

«Die Chancen für Tardoc stehen gut»

Seit fast einem Jahrzehnt streiten sich Ärzte und Krankenkassen, wie Mediziner in Praxen und Spitälern künftig ihre ambulanten Leistungen abrechnen sollen.Nun haben sich der Krankenkassenverband Curafutura und die Ärztevereinigung FHM auf das Modell Tardoc geeinigt, wie die «Neue Zürcher Zeitung» berichtet.

Das Gespräch führte Susanne Stöckl.

SRF News: Heute wollen FMH und Curafutura das überarbeitete Tarifmodell einreichen. Ist das der Durchbruch?

Andrea Jaggi: Offensichtlich hat man in den strittigen Punkten eine Lösung gefunden. Bereits letzten Sommer hatten Curafutura und FHM den Tardoc eingereicht. Der Bundesrat monierte damals Kostenneutralität. In Nachverhandlungen haben nun Curafutura und FMH offenbar dafür gesorgt, dass mit dem neuen Tarifsystem die Gesundheitskosten nicht steigen.

Dazu kam die Auflage des Bundesrats, wonach die Mehrheit der Versicherten in der Schweiz durch Tardoc vertreten sein muss. Das war im letzten Jahr noch nicht der Fall, denn Curafutura ist der kleinere Kassenverband nach Santésuisse. Das hat sich geändert, nachdem sich die Santésuisse unterstellte Kasse Swica ebenfalls zu Tardoc bekannt hat.

Warum braucht es ein neues Tarifmodell?

Der aktuell geltende Tarmed ist bereits 16 Jahre alt. Alle sind sich einig, dass es mit den vielen Veränderungen in der Medizin Anpassungen im Abrechnungssystem braucht.

Der Tarifstreit dauert bereits zehn Jahre. Warum hat es jetzt geklappt?

Laut Curafutara ist die Einigung dank intensiver Verhandlungen mit dem Ärzteverband FMH möglich geworden. Man sei sich entgegengekommen und die Ärzteschaft habe auch grosse Schritte gemacht. Denn möglicherweise verdienen gewisse Ärztegruppen im neuen Modell etwas weniger und andere etwas mehr. Das war eine der grossen Hürden. Ein früheres Modell war von der FMH klar abgelehnt worden.

Wie geht es jetzt mit dem grösseren Verband Santésuisse weiter?

Santésuisse mit zahlenmässig mehr Kassen war einst aus den Verhandlungen ausgestiegen und hat nun kürzlich ein anderes Modell vorgestellt. Bei diesem geht es nicht um einzelne Ärztetarife, sondern um ein Modell mit Pauschalen für den ambulanten Bereich. Über 60 Behandlungen sollen so geregelt werden.

Solche Pauschalmodelle gibt es im Spitalbereich bereits. Santésuisse wie auch Curafutura gehen davon aus, dass sich

ein solches Pauschalmodell mit Tardoc nicht konkurrieren würde und parallel eingeführt werden könnte. Es scheint also, dass sich Santésuisse nicht gegen Tardoc stellen würde.

> Es scheint, dass sich Santésuisse nicht gegen Tardoc stellen würde.
> Andrea Jaggi, Inlandredaktorin SRF

Was bringt der neue Tarif Tardoc den Patientinnen und Patienten?

Sie sollen auf neuer Basis Klarheit bekommen, was ihre Behandlung kostet. Denn etwelche Neuerungen in der Medizin sind im alten Tarifsystem Tarmed nicht berücksichtigt. Beispielsweise bei den bildgebenden Verfahren in der Röhre, wo alles schneller und besser geht.

Wann kann Tardoc eingeführt werden?

Es wird noch ein längerer Weg. Nun wird Tardoc eingereicht. Danach wird das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Vorschläge prüfen. Das wird dauern, weil im Detail jede ärztliche Behandlung überprüft werden muss. Das BAG wird den Tarif dann dem zuständigen Innendepartement zur Prüfung unterbreiten, bevor das Ganze zum Bundesrat kommt. Curafutara hofft, dass Tardoc am 1. Februar 2022 eingeführt werden kann.

Audio
(08:09)

Andrea Jaggi

Andrea Jaggi ist Inlandredaktorin bei Radio SRF mit den Spezialgebieten Bildung und Gesundheit.

NACHRICHTEN, 10:00, 25.06.2020

Audio
(00:50)

(Tags: Pius Zängerle, Jürg Schlup)

© Radio SRF 4 News

Tages-Anzeiger

Auflage: 173887
Gewicht: Artikelgruppe

25. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

ZÜRICH SEITE 19

«Es braucht eine neutrale Anlaufstelle»

Chefarzt-Skandale am Unispital - Anna Wang, die designierte Präsidentin des Zürcher Spitalärzteverbands, ortet eine «Kultur der Angst» in den Spitälern.Sie verlangt einschneidende Veränderungen auf Systemebene.

Martin Sturzenegger

Der Fall Maisano brachte den Machtmissbrauch eines Chefarztes ans Tageslicht. Wie verbreitet ist derartiges Verhalten in der Ärzteschaft?

Vom Ausmass her handelt es sich wohl um einen Einzelfall. Doch er macht aus unserer Sicht die Wurzeln eines grossen Missstandes in den Spitälern sichtbar.

Und der wäre?

Die entscheidende Frage ist: Weshalb wurde ein derartiges Fehlverhalten - trotz vielen Mitwissern - über Jahre geduldet? Das Problem ist systembedingt. Die Spitalhierarchien sind derart steil, dass die Entscheidungen der Chefs final sind. Medizinische Entscheide sollen nicht hinterfragt werden. Nicht selten wird die kritische Auseinandersetzung mit Führungsentscheiden regelrecht «abtrainiert». Ein Fehlverhalten auf Führungsebene, wie etwa im Fall Maisano, wird nicht mehr reflektiert, geschweige denn gemeldet.

Wissenschaft hat auch viel mit kritischem Denken zu tun. Lassen sich diese Personen einfach so unterkriegen?

Kritik kann sich negativ auf die Karriere auswirken. Junge Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sind stark von ihren Vorgesetzten abhängig, die die Fort- und Weiterbildung in der Klinik gestalten sowie teilweise die Prüfungen abnehmen oder in Fachgesellschaften vorsitzen. In dieser Konstellation können sich die Chefs - in der Mehrheit immer noch männlich - alles erlauben, die Assistenten und Assistentinnen nichts. Das begünstigt einen autoritären Führungsstil.

Wie sieht dieser aus?

Im Notfall müssen Entscheidungen blitzschnell getroffen werden. Da bleibt oft keine Zeit für Höflichkeiten, ein autoritärer Führungsstil ist hier effektiv. Aber auch ohne Not werden junge Ärzte teilweise vor den Kolleginnen blossgestellt oder angeschrien. Teilweise werden sie direkt oder indirekt dazu angehalten, Arbeitszeiten nicht zu deklarieren. Dieses Verhalten wird von der Ärzteschaft toleriert, da sie es gewohnt ist. Ganz nach dem Motto: «Es geht wieder vorbei, und jeden trifft es einmal.» Zentral ist die Furcht, negativ aufzufallen und den Facharzttitel nicht zu erreichen. Im schlimmsten Fall verbreitet sich eine Angstkultur.

Was bedeutet dies konkret?

Angehende Ärzte können etwa aus dem Operationsprogramm ausgeschlossen werden. Dieses ist für die Weiterbildung jedoch unverzichtbar. Oder die benötigten Weiterbildungsrotationen werden entzogen. Dabei handelt es sich um mehrmonatige Praktika in verschiedenen Fachgebieten. Die angehenden Ärztinnen und Ärzte fürchten um ihre Weiterbildung, wenn sie sich mit den Vorgesetzten nicht gut stellen. Diese Angst ist so präsent, dass unsere Mitglieder sich nicht getrauen, Missstände anzusprechen oder gar anzuzeigen. Das Abhängigkeitsproblem betrifft übrigens nicht nur den Nachwuchs, sondern auch Kaderärzte.

Inwiefern sind Kaderärzte betroffen?

Sie stehen in finanzieller Abhängigkeit von ihren Chefs, die über die Beteiligungen an den Zusatzhonoraren entscheiden. Diese machen auch bei den Kaderärztinnen einen substanziellen Anteil des Lohns aus. Ein faires

Fixlohnsystem wäre hier anzustreben. Das Sympathisieren mit dem Chefarzt ist für Kaderärzte aber nicht nur deswegen wichtig. Auch die spitalinterne und die Forschungskarriere sind wesentlich vom Goodwill des Chefarztes abhängig.

Wie könnte sich die Situation verbessern?

Es braucht flachere Spitalhierarchien, um die Verantwortung und die Kompetenz auf mehrere Kaderärztinnen und Kaderärzte zu verteilen. Die Macht von wenigen Ärzten, gerade in kleineren Fachgebieten, ist wirklich enorm. Eine Entkoppelung könnte zu weniger Fehlverhalten und besseren medizinischen Entscheiden führen. Auch eine Geschlechterparität auf Führungsebene könnte sich positiv auf die Führungskultur auswirken.

Reicht dies, um die Chancengleichheit unter den Assistenzärzten herzustellen und die Angstkultur zu beseitigen?

Nein, es braucht dringend eine neutrale und anonyme Anlaufstelle für Ärzte in Weiterbildung - auch wir vom VSAO Zürich werden unsere Anlaufstelle ausbauen. Ein weiterer Lösungsansatz wäre, die Weiterbildung von der Sympathie der Vorgesetzten zu entkoppeln. Rotationen und praktische Eingriffe müssen transparent und stadiengerecht so zugeteilt werden, dass allen Assistentinnen und Assistenten die Erlangung des Facharzttitels in vergleichbarer Zeit ermöglicht wird. Bei einigen besteht da ein dringender Revisionsbedarf.

Inwiefern helfen diese Massnahmen den Patientinnen und Patienten?

Ihr Wohlergehen ist uns das Wichtigste. Doch das gelingt besser in Teams, die flacher organisiert sind. So können sich alle Ärztinnen und Ärzte konstruktiv einbringen, statt dass sie sich gegenseitig abhängig machen und in Machtkämpfe verstricken.

«Ein Fehlverhalten auf Führungsebene, wie etwa im Fall Maisano, wird nicht mehr reflektiert.»

Hier spielte sich der Fall Maisano ab: Herzzentrum des Universitätsspitals Zürich. Foto: Walter Bieri (Keystone)

Anna Wang

Die 30-Jährige ist Assistenzärztin an der UZH-Klinik für plastische Chirurgie.

Ereignisreiches Jahr

Das Zürcher Universitätsspital (UZH) stand zuletzt wiederholt in der Kritik. Stets standen Chefärzte im Fokus, die sich auf die eine oder andere Art einen Vorteil verschafften.

Ende Februar 2020 erschien in der «NZZ am Sonntag» eine Recherche über den damaligen Gynäkologie-Chef Daniel Fink. Fink hatte sich über Jahre bereichert, indem er sich in den Operationsplänen systematisch für Eingriffe eintragen liess, die gleichzeitig stattfanden.

Im letzten Mai machte diese Zeitung die Vorgänge rund um den Herzchirurgie-Chef Francesco Maisano publik. Maisano setzte bei Patientinnen und Patienten neuartige Implantate ein und schönte die dazugehörigen wissenschaftlichen Publikationen. Als Aktionär von Medtech-Firmen profitierte er persönlich.

Eine Woche später berichtete die «NZZ» über den Kieferchirurgie-Chef Martin Rücker. Dieser hatte Patienten aus dem Unispital in seine Privatklinik umgeleitet und sie auf sein Konto abgerechnet, obwohl häufig seine Assistenten und Oberärzte die Behandlungen durchführten(an/mrs)

- ZH: «Es braucht flachere Spitalhierarchien»
  Medinside 25.06.2020

© Tages-Anzeiger

Gewicht: Online

MEDINSIDE

25. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

ONLINE, 25.06.2020

«Es braucht flachere Spitalhierarchien»

Teilweise würden junge Ärzte blossgestellt oder angeschrien, sagt Anna Wang vom Zürcher Spitalärzteverband. Sie plädiert dafür, die Weiterbildung von der Sympathie der Vorgesetzten zu entkoppeln.

Die junge Ärzteschaft in Weiterbildung ist stark von ihren Vorgesetzten abhängig. Dies sagt Anna Wang in einem Interview mit dem «Tages-Anzeiger».

Die Chefs gestalten die Fort- und Weiterbildung in der Klinik und nehmen teilweise die Prüfungen ab oder sitzen in Fachgesellschaften, so die Ärztin und designierte Präsidentin des Zürcher Spitalärzteverbands.

«In dieser Konstellation können sich die Chefs- in der Mehrheit immer noch männlich - alles erlauben, die Assistenten und Assistentinnen nichts.» Kritik könne sich negativ auf die Karriere auswirken. Und vieles hänge von der Sympathie der Vorgesetzten ab. So könnten angehenden Ärzten etwa die benötigten Praktika entzogen werden.

Kritische Auseinandersetzung wird «abtrainiert»

Ein autoritärer Führungsstil sei in Notfällen zwar effektiv. Aber auch ohne Not werden junge Ärzte teilweise vor den Kolleginnen blossgestellt oder angeschrien, wie Wang im Interview weiter sagt.

Aus Angst vor negativen Konsequenzen würden Missstände weder angesprochen noch angezeigt.

Die Spitalhierarchien seien derart «steil», dass die Entscheidungen der Chefs final seien und nicht hinterfragt würden. Nicht selten werde die kritische Auseinandersetzung mit Führungsentscheiden regelrecht «abtrainiert», sagt Anna Wang.

Wie sich die Situation verbessern könnte

Das «Abhängigkeitsproblem», wie sie es nennt, betreffe nicht nur den Nachwuchs, sondern auch Kaderärzte. Hier kommt es der Assistenzärztin zufolge zu einer «finanziellen Abhängigkeit», weil die Chefs über die Zusatzhonorare entscheiden. Und ebenso sei die Forschungskarriere wesentlich vom Goodwill des Chefarztes abhängig.

Für sie ist klar: «Es braucht flachere Spitalhierarchien, um die Verantwortung und die Kompetenz auf mehrere Kaderärztinnen und Kaderärzte zu verteilen.» Die Macht von wenigen Ärzten, gerade in kleineren Fachgebieten, sei wirklich enorm. Eine flachere Organisation würde schliesslich auch dem Wohlergehen der Patienten helfen, da sich alle Ärzte konstruktiv einbringen könnten.

Anlaufstelle und mehr Transparenz

Zudem braucht es für die 30-jährige Assistenzärztin, die an der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie am Zürcher Unispital (USZ) arbeitet, eine «neutrale und anonyme Anlaufstelle für Ärzte in Weiterbildung».

Darüber hinaus müssten Rotationen und praktische Eingriffe transparent und stadiengerecht zugeteilt werden, empfiehlt Anna Wang als weiteren Lösungsansatz. Damit allen Assistierenden die Erlangung des Facharzttitels in vergleichbarer Zeit ermöglicht werde.

© Medinside

Auflage: 68464
Gewicht: Groupe d'articles

24heures

25. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

LA UNE

Soins ambulatoires

Un nouveau système pour calculer la facture de la séance

Le système actuel, TarMed, n'a pas fondamentalement changé depuis son introduction en 2004, alors que la technologie a évolué. Médecins et assureurs vont présenter aujourd'hui un nouveau système de calcul au Conseil fédéral. Explications.

SUISSE PAGE 14

Médecins et assureurs présentent un nouveau tarif

Santé - Comment facturer un rendez-vous médical? Curafutura et la FMH soumettent ce jeudi un projet au Conseil fédéral. Ils espèrent avoir trouvé la solution à un problème béant.

Caroline Zuercher

Comment facturer les soins ambulatoires, fournis en cabinet ou à l'hôpital, quand on ne dort pas sur place? Le système actuel, TarMed, a été introduit en 2004. Depuis, il n'a pas fondamentalement changé, alors que la technologie a évolué. Résultat, certaines prestations sont surfacturées et d'autres sous-évaluées.

Tout le monde reconnaît qu'il faut changer les choses. Les acteurs de la santé s'étant écharpés sur le sujet, le Conseil fédéral est intervenu à deux reprises, tout en appelant les partenaires tarifaires à trouver un accord. C'est dans ce contexte que Curafutura, l'une des deux faîtières des assureurs maladie, et la Fédération suisse des médecins (FMH) déposent une proposition de nouveau système, ce jeudi au Conseil fédéral.

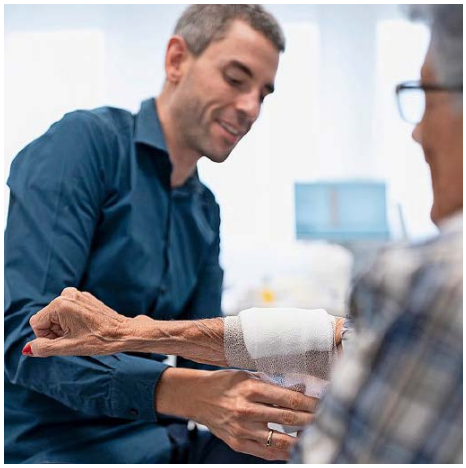
Deuxième mouture

Les deux organisations ont présenté en juillet 2019 un premier projet, Tardoc, auquel la Confédération a adressé deux critiques: il n'avait pas obtenu l'adhésion d'une majorité des assureurs, et deux variantes étaient proposées sur un point technique (la neutralité des coûts). Cette fois, la mouture déposée jeudi est unique. Et Swica a rejoint le mouvement – ce qui permet d'avoir la majorité demandée. Un tiers du volume total des coûts de l'assurance maladie obligatoire est facturé avec TarMed (quelque 12 milliards de francs par année). Selon les deux partenaires, leur solution garantit la neutralité des coûts. Comprenez qu'elle ne va pas faire grimper la facture ni la réduire. «L'argent sera dépensé de façon bien plus appropriée, assure Pius Zängerle, directeur de Curafutura.

Aujourd'hui, certaines prestations sont trop souvent dispensées parce qu'elles rapportent beaucoup et d'autres ne le sont pas assez parce qu'elles ne sont pas rentables. Il est crucial d'y remédier pour que l'argent soit employé de manière économique.» «Un autre avantage est que nous avons créé une organisation pour négocier ce tarif, ajoute le président de la FMH, Jürg Schlup. Selon l'accord passé, des adaptations seront possibles chaque année si une majorité de membres sont d'accord. Jusqu'à présent, il fallait l'unanimité.» La FMH et Curafutura espèrent que leur système pourra entrer en vigueur en 2022. «Nous avons rempli toutes les conditions. La voie est désormais libre pour une approbation par le Conseil fédéral», estime Jürg Schlup.

Pas d'unanimité

Cette solution ne fait toutefois pas l'unanimité. H+, la faîtière des hôpitaux suisses, s'est retirée des discussions sur Tardoc fin 2018. «La solution présentée l'an dernier ne nous a pas convaincus et je ne pense pas que la nouvelle version apporte des changements fondamentaux», réagit sa directrice, Anne-Geneviève Bütikofer. Si la balle est dans le camp du gouvernement, elle juge problématique le fait que certains acteurs du système n'adhèrent pas au projet. SantéSuisse, l'autre faîtière des assureurs, s'était opposée à la mouture présentée en 2019, faute de garantie sur la neutralité des coûts. Elle privilégie désormais une autre solution (lire ci-contre) mais examinera le nouveau projet en détail.



TarMed sert à établir les factures dans le domaine ambulatoire. Son problème: il est ancien et ne tient pas compte des innovations survenues depuis son introduction. KEYSTONE

SantéSuisse

Et si l'on utilisait des forfaits?

Le 5 juin, SantéSuisse a soumis au Conseil fédéral sa recette pour réformer le TarMed. Développée avec la Fédération de médecine chirurgicale et invasive, elle vise à uniformiser les tarifs de 67 opérations et traitements effectués en ambulatoire. Il s'agit d'employer des forfaits, avec un seul tarif par intervention. Une opération de la cataracte coûterait par exemple autour de 2000 francs (avec de légères variations selon les cantons), contre 1000 à près de 3000 francs aujourd'hui. Les deux partenaires espèrent que cette solution sera entérinée d'ici à la fin de l'année et souhaitent l'étendre à d'autres prestations.

Anne-Geneviève Bütikofer juge que les forfaits sont «la voie à suivre», notamment pour améliorer la transparence et l'efficience, même si la facturation actuelle restera nécessaire dans certains cas. Selon Pius Zängerle et Jürg Schlup, les deux solutions ne s'excluent pas. «On peut mettre en place des forfaits là où ils sont possibles. Selon nos estimations, ce n'est réalisable que pour 20% des prestations au maximum », réagit le président de la FMH. SantéSuisse juge pour sa part que les forfaits pourraient couvrir jusqu'à 80% des prestations facturées à l'acte dans les spécialités où l'on effectue le plus de gestes techniques.

Également paru dans: La Tribune de Genève

- Médecins et assureurs présentent un nouveau tarif
  24heures.ch 25.06.2020

© 24 heures

ONLINE, 25.06.2020

Comment facturer un rendez-vous médical?

Médecins et assureurs présentent un nouveau tarif

Curafutura et la FMH soumettent ce jeudi un projet au Conseil fédéral. Ils espèrent avoir trouvé la solution à un problème béant de notre système de santé.

Caroline Zuercher

Comment facturer les soins ambulatoires, fournis en cabinet ou à l'hôpital quand on ne dort pas sur place? Le système actuel, le TarMed, a été introduit en 2004. Depuis, il n'a pas fondamentalement changé alors que la technologie a évolué. Résultat, certaines prestations sont surfacturées et d'autres sous-évaluées.

Tout le monde reconnaît qu'il faut changer les choses. Les acteurs de la santé s'étant écharpés sur le sujet, le Conseil fédéral est intervenu à deux reprises, tout en appelant les partenaires tarifaires à trouver un accord. C'est dans ce contexte que Curafutura, l'une des deux faîtières des assureurs maladie, et la Fédération suisse des médecins (FMH) déposent une proposition de nouveau système, ce jeudi au Conseil fédéral.

Deuxième mouture

Les deux organisations ont présenté en juillet 2019 un premier projet, le Tardoc, auquel la Confédération a adressé deux critiques: il n'avait pas obtenu l'adhésion d'une majorité des assureurs; et deux variantes étaient proposées sur un point technique (la neutralité des coûts). Cette fois, la mouture déposée jeudi est unique. Et Swica a rejoint le mouvement – ce qui permet d'avoir la majorité demandée.

Aujourd'hui, certaines prestations sont trop souvent dispensées parce qu'elles rapportent beaucoup et d'autres ne le sont pas assez parce qu'elles ne sont pas rentables»

Pius Zängerle, directeur de Curafutura

Un tiers du volume total des coûts de l'assurance maladie obligatoire est facturé avec TarMed (quelque 12 milliards de francs par année). Selon les deux partenaires, leur solution garantit la neutralité des coûts. Comprenez qu'elle ne va pas faire grimper la facture, ni la réduire. «L'argent sera dépensé de façon bien plus appropriée, assure Pius Zängerle, directeur de Curafutura. Aujourd'hui, certaines prestations sont trop souvent dispensées parce qu'elles rapportent beaucoup et d'autres ne le sont pas assez parce qu'elles ne sont pas rentables. Il est crucial d'y remédier pour que l'argent soit employé de manière économique.»

«Un autre avantage est que nous avons créé une organisation pour négocier ce tarif, ajoute le président de la FMH, Jürg Schlup. Selon l'accord passé, des adaptations seront possibles chaque année si une majorité de membres sont d'accord. Jusqu'à présent, il fallait l'unanimité.» La FMH et Curafutura espèrent que leur système pourra entrer en vigueur en 2022. «Nous avons rempli toutes les conditions. La voie est désormais libre pour une approbation par le Conseil fédéral», estime Jürg Schlup.

Pas d'unanimité

Cette solution ne fait toutefois pas l'unanimité. H+, la faîtière des hôpitaux suisses, s'est retirée des discussions sur le Tardoc à fin 2018. «La solution présentée l'an dernier ne nous a pas convaincus et je ne pense pas que la nouvelle version apporte des changements fondamentaux», réagit sa directrice, Anne-Geneviève Bütikofer. Si la balle est dans le

camp du gouvernement, elle juge problématique le fait que certains acteurs du système n'adhèrent pas au projet. SantéSuisse, l'autre faîtière des assureurs, s'était opposée à la mouture présentée en 2019, faute de garantie sur la neutralité des coûts. Elle privilégie désormais une autre solution (lire ci-dessous) mais examinera le nouveau projet en détai

Publié identiquement dans:

- Médecins et assureurs présentent un nouveau tarif
  tdg.ch

© 24heures.ch

laRegione Ticino

Auflage: 32567
Gewicht: Gruppo articoli

25. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

PRIMA PAGINA

L'intervista

Un "passo decisivo" verso il Tardoc

Nuovo tariffario, casse malati e medici tornano a bussare alla porta del Consiglio federale. Ne abbiamo parlato con Pius Zängerle (curafutura) e Jürg Schlup (Fmh).

L'INTERVISTA PAGINA 3

Politica sanitaria

Il Tardoc torna a bussare alla porta del governo

Intesa sulla neutralità dei costi. A colloquio con Zängerle (curafutura) e Schlup (Fmh).

Stefano Guerra

Si fa un gran parlare di contenimento dei costi della salute. Spesso sul banco degli accusati, anche medici e assicuratori malattia cercano di fare la loro parte. Ad esempio aggiornando un obsoleto e squilibrato (nel senso che alcune prestazioni vengono remunerate troppo, altre troppo poco) tariffario medico per le prestazioni ambulatoriali (il Tarmed), e garantendo che nel passaggio a un nuovo tariffario (il Tardoc) non si generino costi aggiuntivi. L'associazione degli assicuratori malattia curafutura e quella dei medici Fmh si sono messe d'accordo in questo senso.

Inoltrano oggi al Consiglio federale un concetto unico con il quale garantire la cosiddetta neutralità dei costi sancita dall'Ordinanza sull'assicurazione malattie. E poiché con la recente adesione di Swica è stata raggiunta la necessaria maggioranza degli assicuratori, adesso "tutti i requisiti stabiliti dal Consiglio federale" per l'approvazione del Tardoc sono soddisfatti, sottolineano in una nota congiunta le due organizzazioni. Il loro obiettivo: far entrare in vigore il nuovo tariffario – frutto di difficili negoziati che si sono protratti per anni – il primo gennaio 2022. La 'Regione' ne ha parlato con il direttore di curafutura Pius Zängerle e con il presidente della Fmh Jürg Schlup.

Avevate posizioni diverse su come garantire la neutralità dei costi. Come siete riusciti a sciogliere il nodo?

Zängerle: Quando abbiamo presentato il nuovo tariffario l'anno scorso c'erano due varianti. Avrebbero entrambe garantito la neutralità dei costi. Non avevamo però ancora un concetto unico. Abbiamo lavorato intensamente negli ultimi mesi, arrivando a un compromesso: una via di mezzo tra le due varianti inizialmente proposte. La soluzione identificata prevede un fattore che moltiplica i punti tariffali (vedi scheda sotto, ndr), il quale potrà essere modulato nella

fase iniziale in modo da garantire appunto la neutralità dei costi.

Schlup: Oggi presentiamo un concetto comune. Siamo riusciti a raggiungere un accordo facendo ognuno due passi verso l'altro, in modo da trovare un compromesso.

Qual è stata la concessione più dolorosa che ciascuno di voi ha dovuto fare all'altro?

Zängerle: in qualsiasi negoziato si vince su alcuni fronti e si perde su altri. Fa parte del gioco. Quello che conta è il risultato finale, di cui siamo molto soddisfatti. Forse il punto più difficile per noi, visto che Tardoc è un sistema basato su dati reali, è stato il fatto di non esserci potuti basare su dati interamente nuovi per lo sviluppo della struttura tariffale. Ci siamo basati su quelli messi a disposizione da Fmh e H+ (l'organizzazione mantello degli ospedali, ndr). Con il previsto sistema di revisione regolare del Tardoc saranno però possibili adattamenti in futuro.

La palla è nel campo del Consiglio federale

Schlup: Da parte nostra la concessione più dolorosa ha avuto luogo già durante l'elaborazione del tariffario presentato un anno fa. Riguarda la limitazione temporale, ovvero la riduzione a 20 minuti del tempo che un medico può trascorrere con i propri pazienti per una consultazione di base. Nel Tardoc però sono previste posizioni specifiche per consulenze specialistiche (sui disturbi dell'alimentazione, ad esempio), e queste possono durare più a lungo di una consultazione di bas

Con l'intervento effettuato nel 2018 dal Consiglio federale sul Tarmed, le prestazioni fornite dai medici di famiglia sono state rivalutate rispetto a quelle fornite da alcuni specialisti. Col Tardoc, quali medici ci guadagnano e quali ci perdono?

Schlup: Non è possibile rispondere in modo generale per specializzazioni. Si tratta di una ponderazione diversa delle prestazioni in modo da riflettere meglio lo stato attuale della medicina, ad esempio la digitalizzazione e il progresso tecnico.

Il Tarmed contempla 4'700 prestazioni, il Tardoc 2'700. Come mai?

Zängerle: Una semplificazione generale del tariffario e una sua attualizzazione erano necessarie da tempo. Con Tardoc vengono stralciate dal tariffario numerose prestazioni non più necessarie eliminando, tra le altre cose, anche prestazioni che figurano nel Tarmed ma che in realtà vengono solo svolte a livello stazionario, come il taglio cesareo. Il tariffario si inserisce in un quadro più ampio di riforme del settore sanitario. Particolarmente importante è la riforma 'Efas', che in combinazione con l'adeguamento tariffario permetterà di modificare gli incentivi di Cantoni e assicuratori per fare in modo che un maggior numero di prestazioni vengano effettuate ambulatorialmente e che i medici vengano remunerati in modo adeguato, al passo con i tempi. La partecipazione dei Cantoni al finanziamento delle cure ambulatoriali prevista con questa riforma avrà un effetto positivo sull'insieme dei costi della salute.

I cantieri aperti nel sistema sanitario sono molti, il Tardoc rischia di essere già superato al momento di entrare in vigore. Come pensate di evitarlo?

Zängerle: Il tempo passa anche per il Tardoc e, come per ogni buon tariffario, dovranno esserci delle revisioni. Stiamo già lavorando a progetti di revisione nell'organizzazione tariffale comune. Queste revisioni potranno entrare in vigore a partire dal 2023. Anche per questo motivo è importante che il Tardoc entri in vigore il primo gennaio 2022. Troppe

riforme del sistema sanitario di vasta portata comportano il rischio che vengano attuate solo a metà o che il sistema venga destabilizzato. Sarebbe un peccato, perché in particolare la pandemia del coronavirus ha dimostrato che, almeno per ora, non abbiamo superato così male la crisi. Per molti anni non ci sono state serie riforme della Lamal. Ora, con la legge sulla qualità e il nuovo regolamento sull'autorizzazione dei fornitori di prestazioni, sono state decise due importanti riforme. La terza, la 'Efas' appunto, è già stata approvata dal Consiglio nazionale. La quarta è il Tardoc. Dobbiamo prima attuare queste riforme e poi fare un bilancio tra qualche anno.

La priorità è frenare l'aumento dei costi sanitari. Qual è il contributo del Tardoc in questo senso?

Schlup: La nuova tariffa è più semplice, perché ci sono meno posizioni. È adeguata ed elimina i falsi incentivi. L'intervento del Consiglio federale sul Tarmed nel 2018 ha permesso di risparmiare mezzo miliardo di franchi. Con il Tardoc garantiamo la neutralità dei costi: è questo il contributo del nuovo tariffario. Il Consiglio federale chiede da anni una revisione del tariffario medico. Zängerle: Con un volume che si aggira attorno a 12 miliardi di franchi annui (quasi un terzo della spesa sanitaria a carico dell'assicurazione di base), il Tarmed è la prima voce tariffale in Svizzera. Grazie al Tardoc, andiamo a incidere sull'evoluzione di questa voce tariffale.

A inizio giugno santésuisse e l'Associazione svizzera dei medici con attività chirurgica e intensiva (Fmch) hanno inoltrato al Consiglio federale un nuovo sistema tariffario per il settore ambulatoriale su base forfettaria. I forfait sembrano uno strumento migliore per contenere i costi della salute. Col vostro sistema, invece, i medici potranno continuare a fatturare le singole prestazioni e il loro margine di manovra non verrebbe ridotto.

Zängerle: I forfait previsti nella proposta di santésuisse e Fmch coprono soltanto una minima parte delle prestazioni: meno del 20%. Inoltre la loro applicazione rimane opzionale. I forfait non si contrappongono al Tardoc, rappresentano piuttosto un complemento: i due sistemi possono coesistere. In molti ambiti, pensiamo per esempio alla medicina generale, difficilmente i forfait potranno rappresentare un'alternativa praticabile. Non sempre i forfait sono uno strumento migliore per contenere i costi della salute. In molti casi la fatturazione per singola prestazione può essere più adeguata.

I negoziati sul Tardoc sono andati avanti per parecchi anni. Ufficialmente senza i Cantoni, attori di peso nel settore sanitario e ai quali spetta il compito di approvare i valori dei punti tariffali. Non temete che faranno resistenza prima o poi?

Schlup: Abbiamo presentato mesi fa il Tardoc agli esperti tariffali della Conferenza dei direttori cantonali della sanità. Ed è stato accolto positivamente.

Curafutura e Fmh sperano che il nuovo tariffario medico possa sostituire il Tarmed dal primo gennaio 2022

La scheda

Da un tariffario all'altro

In vigore dal 2004, l'attuale tariffario medico Tarmed comprende le prestazioni mediche e paramediche (4'700) fornite dagli studi medici e nel settore ospedaliero ambulatoriale. Un determinato numero di punti tariffari (il loro valore varia da cantone a cantone) è attribuito a ogni prestazione, in funzione del tempo necessario, del grado di difficoltà e dell'infrastruttura necessaria. È su questa base che i medici fatturano le loro prestazioni. Sottoposto più volte a revisione, oggetto nel 2018 di un intervento del Consiglio federale che ha tra l'altro rivalutato le prestazioni fornite dai medici di base, il Tarmed da tempo non è più al passo dei progressi medici, tecnologici e dei salari nel settore. Dopo anni di negoziati (fino al 2018 anche con l'organizzazione degli ospedali H+), nel luglio del 2019 curafutura e Fmh hanno presentato al Consiglio federale un nuovo tariffario: il Tardoc. Oggi inoltrano un complemento alla domanda di approvazione. L'obiettivo è di far entrare in vigore il nuovo tariffario il primo gennaio 2022.

I profili

Pius Zängerle: 57 anni, lucernese, lauree in matematica al 'Poli' di Zurigo e in economia a San Gallo, dal gennaio 2015 direttore di curafutura, associazione fondata nel 2013 dagli assicuratori malattia Css, Helsana, Sanitas e Cpt

Jürg Schlup: 64 anni, bernese, medico di famiglia, dal 2012 presidente della Federazione dei medici svizzeri (Fmh), organizzazione mantello del settore

Zängerle (a sinistra) e Schlup

- Il Tardoc torna a bussare alla porta del Consiglio federale
  laregione.ch 25.06.2020

© La Regione Ticino

laRegione Ticino

Gewicht: Online

25. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

ONLINE, 25.06.2020

Il Tardoc torna a bussare alla porta del Consiglio federale

Curafutura e Fmh annunciano di aver raggiunto un'intesa per garantire la neutralità dei costi. A colloquio con Pius Zängerle (curafutura) e Jürg Schlup (Fmh).

Stefano Guerra

Si fa un gran parlare di contenimento dei costi della salute. Spesso sul banco degli accusati, anche medici e assicuratori malattia cercano di fare la loro parte. Ad esempio aggiornando un obsoleto e squilibrato (nel senso che alcune prestazioni vengono remunerate troppo, altre troppo poco) tariffario medico per le prestazioni ambulatoriali (il Tarmed), e garantendo che nel passaggio a un nuovo tariffario (il Tardoc) non si generino costi aggiuntivi.
L'associazione degli assicuratori malattia curafutura e quella dei medici Fmh si sono messe d'accordo in questo senso. Inoltrano oggi al Consiglio federale un concetto unico con il quale garantire la cosiddetta neutralità dei costi sancita dall'Ordinanza sull'assicurazione malattie. E poiché con la recente adesione di Swica è stata raggiunta la necessaria maggioranza degli assicuratori, adesso "tutti i requisiti stabiliti dal Consiglio federale" per l'approvazione del Tardoc sono soddisfatti, sottolineano in una nota congiunta le due organizzazioni. Il loro obiettivo: far entrare in vigore il nuovo tariffario – frutto di difficili negoziati che si sono protratti per anni – il primo gennaio 2022. La 'Regione' ne ha parlato con il direttore di curafutura Pius Zängerle e con il presidente della Fmh Jürg Schlup.

Avevate posizioni diverse su come garantire la neutralità dei costi. Come siete riusciti a sciogliere il nodo?

Zängerle: Quando abbiamo presentato il nuovo tariffario l'anno scorso c'erano due varianti. Avrebbero entrambe garantito la neutralità dei costi. Non avevamo però ancora un concetto unico. Abbiamo lavorato intensamente negli ultimi mesi, arrivando a un compromesso: una via di mezzo tra le due varianti inizialmente proposte. La soluzione identificata prevede un fattore che moltiplica i punti tariffali (vedi scheda sotto, ndr), il quale potrà essere modulato nella fase iniziale in modo da garantire appunto la neutralità dei costi.
Schlup: Oggi presentiamo un concetto comune. Siamo riusciti a raggiungere un accordo facendo ognuno due passi verso l'altro, in modo da trovare un compromesso.

Qual è stata la concessione più dolorosa che ciascuno di voi ha dovuto fare all'altro?

Zängerle: in qualsiasi negoziato si vince su alcuni fronti e si perde su altri. Fa parte del gioco. Quello che conta è il risultato finale, di cui siamo molto soddisfatti. Forse il punto più difficile per noi, visto che Tardoc è un sistema basato su dati reali, è stato il fatto di non esserci potuti basare su dati interamente nuovi per lo sviluppo della struttura tariffale. Ci siamo basati su quelli messi a disposizione da Fmh e H+ (l'organizzazione mantello degli ospedali, ndr). Con il previsto sistema di revisione regolare del Tardoc saranno però possibili adattamenti in futuro.

Schlup: Da parte nostra la concessione più dolorosa ha avuto luogo già durante l'elaborazione del tariffario presentato un anno fa. Riguarda la limitazione temporale, ovvero la riduzione a 20 minuti del tempo che un medico può trascorrere con i propri pazienti per una consultazione di base. Nel Tardoc però sono previste posizioni specifiche per consulenze specialistiche (sui disturbi dell'alimentazione, ad esempio), e queste possono durare più a lungo di una consultazione di bas

Con l'intervento effettuato nel 2018 dal Consiglio federale sul Tarmed, le prestazioni fornite dai medici di famiglia sono state rivalutate rispetto a quelle fornite da alcuni specialisti. Col Tardoc, quali medici ci guadagnano e quali ci perdono?

Schlup: Non è possibile rispondere in modo generale per specializzazioni. Si tratta di una ponderazione diversa delle

prestazioni in modo da riflettere meglio lo stato attuale della medicina, ad esempio la digitalizzazione e il progresso tecnico.

Il Tarmed contempla 4'700 prestazioni, il Tardoc 2'700. Come mai?

Zängerle: Una semplificazione generale del tariffario e una sua attualizzazione erano necessarie da tempo. Con Tardoc vengono stralciate dal tariffario numerose prestazioni non più necessarie eliminando, tra le altre cose, anche prestazioni che figurano nel Tarmed ma che in realtà vengono solo svolte a livello stazionario, come il taglio cesareo. Il tariffario si inserisce in un quadro più ampio di riforme del settore sanitario. Particolarmente importante è la riforma 'Efas', che in combinazione con l'adeguamento tariffario permetterà di modificare gli incentivi di Cantoni e assicuratori per fare in modo che un maggior numero di prestazioni vengano effettuate ambulatorialmente e che i medici vengano remunerati in modo adeguato, al passo con i tempi. La partecipazione dei Cantoni al finanziamento delle cure ambulatoriali prevista con questa riforma avrà un effetto positivo sull'insieme dei costi della salute.

I cantieri aperti nel sistema sanitario sono molti, il Tardoc rischia di essere già superato al momento di entrare in vigore. Come pensate di evitarlo?

Zängerle: Il tempo passa anche per il Tardoc e, come per ogni buon tariffario, dovranno esserci delle revisioni. Stiamo già lavorando a progetti di revisione nell'organizzazione tariffale comune. Queste revisioni potranno entrare in vigore a partire dal 2023. Anche per questo motivo è importante che il Tardoc entri in vigore il primo gennaio 2022. Troppe riforme del sistema sanitario di vasta portata comportano il rischio che vengano attuate solo a metà o che il sistema venga destabilizzato. Sarebbe un peccato, perché in particolare la pandemia del coronavirus ha dimostrato che, almeno per ora, non abbiamo superato così male la crisi. Per molti anni non ci sono state serie riforme della Lamal. Ora, con la legge sulla qualità e il nuovo regolamento sull'autorizzazione dei fornitori di prestazioni, sono state decise due importanti riforme. La terza, la 'Efas' appunto, è già stata approvata dal Consiglio nazionale. La quarta è il Tardoc. Dobbiamo prima attuare queste riforme e poi fare un bilancio tra qualche anno.

La priorità è frenare l'aumento dei costi sanitari. Qual è il contributo del Tardoc in questo senso?

Schlup: La nuova tariffa è più semplice, perché ci sono meno posizioni. È adeguata ed elimina i falsi incentivi. L'intervento del Consiglio federale sul Tarmed nel 2018 ha permesso di risparmiare mezzo miliardo di franchi. Con il Tardoc garantiamo la neutralità dei costi: è questo il contributo del nuovo tariffario. Il Consiglio federale chiede da anni una revisione del tariffario medico.

Zängerle: Con un volume che si aggira attorno a 12 miliardi di franchi annui (quasi un terzo della spesa sanitaria a carico dell'assicurazione di base), il Tarmed è la prima voce tariffale in Svizzera. Grazie al Tardoc, andiamo a incidere sull'evoluzione di questa voce tariffale.

A inizio giugno santésuisse e l'Associazione svizzera dei medici con attività chirurgica e intensiva (Fmch) hanno inoltrato al Consiglio federale un nuovo sistema tariffario per il settore ambulatoriale su base forfettaria. I forfait sembrano uno strumento migliore per contenere i costi della salute. Col vostro sistema, invece, i medici potranno continuare a fatturare le singole prestazioni e il loro margine di manovra non verrebbe ridotto.

Zängerle: I forfait previsti nella proposta di santésuisse e Fmch coprono soltanto una minima parte delle prestazioni: meno del 20%. Inoltre la loro applicazione rimane opzionale. I forfait non si contrappongono al Tardoc, rappresentano piuttosto un complemento: i due sistemi possono coesistere. In molti ambiti, pensiamo per esempio alla medicina generale, difficilmente i forfait potranno rappresentare un'alternativa praticabile. Non sempre i forfait sono uno strumento migliore per contenere i costi della salute. In molti casi la fatturazione per singola prestazione può essere più adeguata.

I negoziati sul Tardoc sono andati avanti per parecchi anni. Ufficialmente senza i Cantoni, attori di peso nel settore sanitario e ai quali spetta il compito di approvare i valori dei punti tariffali. Non temete che faranno resistenza prima o poi?

Schlup: Abbiamo presentato mesi fa il Tardoc agli esperti tariffali della Conferenza dei direttori cantonali della sanità. Ed è stato accolto positivamente.

Chi sono

Pius Zängerle: 57 anni, lucernese, dal gennaio 2015 direttore di curafutura, associazione fondata nel 2013 dagli assicuratori malattia Css, Helsana, Sanitas e Cpt

Jürg Schlup: 64 anni, medico di famiglia, dal 2012 presidente della Federazione dei medici svizzeri (Fmh), organizzazione mantello del settore

---

Dal Tarmed al Tardoc

In vigore dal 2004, il tariffario medico Tarmed comprende praticamente tutte le prestazioni mediche e paramediche (oltre 4'600) fornite dallo studio medico e nel settore ospedaliero ambulatoriale. Un determinato numero di punti tariffari (il loro valore varia da cantone a cantone) è attribuito ad ogni prestazione. in funzione del tempo necessario, del grado di difficoltà e dell'infrastruttura necessaria. È su questa base che i medici fatturano le loro prestazioni. Sottoposto più volte a revisione, oggetto nel 2018 di un intervento del Consiglio federale che ha tra l'altro rivalutato le prestazioni fornite di medici di base, il Tarmed è ritenuto ormai superato, non più al passo con i progressi della medicina. Dopo anni di difficili negoziati (fino al 2018 anche con l'organizzazione degli ospedali H+), nel luglio del 2019 curafutura e Fmh hanno presentato al Consiglio federale un nuovo tariffario. L'adesione della Swica, in maggio, ha tolto uno dei principali ostacoli sul cammino dell'approvazione e dell'entrata in vigore (il primo gennaio 2022?) del Tardoc. Ne restava un altro: quello della neutralità dei costi. Nel frattempo le due organizzazioni hanno superato le divergenze e hanno raggiunto un'intesa: inoltreranno oggi al Consiglio federale un concetto volto a evitare che il passaggio dal Tarmed al Tardoc generi costi aggiuntivi.

© laregione.ch

Gewicht: TV / Radio

25. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

LE JOURNAL HORAIRE, 14:00, 25.06.2020

Nouveau système tarifaire soumis au Conseil fédéral pour remplacer Tarmed

La faîtière Curafutura et la Fédération des médecins suisses ont déposé une nouvelle mouture de leur système tarifaire.Les partenaires assurent qu'elle remplit les exigences du Conseil fédéral et réunit les atouts pour remplacer le Tarmed, désormais dépassé.

Cette structure tarifaire, baptisée Tardoc, remplit toutes les conditions pour mettre fin au long blocage du tarif médical ambulatoire, assurent Curafutura (l'une des deux faîtières d'assureurs maladie) et la FMH dans un communiqué diffusé jeudi.

Tardoc doit remplacer la structure tarifaire Tarmed, introduite en 2004, qui ne permet pas de rémunérer les prestations selon le niveau actuel de la médecine, la technique médicale et les coûts de personnel.

Les soins ambulatoires au cœur de la réforme

Cela se traduit par une allocation déséquilibrée des ressources, certaines prestations étant sous-dotées et d'autres sur-dotées. Or la majeure partie des prestations ambulatoires sont facturées via ce tarif, soit un tiers du volume total des coûts relevant de l'assurance obligatoire des soins, c'est-à-dire 12 milliards de francs par année.

Pour Curafutura et la FMH, le Tardoc compense ces déséquilibres. Il reflète les possibilités techniques actuelles, et la réduction de 4700 à 2700 du nombre de positions simplifie la structure tarifaire et augmente la transparence. Les positions purement stationnaires ont été supprimées.

Majorité des assurés concernés

La mouture proposée jeudi remplit désormais les exigences mentionnées par le Conseil fédéral, assurent Curafutura et la FMH.

Un premier projet avait été présenté en juillet 2019, élaboré conjointement avec la Commission des tarifs médicaux (CTM), chargée du domaine des assurances accidents, invalidité et militaire. Mais il n'avait pas trouvé grâce aux yeux du gouvernement faute d'avoir obtenu l'adhésion d'une majorité des assureurs.

Cette fois, le Tardoc réunit la majorité des assurés avec CSS, Helsana, Sanitas, KPT ainsi que SWICA, membre de la faîtière concurrente Santésuisse, qui y a adhéré récemment.

Et les deux organisations se sont accordées sur un concept commun d'introduction neutre en termes de coûts, qui ne va ni faire grimper la facture ni la réduire.

Espoir d'une entrée en vigueur en 2022

Les partenaires tarifaires espèrent une évaluation favorable de leur projet de la part du Conseil fédéral. Ils l'invitent à approuver le Tardoc en vue d'une entrée en vigueur au 1er janvier 2022ats/oang

Audio

(00:28)

Autre proposition de Santésuisse

Santésuisse et l'association des chirurgiens (FMCH) ont de leur côté présenté début juin une nouvelle tarification dans le domaine ambulatoire basée sur un système de forfaits, qui devrait selon eux apporter plus de transparence pour le patient.

Le projet, qui concerne 67 opérations fréquemment effectuées, a aussi été remis au Conseil fédéral pour approbation.

© Radio RTS La 1ère

Gewicht: Online

MEDINSIDE

25. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

ONLINE, 25.06.2020

Tardoc: Kompromiss zur «Kostenneutralität» erzielt

Der Krankenkassenverband Curafutura und die Ärzteverbindung FMH einigen sich bei der Frage um die Mehrkosten im neuen ambulanten Regelwerk.

Die kostenneutrale Einführung war bislang wohl die grösste Hürde für die Einführung von Tardoc, der neue Tarifvorschlag, der den Tarmed ablösen soll. Die beiden Tarifpartner Curafutura und die FMH, die das Modell erarbeitetet, waren sich bislang in der Umsetzung der Kostenneutralität uneinig.

Der Unterschied der beiden Versionen: die Anzahl der Taxpunkte. Die Krankenkassen von Curafutura wollten jede einzelne Tarifposition um 20 Prozent kürzen. Die Ärzteschaft sah hingegen einen rollenden Prozess vor, um die Korrektur nach unten über die kantonalen Taxpunktwerte zu vollziehen.

Zwei Schritte gegen den Kostensprung

Nun scheint es zu einem Kompromiss gekommen sein, wie die NZZ berichtet. Am Donnerstag wollen Curafutura und die FMH ihren Lösungsvorschlag formell beim Bundesrat einreichen. So sieht er aus:

Bedingungen für Tardoc sind erfüllt

Nun scheint auch dieses Problem aus dem Weg geräumt zu sein. Und auch die zweite wichtige Voraussetzung für die Genehmigung des beim Bundesrat hängigen Tarifmodells ist erfüllt: Die Mehrheit der Akteure steht hinter Tardoc. Denn Anfang Mai hat auch Santésuisse-Versicherer Swica mit ihren 820'000 Grundversicherten dem Regelwerk eine Chance gegeben.

«Wir erfüllen jetzt definitiv alle Voraussetzungen und erwarten, dass der Bundesrat den Tarif genehmigt», sagt Curafutura-Direktor Zängerle der Zeitung. Auch der Ärzte-Präsident Jürg Schlup erwartet, dass der Bundesrat den vor einem Jahr eingereichte Vorschlag noch dieses Jahr genehmigt. Gibt er grünes Licht, gilt die Lösung auch für Santésuisse und H+, die sich bislang nicht an der Erarbeitung der neuen Struktur beteiligt haben. Die beiden Branchenorganisationen möchten lieber auf (kostendämpfende) Pauschalen statt auf Einzelleistungstarife setzen.

Bei der Einführung von Tardoc werden alle Positionen für die ersten zwei Jahre herabgesetzt. Diese Anpassung um 14 Prozent sei so kalkuliert, dass das Volumen der abgerechneten Leistungen nicht allein wegen des neuen Tarifs ansteigen sollte.

Im Nachhinein werde anhand der effektiven Daten kontrollieren, ob die Kürzung korrekt und kostenneutral war. Falls nötig, werde sie dann nach oben oder unten angepasst. So sollen auf das dritte Jahr hin die definitiven Werte festgelegt werden.

© Medinside

LE TEMPS

Auflage: 39716
Gewicht: Groupe d'articles

25. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

SUISSE PAGE 6

Factures: les cantons qui rient, les cantons qui pleurent

Pandémie - Le ministre de la Santé, Alain Berset, soulage les cantons des coûts des tests de dépistage du nouveau coronavirus, mais refuse de participer à la couverture des déficits abyssaux des hôpitaux

Michel Guillaume

«Faites-vous tester, c'est désormais gratuit!» a vivement recommandé Alain Berset. La Confédération règle la facture dès ce jeudi 25 juin. Par cette mesure, le Conseil fédéral veut absolument éviter le scénario cauchemardesque d'une deuxième vague de l'épidémie de Covid-19. C'est nouveau: même en cas de symptômes légers, les malades sont invités à contacter leur médecin pour un test sans devoir se préoccuper de la facture. Pour le moment, un rebond du Covid-19 n'est pas trop à craindre.

Depuis un mois, le nombre de nouveaux cas de coronavirus est inférieur à 50 par jour et la Suisse n'a pas enregistré plus d'un mort par jour. «Il n'y a pas de clusters dans une région particulière», a précisé Stefan Kuster, le nouveau chef de la division des maladies transmissibles à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Mais les nouvelles sont moins rassurantes dans les pays voisins, en Allemagne et dans les pays des Balkans, où le déconfinement est moins bien maîtrisé

Berne lâche 288 millions

Lundi 22 juin, Alain Berset a rencontré une délégation du comité de la Conférence des directeurs et directrices de la santé (CDS). Sur un point, il a accédé à l'une de ses revendications émises de longue date. La Confédération prendra donc en charge les coûts des tests de dépistage du Covid- 19. Une décision qui a le mérite de simplifier le système: jusqu'ici, ces frais étaient réglés par les cantons ou les caisses maladie, ce qui engendrait une inégalité de traitement.

Lorsque les assurances remboursaient la facture, les patients devaient tout de même participer aux frais par le biais de la franchise et de la quote-part. En revanche, ils ne devaient rien débourser lorsque les cantons passaient à la caisse. Cette mesure coûtera 288 millions à la Confédération, qui versera donc un forfait de 169 francs pour un test diagnostic. Berne s'acquittera aussi des frais (113 francs par cas) des tests sérologiques de détection des anticorps.

Mais elle ne les recommande pas, leur utilité scientifique n'était pas prouvée jusqu'à présent. Vice-président de la Fédération suisse des patients (FSP), le conseiller national Baptiste Hurni (PS/NE) salue la décision du Conseil fédéral. «Sur le fond, c'est une excellente nouvelle, même si elle survient un peu tard», s'exclame-t-il. Par contre, il regrette que le Conseil fédéral ne soit pas entré en matière sur la rétroactivité de cette mesure, car elle crée de nouvelles inégalités. «Elle constitue en quelque sorte une prime aux mauvais élèves. Les cantons qui ont beaucoup testé ont payé. Et les autres n'auront rien à débourser», remarque Baptiste Hurni.

Trois milliards de perte pour les hôpitaux

Au-delà de cette bonne nouvelle, Alain Berset a par contre douché les cantons en n'entrant pas en matière sur une autre de leurs requêtes: la participation de la Confédération aux pertes de recettes des hôpitaux, déjà estimées à près de 3 milliards de francs. C'est pourtant le Conseil fédéral, en interdisant durant six semaines tous les actes non urgents, qui en est à l'origine.

Cette information, qui ne figurait pas dans le communiqué officiel du Conseil fédéral, a déçu la faîtière des hôpitaux H+. «Nous invitons le gouvernement à expliquer les bases constitutionnelles et légales fondant cette prise de position, en particulier au regard de la loi fédérale sur l'approvisionnement du pays et de celle sur l'expropriation», commente sa

porte-parole Dorit Djelid. Contactés par Le Temps, les directeurs cantonaux de la santé préfèrent calmer le jeu plutôt que de se désoler de cette posture fédérale.

«Une aide de la Confédération aurait été appréciée, mais je ne suis pas étonné, car il ne faut pas oublier que la politique hospitalière est du ressort des cantons », réagit le conseiller exécutif bernois Pierre Alain Schnegg. Pour sa part, son homologue neuchâtelois Laurent Kurth refuse de croire que tout est déjà joué, d'autant plus que des tables rondes réunissant tous les acteurs de la santé sont agendées cet été: «Je pars du principe que les positions ne sont pas figées, car sinon ces tables rondes n'auraient aucun sens.

De plus, sur le plan juridique, je doute que le Conseil fédéral, qui a pris la décision d'interdire les opérations électives, puisse se soustraire à ses responsabilités.» A l'évidence, les acteurs en présence ont tous marqué leur territoire en attendant que tombent des chiffres plus précis sur les déficits des hôpitaux vers la fin de l'année. Alain Berset a en tout cas refusé de dramatiser: «Si nous sommes parvenus à éviter des opérations inutiles, c'est une bonne nouvelle!»

Berne s'acquittera aussi des frais des tests sérologiques de détection des anticorps

En prenant désormais entièrement à sa charge le coût du dépistage du SARS-CoV-2, la Confédération veut éviter à tout prix le scénario cauchemardesque d'une deuxième vague de l'épidémie. (ENNIO LEANZA/KEYSTONE)

- Les cantons qui rient, les cantons qui pleurent
  letemps.ch 24.06.2020

© Le Temps

LE TEMPS

Gewicht: Online

24. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

ONLINE, 24.06.2020

Tests de dépistage

Les cantons qui rient, les cantons qui pleurent

Le ministre de la Santé, Alain Berset, soulage les cantons des coûts des tests de dépistage, mais refuse de participer à la couverture des déficits abyssaux des hôpitaux

Michel Guillaume

«Faites-vous tester, c'est désormais gratuit!» a vivement recommandé Alain Berset. La Confédération règle la facture dès ce jeudi 25 juin. Par cette mesure, le Conseil fédéral veut absolument éviter le scénario cauchemardesque d'une deuxième vague de l'épidémie de Covid-19. C'est nouveau: même en cas de symptômes légers, les malades sont invités à contacter leur médecin pour un test sans devoir se préoccuper de la facture.

Pour le moment, un rebond du Covid-19 n'est pas trop à craindre. Depuis un mois, le nombre de nouveaux cas de coronavirus est inférieur à 50 par jour et la Suisse n'a pas enregistré plus d'un mort par jour. «Il n'y a pas de clusters dans une région particulière», a précisé Stefan Kuster, le nouveau chef de la division des maladies transmissibles à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Mais les nouvelles sont moins rassurantes dans les pays voisins, en Allemagne et dans les pays des Balkans, où le déconfinement est moins bien maîtrisé.

Berne lâche 288 millions

Lundi 22 juin, Alain Berset a rencontré une délégation du comité de la Conférence des directeurs et directrices de la santé (CDS). Sur un point, il a accédé à l'une de ses revendications émises de longue date. La Confédération prendra donc en charge les coûts des tests de dépistage du Covid-19. Une décision qui a le mérite de simplifier le système: jusqu'ici, ces frais étaient réglés par les cantons ou les caisses maladie, ce qui engendrait une inégalité de traitement. Lorsque les assurances remboursaient la facture, les patients devaient tout de même participer aux frais par le biais de la franchise et de la quote-part. En revanche, ils ne devaient rien débourser lorsque les cantons passaient à la caisse.

Cette mesure coûtera 288 millions à la Confédération, qui versera donc un forfait de 169 francs pour un test diagnostic. Berne s'acquittera aussi des frais (113 francs par cas) des tests sérologiques de détection des anticorps. Mais elle ne les recommande pas, leur utilité scientifique n'était pas prouvée jusqu'à présent.

Vice-président de la Fédération suisse des patients (FSP), le conseiller national Baptiste Hurni (PS/NE) salue la décision du Conseil fédéral. «Sur le fond, c'est une excellente nouvelle, même si elle survient un peu tard», s'exclame-t-il. Par contre, il regrette que le Conseil fédéral ne soit pas entré en matière sur la rétroactivité de cette mesure, car elle crée de nouvelles inégalités. «Elle constitue en quelque sorte une prime aux mauvais élèves. Les cantons qui ont beaucoup testé ont payé. Et les autres n'auront rien à débourser», remarque Baptiste Hurni.

Quand Berset douche les cantons

Au-delà de cette bonne nouvelle, Alain Berset a par contre douché les cantons en n'entrant pas en matière sur une autre de leurs requêtes: la participation de la Confédération aux pertes de recettes des hôpitaux, déjà estimées à près de 3 milliards de francs. C'est pourtant le Conseil fédéral, en interdisant durant six semaines tous les actes non urgents, qui en est à l'origine.

Cette information, qui ne figurait pas dans le communiqué officiel du Conseil fédéral, a déçu la faîtière des hôpitaux H+. «Nous invitons le gouvernement à expliquer les bases constitutionnelles et légales fondant cette prise de position, en

particulier au regard de la loi fédérale sur l'approvisionnement du pays et de celle sur l'expropriation», commente sa porte-parole Dorit Djelid.

Contactés par Le Temps, les directeurs cantonaux de la santé préfèrent calmer le jeu plutôt que de se désoler de cette posture fédérale. «Une aide de la Confédération aurait été appréciée, mais je ne suis pas étonné, car il ne faut pas oublier que la politique hospitalière est du ressort des cantons», réagit le conseiller exécutif bernois Pierre Alain Schnegg.

Pour sa part, son homologue neuchâtelois Laurent Kurth refuse de croire que tout est déjà joué, d'autant plus que des tables rondes réunissant tous les acteurs de la santé sont agendées cet été: «Je pars du principe que les positions ne sont pas figées, car sinon ces tables rondes n'auraient aucun sens. De plus, sur le plan juridique, je doute que le Conseil fédéral, qui a pris la décision d'interdire les opérations électives, puisse se soustraire à ses responsabilités.»

A l'évidence, les acteurs en présence ont tous marqué leur territoire en attendant que tombent des chiffres plus précis sur les déficits des hôpitaux vers la fin de l'année. Alain Berset a en tout cas refusé de dramatiser: «Si nous sommes parvenus à éviter des opérations inutiles, c'est une bonne nouvelle!»

© letemps.ch

Gewicht: TV / Radio

25. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

IL QUOTIDIANO, 25.06.2020

L'ospedale cantonale GR si organizza

Video
(02:27)

(Tag: Arnold Bachmann, Ospedale cantonale GR)

© RSI LA 1

Neue Zürcher Zeitung

Auflage: 126795
Gewicht: Artikelgruppe

25. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

SCHWEIZ SEITE 11

Durchbruch im epischen Streit um 12-Milliarden-Tarifmodell

Krankenkassen und Ärzte einigen sich bei den Kosten für die ambulante Medizin auf ein neues Regelwerk

Fabian Schäfer, Erich Aschwanden

Das Leiden ist chronisch. Seit bald zehn Jahren debattiert die Gesundheitsbranche über den Tarmed, den Tarif, mit dem die Ärzte in Praxen und Spitälern sämtliche ambulanten Leistungen abrechnen. Es ist unbestritten, dass das Tarifwerk überholt ist. Für die einen Leistungen erhalten die Ärzte zu viel Geld, für andere zu wenig. Trotzdem ist der Tarmed immer noch in Kraft. Über ihn rechnen die Ärzte und Spitäler jedes Jahr Leistungen von 12 Milliarden Franken ab. Damit steuert ein veralteter Tarif ein Drittel der Gesamtkosten der Grundversicherung und ist ein wesentlicher Faktor für die Höhe der Krankenkassenprämien. Bisher sind alle Versuche, einen neuen Tarif einzuführen, gescheitert.

Doch jetzt liegt eine Lösung in Reichweite. Die Vereinigung der Ärzte FMH und der Krankenkassenverband Curafutura haben eine Einigung erzielt, die manche Beobachter bereits für unmöglich hielten: Sie haben gemeinsam ein Regelwerk erarbeitet, das verhindern soll, dass die Einführung des neuen Tarifs zu einem Kostensprung führt. Das mag banal klingen, war jedoch bisher eine der grössten Hürden. Der Bund legt in einer Verordnung nämlich fest, der Wechsel des Tarifmodells dürfe «keine Mehrkosten verursachen». Was einfach tönt, führt im Detail zu Diskussionen: Wie werden die relevanten Mehrkosten bestimmt? Wie lange dauert die Übergangsfrist? Müssen Ärzte und Spitäler mit nachträglichen Tarifkürzungen rechnen?

Gewinner und Verlierer

Zu all diesen Fragen liegt nun erstmals ein Kompromiss vor. Er umfasst vereinfacht gesagt zwei Stufen. Erstens werden bei der Einführung des Tarifs alle Positionen für die ersten zwei Jahre herabgesetzt. Diese Anpassung um 14 Prozent ist so kalkuliert, dass das Volumen der abgerechneten Leistungen nicht allein wegen des neuen Tarifs ansteigen sollte. Dass die Ärzte diesen für sie unerfreulichen Schritt mittragen, ist bemerkenswert. Er dürfte innerhalb der Ärzteschaft je nach Leistungen, die man anbietet, zu Gewinnern und Verlierern führen. Frühere Reformversuche sind an diesem Punkt gescheitert.

Zweitens wird man im Nachhinein anhand der effektiven Daten kontrollieren, ob die Kürzung korrekt und kostenneutral war. Falls nötig, wird sie dann nach oben oder unten angepasst. So sollen auf das dritte Jahr hin die definitiven Werte festgelegt werden. Damit endet die kostenneutrale Einführungsphase.

Diesen Kompromiss wollen die Ärzte und die beteiligten Krankenkassen (CSS, Helsana, Sanitas, KPT, Swica) am Donnerstag formell beim Bundesrat einreichen. Dies bestätigen der FMH-Präsident Jürg Schlup sowie Pius Zängerle, der Direktor von Curafutura. Die beiden Verbände bringen damit ihre gemeinsame Mission einen grossen Schritt weiter. Bereits vor einem Jahr haben sie beim Bund einen neuen ambulanten Tarif eingereicht, den Tardoc. Dass der Bundesrat diesen noch nicht genehmigt und eingeführt hat, hat viel damit zu tun, dass sich Curafutura und FMH bisher nicht auf gemeinsame Regeln für die kostenneutrale Einführung einigen konnten. Dieses Manko ist nun behoben. Daneben gab es noch ein zweites Problem: Der Bundesrat stellt sich auf den Standpunkt, dass er einen Tarif nur dann genehmigen kann, wenn die Mehrheit der Akteure dahintersteht. Im Fall der Ärzte ist diese Bedingung erfüllt, weil die FMH an Bord ist, die auch die Spitalärzte vertritt. Bei den Versicherern hingegen sah es weniger gut aus, weil der andere – grössere – Krankenkassenverband Santésuisse den Tardoc nicht unterstützt. Diesen Mangel konnte Curafutura inzwischen aber ebenfalls beheben. Anfang Mai hat sich einer der grössten Santésuisse-Versicherer, die

Swica mit ihren 820 000 Grundversicherten, neu hinter den Tardoc gestellt.

«Wir erfüllen jetzt definitiv alle Voraussetzungen und erwarten, dass der Bundesrat den Tarif genehmigt», sagt der Curafutura-Direktor Zängerle. Auch der Ärzte-Präsident Jürg Schlup erwartet, dass der Bundesrat den Tardoc noch dieses Jahr genehmigt. In Kraft treten soll der Tarif aus Sicht der Verbände aber erst 2022, damit Ärzte und Versicherer Zeit haben, ihre Systeme anzupassen. Falls der Bundesrat den Tarif gutheisst, gilt er für alle Beteiligten, auch für die Santésuisse-Versicherer und die Spitäler. Diese seien herzlich eingeladen, sich zu beteiligen, betonen Schlup und Zängerle unisono.

Ärzte bisher stets ablehnend

Für die Entwicklung und Pflege des Tarifs haben die Verbände bereits 2015 ein gemeinsames Büro gegründet. Dieses soll dafür sorgen, dass der Tardoc mit der Entwicklung der Medizin Schritt hält und à jour bleibt. Dieses Gremium operiert mit Mehrheitsbeschlüssen. Genau an diesem Punkt ist letztlich der heutige Tarif Tarmed gescheitert: Bei dessen Einführung einigte man sich darauf, dass Änderungen nur bei Einstimmigkeit möglich sind. Dies führte zu Blockaden, bald durch die eine, bald durch die andere Seite.

Bleibt noch die Frage, weshalb die Ärzte den Kompromiss bei den Kosten dieses Mal mittragen. Als die FMH-Spitze 2016 einen ähnlichen Vorschlag mit Curafutura ausgehandelt hatte, erlitt sie intern eine Kanterniederlage: In einer Urabstimmung sagten 89 Prozent der Basis Nein zum damals vorgeschlagenen Konzept. Daraufhin agierte die FMH zurückhaltender, noch 2019 lehnte sie einen ähnlichen Vorschlag ab. Erst in den letzten Wochen nahm sie einen neuen Anlauf – mit Erfolg: Die 33 Delegierten der FMH haben den neuen Deal laut Schlup deutlich genehmigt. Es habe keine Gegenstimmen gegeben. Dass kritische Ärzte noch eine Urabstimmung erzwingen, sei nicht ganz ausgeschlossen, zurzeit gebe es aber keine Anzeichen dafür, sagt Schlup.

Misstrauen gegenüber Berset

Woher der Sinneswandel? Der FMH-Präsident sagt, vielen Ärzten sei klargeworden, dass eine partnerschaftliche Lösung nur möglich sei, wenn beide Seiten aufeinander zugingen. «Andernfalls droht ein weiterer Eingriff durch den Bundesrat – das wollen wir alle nicht.» Damit spielt Jürg Schlup auf die Interventionen von Gesundheitsminister Alain Berset an, der bereits zweimal Korrekturen am Tarmed vorgenommen hat, weil die Branche sich nicht auf eine Reform einigen konnte. Schlup sieht noch einen zweiten Grund: Durch die nachträgliche Kontrolle hätten die Ärzte nun Gewissheit, dass sie keine übertriebenen, ungerechtfertigten Einbussen in Kauf nehmen müssen.

Der Kompromiss hat politisch grosse Signalwirkung. «Das ist der Beweis, dass die Tarifpartnerschaft allen gegenteiligen Behauptungen im Bundeshaus zum Trotz immer noch funktioniert», sagt Schlup. Bei Zängerle und Schlup ist ein deutliches Misstrauen zu spüren hinter ihrer Befürchtung, dass Bundesrat Berset den Tardoc weiterhin nicht genehmige, obwohl nun formell alle Bedingungen erfüllt sind. Aus Sicht von FMH und Curafutura ist Berset daran, die freiheitlichen Elemente des Gesundheitswesens zurückzudrängen und die Macht des Staats auszubauen – mit wohlwollender Unterstützung des Parlaments.

Ein Stein des Anstosses ist die Ausgestaltung des neuen Tarifbüros, das Berset per Gesetz einführen will, obwohl FMH und Curafutura für den Tardoc zusammen mit den Unfallversicherern bereits seit fünf Jahren eine solche Organisation betreiben. Zängerle fordert, Berset müsse die Anstrengungen der Akteure der Gesundheitsbranche jetzt endlich honorieren. «Sonst ist er der Totengräber der Tarifpartnerschaft, die er angeblich bewahren will.»

Alle Behandlungen in der Arztpraxis sollen mit dem neuen Tarif Tardoc ein neues Preisschild erhalten. Gaetan Bally / Keystone

---

Die Genehmigung durch den Bundesrat wäre ein Meilenstein

Mit dem neuen Modell würden die Gelder für die medizinischen Leistungen besser verteilt und mehr Transparenz geschaffen

Erich Aschwanden, Fabian Schäfer

Rund 12 Milliarden Franken setzen Ärzte und Spitäler in der Schweiz jedes Jahr mit ambulanten Leistungen um. Wie viel von diesem riesigen Kuchen der einzelne Hausarzt oder die Gynäkologin erhält, bestimmt in erster Linie der Tarmed. Diese Tarifstruktur mit rund 4700 Einzelpositionen ist bereits seit 2004 in Kraft. Sie sieht für jede ärztliche Tätigkeit ein bestimmtes Kostengewicht vor. Dieses wird mit dem jeweiligen Taxpunktwert multipliziert. Daraus ergibt sich der Preis einer bestimmten Leistung.

Dieser Katalog konnte bisher nicht reformiert werden, weil Krankenkassen, Ärzte und Spitäler sich nicht einigen konnten, wie der medizinische Fortschritt im Tarif abgebildet werden sollte. Deshalb sah sich der Bundesrat 2018 gezwungen, Anpassungen mittels Verordnungen durchzusetzen.

Fortschritt wird abgebildet

Seit 2015 versuchen die Ärztevereinigung FMH, der Krankenkassenverband Curafutura, der Spitalverband H+ sowie die Unfallversicherer diesen wertmässig enorm wichtigen Tarif im Schweizer Gesundheitswesen neu aufzugleisen. Im Juli 2019 war es so weit. Ohne den vorher ausgeschiedenen Verband H+ reichten die übrigen Partner beim Bundesrat den Tardoc ein. Dieser besteht aus rund 2700 Einzelleistungen. Er umfasst neue medizinische Verfahren, die im Tarmed noch fehlen. Ausserdem werden Leistungen billiger, die aufgrund des technischen Fortschritts günstiger erbracht werden können. Und die Tätigkeit der Hausärzte wird aufgewertet.

Nachdem sich FMH und Curafutura darüber geeinigt haben, wie der Tardoc kostenneutral eingeführt werden kann, und da nun eine Mehrheit der Versicherer den Tardoc unterstützt, liegt der Ball jetzt bei der Landesregierung. Der Bundesrat muss nämlich die neue Tarifstruktur genehmigen. Sollte dies gelingen, wäre der 12-Milliarden-Kuchen besser verteilt und es würden vernünftige Anreize und mehr Transparenz geschaffen.

Pauschalen als Ergänzung

Eine weitere Massnahme, um die Kosten in den Griff zu bekommen, sind Pauschalen. Diesen Weg beschreiten unter anderem der Konkurrenz-Krankenkassenverband Santésuisse und der Ärzteverband FMCH, in dem chirurgisch und invasiv tätige Mediziner zusammengeschlossen sind. Sie haben vor kurzem beim Bundesrat ein Paket mit Pauschalen für ambulante Leistungen zur Genehmigung eingereicht. Dazu gehören 67 Operationen und Behandlungen aus den Bereichen Augen-, Kinder- und Handchirurgie, Gefässmedizin, Radiologie sowie Anästhesie.

Mit den Pauschalen sollen «die bekannten Fehlanreize des heutigen Einzelleistungstarifs minimiert werden», erklärte der FMCH-Präsident Josef E. Brandenberg bei der Präsentation der Vorschläge. So hart der Konkurrenzkampf unter den Leistungserbringern und ihren Verbänden auch sein mag, in einem Punkt sind sich alle Beteiligten einig: Pauschalen werden die Tarifstruktur für Einzelleistungen nie ersetzen können, sondern nur ergänzen. Der FMH-Präsident Jürg Schlup geht davon aus, dass für maximal 20 Prozent aller erbrachten Leistungen Pauschalabgeltungen eingeführt werden können.

- Kampf um den wichtigsten Tarif im Schweizer Gesundheits-wesen
  nzz.ch 25.06.2020

© Neue Zürcher Zeitung

Neue Zürcher Zeitung

Gewicht: Online

25. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

ONLINE, 25.06.2020

Kampf um den wichtigsten Tarif im Schweizer Gesundheitswesen

Es wäre ein Meilenstein, wenn der Bundesrat den zwischen Ärzten und Krankenkassen ausgehandelten neuen Tarif Tardoc genehmigen würde. Fortschritte gibt es auch auf einem anderen Gebiet.

Erich Aschwanden, Fabian Schäfer

Rund 12 Milliarden Franken setzen Ärzte und Spitäler in der Schweiz jedes Jahr mit ambulanten Leistungen um. Wie viel von diesem riesigen Kuchen der einzelne Hausarzt oder die Gynäkologin erhält, bestimmt in erster Linie der Tarmed. Diese Tarifstruktur mit rund 4700 Einzelpositionen ist bereits seit 2004 in Kraft. Sie sieht für jede ärztliche Tätigkeit ein bestimmtes Kostengewicht vor. Dieses wird mit dem jeweiligen Taxpunktwert multipliziert. Daraus ergibt sich der Preis einer bestimmten Leistung.

Dieser Katalog konnte bisher nicht reformiert werden, weil Krankenkassen, Ärzte und Spitäler sich nicht einigen konnten, wie der medizinische Fortschritt im Tarif abgebildet werden sollte. Deshalb sah sich der Bundesrat 2018 gezwungen, Anpassungen mittels Verordnungen durchzusetzen.

Medizinischer Fortschritt wird abgebildet

Seit 2015 versuchen die Ärztevereinigung FMH, der Krankenkassenverband Curafutura, der Spitalverband H+ sowie die Unfallversicherer diesen wertmässig enorm wichtigen Tarif im Schweizer Gesundheitswesen neu aufzugleisen. Im Juli 2019 war es so weit. Ohne den vorher ausgeschiedenen Verband H+ reichten die übrigen Partner beim Bundesrat den Tardoc ein. Dieser besteht aus rund 2700 Einzelleistungen. Er umfasst neue medizinische Verfahren, die im Tarmed noch fehlen. Ausserdem werden Leistungen billiger, die aufgrund des technischen Fortschritts günstiger erbracht werden können. Und die Tätigkeit der Hausärzte wird aufgewertet.

Nachdem sich FMH und Curafutura darüber geeinigt haben, wie der Tardoc kostenneutral eingeführt werden kann, und da nun eine Mehrheit der Versicherer den Tardoc unterstützt, liegt der Ball jetzt bei der Landesregierung. Der Bundesrat muss nämlich die neue Tarifstruktur genehmigen. Sollte dies gelingen, wäre der 12-Milliarden-Kuchen besser verteilt und vernünftige Anreize und mehr Transparenz geschaffen.

Pauschalen als Ergänzung

Eine weitere Massnahme, um die Kosten in den Griff zu bekommen, sind Pauschalen. Diesen Weg beschreiten unter anderem der Konkurrenz-Krankenkassenverband Santésuisse und der Ärzteverband FMCH, in dem chirurgisch und invasiv tätige Mediziner zusammengeschlossen sind. Sie haben vor kurzem beim Bundesrat ein Paket mit Pauschalen für ambulante Leistungen zur Genehmigung eingereicht. Dazu gehören 67 Operationen und Behandlungen aus den Bereichen Augen-, Kinder- und Handchirurgie, Gefässmedizin, Radiologie sowie Anästhesie.

Mit den Pauschalen sollen «die bekannten Fehlanreize des heutigen Einzelleistungstarifs minimiert werden», erklärte der FMCH-Präsident Josef E. Brandenberg bei der Präsentation der Vorschläge. So hart der Konkurrenzkampf unter den Leistungserbringern und ihren Verbänden auch sein mag, in einem Punkt sind sich alle Beteiligten einig: Pauschalen werden die Tarifstruktur für Einzelleistungen nie ersetzen können, sondern nur ergänzen. Der FMH-Präsident Jürg Schlup geht davon aus, dass für maximal 20 Prozent aller erbrachten Leistungen Pauschalabgeltungen eingeführt werden können.

© nzz.ch

Gewicht: "Kleinere" Story

AARGAUER ZEITUNG

25. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

INLAND SEITE 4

OP-Verbot: Bund zahlt Kosten nicht

Corona - Die Spitäler klagen wegen der Coronakrise über Löcher in ihren Kassen. Ein Grund dafür: Während knapp anderthalb Monaten hatte der Bundesrat nicht notwendige Operationen verboten.Nun hat der Bundesrat klargemacht, dass sich der Bund an diesen Kosten nicht beteiligen will. Der Bundesrat sehe keine Möglichkeit, allfällige Einnahmeausfälle zu übernehmen, sagte Alain Berset gestern. Er betonte, seit Ende April könnten die Operationen wieder durchgeführt und damit nachgeholt werden. Wenn dies nicht geschehe, weil die Operation unnötig sei, dann «sind das eher gute Nachrichten, auch für die Patienten».

Der Spitalverband H+ zeigte sich gestern enttäuscht. Er hatte gefordert, dass die Mehrkosten und Ertragsausfälle durch Bund, Kantone und Versicherer kompensiert werden. Wie hoch die Ertragsausfälle sind, ist noch unklar: Das könne erst mittelfristig beziffert werden, heisst es bei der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren. (mjb)

Gleichentags erschienen in: Luzerner Zeitung Gesamt, St. Galler Tagblatt Gesamt

© Aargauer Zeitung Gesamt

laRegione Ticino

Gewicht: Online

25. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

ONLINE, 25.06.2020

Il Tardoc torna a bussare alla porta del Consiglio federale

Curafutura e Fmh annunciano di aver raggiunto un'intesa per garantire la neutralità dei costi. A colloquio con Pius Zängerle (curafutura) e Jürg Schlup (Fmh).

Stefano Guerra

Si fa un gran parlare di contenimento dei costi della salute. Spesso sul banco degli accusati, anche medici e assicuratori malattia cercano di fare la loro parte. Ad esempio aggiornando un obsoleto e squilibrato (nel senso che alcune prestazioni vengono remunerate troppo, altre troppo poco) tariffario medico per le prestazioni ambulatoriali (il Tarmed), e garantendo che nel passaggio a un nuovo tariffario (il Tardoc) non si generino costi aggiuntivi.
L'associazione degli assicuratori malattia curafutura e quella dei medici Fmh si sono messe d'accordo in questo senso. Inoltrano oggi al Consiglio federale un concetto unico con il quale garantire la cosiddetta neutralità dei costi sancita dall'Ordinanza sull'assicurazione malattie. E poiché con la recente adesione di Swica è stata raggiunta la necessaria maggioranza degli assicuratori, adesso "tutti i requisiti stabiliti dal Consiglio federale" per l'approvazione del Tardoc sono soddisfatti, sottolineano in una nota congiunta le due organizzazioni. Il loro obiettivo: far entrare in vigore il nuovo tariffario – frutto di difficili negoziati che si sono protratti per anni – il primo gennaio 2022. La 'Regione' ne ha parlato con il direttore di curafutura Pius Zängerle e con il presidente della Fmh Jürg Schlup.

Avevate posizioni diverse su come garantire la neutralità dei costi. Come siete riusciti a sciogliere il nodo?

Zängerle: Quando abbiamo presentato il nuovo tariffario l'anno scorso c'erano due varianti. Avrebbero entrambe garantito la neutralità dei costi. Non avevamo però ancora un concetto unico. Abbiamo lavorato intensamente negli ultimi mesi, arrivando a un compromesso: una via di mezzo tra le due varianti inizialmente proposte. La soluzione identificata prevede un fattore che moltiplica i punti tariffali (vedi scheda sotto, ndr), il quale potrà essere modulato nella fase iniziale in modo da garantire appunto la neutralità dei costi.
Schlup: Oggi presentiamo un concetto comune. Siamo riusciti a raggiungere un accordo facendo ognuno due passi verso l'altro, in modo da trovare un compromesso.

Qual è stata la concessione più dolorosa che ciascuno di voi ha dovuto fare all'altro?

Zängerle: in qualsiasi negoziato si vince su alcuni fronti e si perde su altri. Fa parte del gioco. Quello che conta è il risultato finale, di cui siamo molto soddisfatti. Forse il punto più difficile per noi, visto che Tardoc è un sistema basato su dati reali, è stato il fatto di non esserci potuti basare su dati interamente nuovi per lo sviluppo della struttura tariffale. Ci siamo basati su quelli messi a disposizione da Fmh e H+ (l'organizzazione mantello degli ospedali, ndr). Con il previsto sistema di revisione regolare del Tardoc saranno però possibili adattamenti in futuro.

Schlup: Da parte nostra la concessione più dolorosa ha avuto luogo già durante l'elaborazione del tariffario presentato un anno fa. Riguarda la limitazione temporale, ovvero la riduzione a 20 minuti del tempo che un medico può trascorrere con i propri pazienti per una consultazione di base. Nel Tardoc però sono previste posizioni specifiche per consulenze specialistiche (sui disturbi dell'alimentazione, ad esempio), e queste possono durare più a lungo di una consultazione di bas

Con l'intervento effettuato nel 2018 dal Consiglio federale sul Tarmed, le prestazioni fornite dai medici di famiglia sono state rivalutate rispetto a quelle fornite da alcuni specialisti. Col Tardoc, quali medici ci guadagnano e quali ci perdono?

Schlup: Non è possibile rispondere in modo generale per specializzazioni. Si tratta di una ponderazione diversa delle

prestazioni in modo da riflettere meglio lo stato attuale della medicina, ad esempio la digitalizzazione e il progresso tecnico.

Il Tarmed contempla 4'700 prestazioni, il Tardoc 2'700. Come mai?

Zängerle: Una semplificazione generale del tariffario e una sua attualizzazione erano necessarie da tempo. Con Tardoc vengono stralciate dal tariffario numerose prestazioni non più necessarie eliminando, tra le altre cose, anche prestazioni che figurano nel Tarmed ma che in realtà vengono solo svolte a livello stazionario, come il taglio cesareo. Il tariffario si inserisce in un quadro più ampio di riforme del settore sanitario. Particolarmente importante è la riforma 'Efas', che in combinazione con l'adeguamento tariffario permetterà di modificare gli incentivi di Cantoni e assicuratori per fare in modo che un maggior numero di prestazioni vengano effettuate ambulatorialmente e che i medici vengano remunerati in modo adeguato, al passo con i tempi. La partecipazione dei Cantoni al finanziamento delle cure ambulatoriali prevista con questa riforma avrà un effetto positivo sull'insieme dei costi della salute.

I cantieri aperti nel sistema sanitario sono molti, il Tardoc rischia di essere già superato al momento di entrare in vigore. Come pensate di evitarlo?

Zängerle: Il tempo passa anche per il Tardoc e, come per ogni buon tariffario, dovranno esserci delle revisioni. Stiamo già lavorando a progetti di revisione nell'organizzazione tariffale comune. Queste revisioni potranno entrare in vigore a partire dal 2023. Anche per questo motivo è importante che il Tardoc entri in vigore il primo gennaio 2022. Troppe riforme del sistema sanitario di vasta portata comportano il rischio che vengano attuate solo a metà o che il sistema venga destabilizzato. Sarebbe un peccato, perché in particolare la pandemia del coronavirus ha dimostrato che, almeno per ora, non abbiamo superato così male la crisi. Per molti anni non ci sono state serie riforme della Lamal. Ora, con la legge sulla qualità e il nuovo regolamento sull'autorizzazione dei fornitori di prestazioni, sono state decise due importanti riforme. La terza, la 'Efas' appunto, è già stata approvata dal Consiglio nazionale. La quarta è il Tardoc. Dobbiamo prima attuare queste riforme e poi fare un bilancio tra qualche anno.

La priorità è frenare l'aumento dei costi sanitari. Qual è il contributo del Tardoc in questo senso?

Schlup: La nuova tariffa è più semplice, perché ci sono meno posizioni. È adeguata ed elimina i falsi incentivi. L'intervento del Consiglio federale sul Tarmed nel 2018 ha permesso di risparmiare mezzo miliardo di franchi. Con il Tardoc garantiamo la neutralità dei costi: è questo il contributo del nuovo tariffario. Il Consiglio federale chiede da anni una revisione del tariffario medico.

Zängerle: Con un volume che si aggira attorno a 12 miliardi di franchi annui (quasi un terzo della spesa sanitaria a carico dell'assicurazione di base), il Tarmed è la prima voce tariffale in Svizzera. Grazie al Tardoc, andiamo a incidere sull'evoluzione di questa voce tariffale.

A inizio giugno santésuisse e l'Associazione svizzera dei medici con attività chirurgica e intensiva (Fmch) hanno inoltrato al Consiglio federale un nuovo sistema tariffario per il settore ambulatoriale su base forfettaria. I forfait sembrano uno strumento migliore per contenere i costi della salute. Col vostro sistema, invece, i medici potranno continuare a fatturare le singole prestazioni e il loro margine di manovra non verrebbe ridotto.

Zängerle: I forfait previsti nella proposta di santésuisse e Fmch coprono soltanto una minima parte delle prestazioni: meno del 20%. Inoltre la loro applicazione rimane opzionale. I forfait non si contrappongono al Tardoc, rappresentano piuttosto un complemento: i due sistemi possono coesistere. In molti ambiti, pensiamo per esempio alla medicina generale, difficilmente i forfait potranno rappresentare un'alternativa praticabile. Non sempre i forfait sono uno strumento migliore per contenere i costi della salute. In molti casi la fatturazione per singola prestazione può essere più adeguata.

I negoziati sul Tardoc sono andati avanti per parecchi anni. Ufficialmente senza i Cantoni, attori di peso nel settore sanitario e ai quali spetta il compito di approvare i valori dei punti tariffali. Non temete che faranno resistenza prima o poi?

Schlup: Abbiamo presentato mesi fa il Tardoc agli esperti tariffali della Conferenza dei direttori cantonali della sanità. Ed è stato accolto positivamente.

Chi sono

Pius Zängerle: 57 anni, lucernese, dal gennaio 2015 direttore di curafutura, associazione fondata nel 2013 dagli assicuratori malattia Css, Helsana, Sanitas e Cpt

Jürg Schlup: 64 anni, medico di famiglia, dal 2012 presidente della Federazione dei medici svizzeri (Fmh), organizzazione mantello del settore

---

Dal Tarmed al Tardoc

In vigore dal 2004, il tariffario medico Tarmed comprende praticamente tutte le prestazioni mediche e paramediche (oltre 4'600) fornite dallo studio medico e nel settore ospedaliero ambulatoriale. Un determinato numero di punti tariffari (il loro valore varia da cantone a cantone) è attribuito ad ogni prestazione. in funzione del tempo necessario, del grado di difficoltà e dell'infrastruttura necessaria. È su questa base che i medici fatturano le loro prestazioni. Sottoposto più volte a revisione, oggetto nel 2018 di un intervento del Consiglio federale che ha tra l'altro rivalutato le prestazioni fornite di medici di base, il Tarmed è ritenuto ormai superato, non più al passo con i progressi della medicina. Dopo anni di difficili negoziati (fino al 2018 anche con l'organizzazione degli ospedali H+), nel luglio del 2019 curafutura e Fmh hanno presentato al Consiglio federale un nuovo tariffario. L'adesione della Swica, in maggio, ha tolto uno dei principali ostacoli sul cammino dell'approvazione e dell'entrata in vigore (il primo gennaio 2022?) del Tardoc. Ne restava un altro: quello della neutralità dei costi. Nel frattempo le due organizzazioni hanno superato le divergenze e hanno raggiunto un'intesa: inoltreranno oggi al Consiglio federale un concetto volto a evitare che il passaggio dal Tarmed al Tardoc generi costi aggiuntivi.

© laregione.ch

Nau

Gewicht: Online

25. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

ONLINE, 25.06.2020

Bündner Regierung will Gesundheitsregionen schaffen

Im Kanton Graubünden sollen Spitäler, Alters- und Pflegeheime sowie die Spitex in Gesundheitsregionen vereint werden und mehr zusammenarbeiten. Die Neueinteilung würde die heutigen zwölf Spitalregionen ersetzen.

SDA Regional

Die verstärkte Zusammenarbeit unter den Institutionen soll dafür sorgen, dass der Kanton auch in Zukunft über ein «alle Regionen versorgendes und wirtschaftlich tragbares Gesundheitsversorgungssystem» verfügt, wie die Regierung am Donnerstag mitteilte. Der Kanton fördert die Zusammenarbeit unter den institutionellen Leistungserbringern mit fünf Millionen Franken.

Damit die Pläne zur Bildung von Gesundheitsregionen umgesetzt werden können, muss das Krankenpflegegesetz entsprechend angepasst werden. Die Regierung verabschiedete die entsprechende Botschaft an den Grossen Rat.

Die Regierung schreibt, die Herausforderungen im Gesundheitswesen verlangten nach einem Zusammenschluss oder zumindest nach einer verstärkten Zusammenarbeit der Leistungsanbieter. Die Kooperation soll auf strategischer wie operativer Ebene erfolgen.

Denn in Graubünden sind die Spitäler mit Ausnahme des Kantonsspitals in Chur zu klein, um die Herausforderungen im Gesundheitswesen alleine bewältigen zu können. Die neuen Gesundheitsregionen sollen dazu beitragen, dass der Kanton längerfristig über ein Gesundheitssystem verfügt, das alle Regionen versorgt.

© nau.ch

Luzerner Zeitung

Auflage: 75518
Gewicht: Artikel auf regionalen Seiten, mittel - klein

24. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

LUZERN SEITE 22

2021 wird der neue Spitalverbund Realität

Das Kantonsspital Nidwalden wird nächstes Jahr zur Tochtergesellschaft der Luzerner Kantonsspital AG.

Elena Oberholzer

Die Kantonsspitäler von Luzern und Nidwalden rücken 2021 enger zusammen: Sie werden zu einem neuen Verbund zusammengeschlossen. Das teilte das Luzerner Kantonsspital (Luks) gestern mit. Nach der Gründung der beiden Aktiengesellschaften wird die Luzerner Kantonsspital AG 60 Prozent der Aktien der Spital Nidwalden AG übernehmen. Diese wird damit eine Tochter des Luzerner Kantonsspitals.

Mit der Umwandlung in eine AG wird das Luzerner Kantonsspital eine neue Struktur erhalten. Es werden drei Tochtergesellschaften gegründet: Eine für den Betrieb der Akutspitäler, eine für die Bewirtschaftung der Immobilien und eine für die Rehaklinik in Montana.

Laut Mitteilung will man sich mit dem Zusammenschluss für die Zukunft rüsten und Problemen wie dem Fachkräftemangel und dem grossen Preis- und Kostendruck entgegenwirken. Ziel des neuen Spitalverbundes sei es, die Koordination zwischen den Spitälern zu verbessern, sowie «Synergien noch besser zu nutzen und Doppelspurigkeiten zu vermeiden». Die Spitäler werden noch im 2020 die für den Betrieb der Gesellschaften nötigen Reglemente und Verträge ausarbeiten, heisst es weiter.

Schrittweise zur neuen Struktur

Nach langer Vorbereitungsphase auf beiden Seiten läuft für die Luzerner-Nidwaldner Spitalregion (Lunis) nun also die heisse Phase an. Wichtig für das Vorantreiben der Umwandlung der beiden Spitalbetriebe war die Ende 2019 beziehungsweise Anfang 2020 vom Nidwaldner Landrat und vom Luzerner Kantonsrat verabschiedete Gesetzesänderung, heisst es in der Mitteilung.

Die neuen Statuten der Luzerner Kantonsspital AG müssen jedoch noch durch den Luzerner Regierungsrat verabschiedet und vom Kantonsrat genehmigt werden. Sie treten voraussichtlich mit dem Eintrag ins Handelsregister Mitte 2021 in Kraft. Bereits vor gut zehn Jahren haben die beiden Kantone beschlossen, eine gemeinsame Spitalversorgung anzustreben. Seit 2012 wurde die Zusammenarbeit zwischen dem Luks und dem Kantonsspital Nidwalden durch einen Rahmenvertrag besiegelt und damit der Grundstein für die Fusion gelegt. Im November 2018 unterzeichneten die beiden Institutionen schliesslich einen Aktionärs- und Aktienbindungsvertrag (wir berichteten).

© Luzerner Zeitung

Neue Zürcher Zeitung

Auflage: 126795
Gewicht: Artikelgruppe

23. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

TITELSEITE

Chefärzte profitieren von ihrer Macht

Grosse Autonomie an Spitälern kann verführerisch sein.

Der Starchirurg Thierry Carrel verlässt das Berner Inselspital; am Universitätsspital Zürich geht es wegen des Fehlverhaltens von gleich drei Klinikchefs drunter und drüber. Auf den ersten Blick haben diese Schlagzeilen wenig miteinander zu tun. Doch es sind Ausprägungen desselben Phänomens: dass Chefärzte viel Macht haben – und sich in dieser nur ungern beschneiden lassen. So ist es in der Branche ein offenes Geheimnis, dass Carrel das Führungsverständnis des deutschen Direktionspräsidenten Uwe E. Jocham als zu hierarchisch empfand.

Die Zürcher Klinikdirektoren, deren fragwürdiges Vorgehen öffentlich wurde, haben wohl ihre (allzu) grosse Autonomie ausgenutzt. Kenner der Spitallandschaft sehen deshalb strukturelle Probleme, die nicht nur Möglichkeiten zur Selbstbereicherung bieten, sondern auch für die untergebenen Ärzte gravierende Folgen haben können. hs.

SCHWEIZ SEITE 11

Schwarze Schafe in Weiss

Spitäler und Ärzteverbände wollen gegen Chef- und Kaderärzte vorgehen, die sich ungehörig verhalten

Manche Spitzenmediziner wähnen nur noch Gott über sich. Das führt dazu, dass sie in die eigene Tasche wirtschaften oder Assistenzärzte piesacken. Doch in den Kliniken ist ein Kulturwandel im Gang.

Simon Hehli

Ein Klinikdirektor lässt sich Operationen gutschreiben, bei denen er gar nicht anwesend war. Ein zweiter Klinikdirektor schönt wissenschaftliche Publikationen über ein neues Implantat und weist zu wenig deutlich auf seine Interessenkonflikte hin – er ist finanziell am Hersteller der Implantate beteiligt. Und ein dritter Klinikprofessor soll Patienten in seine eigene Praxis weitergeschickt haben, um das Honorar aufzubessern. Die drei Fälle am Universitätsspital Zürich (USZ), die in den letzten Wochen für Negativschlagzeilen sorgten, sind alle anders gelagert. Aber ein gemeinsamer Nenner ist, dass die hochdekorierten Mediziner bei ihren fragwürdigen Tätigkeiten von den grossen Freiheiten profitierten, die ihre Funktion bietet.

Gespräche der NZZ mit verschiedenen Kennern der Spitalbranche – manche lassen sich zitieren, andere wollen im Hintergrund bleiben – zeigen, dass es strukturelle Probleme gibt. Je grösser ein Spital ist und je grösser seine einzelnen Abteilungen sind, umso grösser ist die Macht der Chefärzte und der Klinikdirektoren. Und umso selbstherrlicher regieren manche ihre Quasi-Fürstentümer. Laut einem Bonmot aus der Branche musste sich der CEO eines Spitals von einem Klinikdirektor sagen lassen, dass dieser nur an den Regierungsrat und den lieben Gott rapportiere – aber sicher nicht an die Spitalleitung.

Am Berner Inselspital gibt es über 70 Kliniken, Institute und Zentren, vom Adipositaszentrum über die Onkologie bis zum Zentrum für seltene Krankheiten. Das USZ hat ebenfalls mehrere Dutzend solcher Abteilungen, das Universitätsspital Basel (USB) immerhin 20. Die grosse Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte, welche diese Kliniken leiten,

lässt sich nichts zuschulden kommen. Und doch gibt es immer wieder Berichte über schwarze Schafe.

2014 etwa entliess das USB den Leiter der Orthopädie, weil er Operationen abgerechnet habe, bei denen er gar nicht am Operationstisch stand – das erinnert frappant an einen der drei laufenden Fälle am Zürcher Unispital. Auch in der Causa Natalie Urwyler steht ein Konflikt mit einem Klinikdirektor im Zentrum. Die Ärztin verklagt laut der «NZZ am Sonntag» das Inselspital auf fünf Millionen Franken Schadensersatz, weil ihr aufgrund der missbräuchlichen Kündigung vor sechs Jahren Lohn in dieser Höhe entgehe.

Drohung mit Abgang

Die Macht der Klinikdirektoren beruht auf historisch gewachsenen Strukturen, nährt sich aber auch aus ihrem Renommee und ihren professionellen Beziehungen. Gerade die Stars der operierenden Zunft haben ein zuverlässiges Netz an Praxisärzten, die ihnen lukrative privatversicherte Patienten überweisen. Weigert sich die Spitalleitung, ein teures Gerät anzuschaffen, oder will sie die Autonomie der Klinikdirektoren beschneiden, können die Koryphäen mit dem Wechsel zu einem anderen Spital drohen.

Reformfreudige Spitalleitungen sitzen dann oft am kürzeren Hebel. Resigniert sagte die damalige USZ-Chefin Rita Ziegler 2011 in einem Interview mit dem «Tages-Anzeiger»: «Klinikdirektoren lassen sich nun mal nicht gern führen, da muss man sich nichts vormachen.» Ziegler hatte versucht, die Macht der Chefärzte zu brechen, indem sie eine zusätzliche Hierarchiestufe einführte und 42 Kliniken und Institute in neun Bereichen zusammenfasste. An die Spitze dieser Bereiche wollte sie teilweise von aussen geholte Ökonomen setzen – doch nach einem Aufstand der Spitzenmediziner musste Ziegler zurückkrebsen: Die Ärzte durften die Besetzung der Bereichsleitungen unter sich ausmachen.

Mitarbeiter strafen

Stark ist die Position der Chefärzte aber auch gegenüber den Untergebenen, den Assistenz- und Oberärzten in ihren Abteilungen. Spitalleitungen tendieren dazu, herausragende Operateure oder glänzende Forscher an die Spitze der Kliniken zu setzen. Doch nicht jeder Skalpell-Virtuose ist auch ein guter Vorgesetzter. Ein fragwürdiges Instrument der Machtausübung sind Pools, in die ein Teil der Einnahmen von Privatpatienten fliesst. An manchen Spitälern können die Chefärzte über die Verwendung der Mittel entscheiden – und damit gute Leistungen von Ärzten der unteren Stufen honorieren, aber auch unbequeme Mitarbeiter strafen.

Ein Beobachter spricht von Gift für die Fehlerkultur und einem «Compliance-Monster»: Ein solch intransparentes System von Geldtöpfen öffne dem Missbrauch Tür und Tor und sei in keinem anderen Wirtschaftszweig denkbar. Während es am Inselspital oder am USB weiterhin Klinik-Pools gibt, haben die Kantonsspitäler in Aarau oder Luzern die Ausschüttung von Privathonoraren an das Ärzteteam abgeschafft. In Zürich fachen die Vorfälle am USZ die Debatte um variable Lohnanteile für Kadermediziner nun neu an – zumal Boni für möglichst viele Operationen Anreize setzen, auch unnötige Eingriffe vorzunehmen.

Das Finanzielle ist aber nur ein Aspekt. Die Klinikdirektoren hätten auch darum eine grosse Machtfülle, weil sie die Karriere einer jungen Ärztin oder eines jungen Arztes befeuern oder knicken könnten. Das sagt der SP-Nationalrat und Hausarzt Angelo Barrile, der die Zustände an den Spitälern aus seiner Zeit als Assistenzarzt kennt, aber auch aus Schilderungen, die er als Vizepräsident des Verbandes der Assistenz- und Oberärzte hört. «Je beliebter und kleiner ein Fachgebiet ist, umso stärker ist man abhängig von der Gunst des Vorgesetzten.» Barrile nennt als Beispiele die Neuro- oder Herzchirurgie, die Gastroenterologie, also das Gebiet der Magen- und Darmerkrankungen, und die Dermatologie.

Es braucht viel Mut

Unter den Bewerbern für die populären Ausbildungsplätze ziehe man gerne jene Nachwuchsmediziner vor, die nicht aufmuckten, Überstunden schöben und auch in der Freizeit forschten. Sei ein junger Arzt nicht einverstanden mit der Arbeitsbelastung oder erkenne er Mängel in der Qualität der medizinischen Behandlung, brauche es viel Mut, um sich zu wehren, betont Barrile. «In kleinen Teams fällt Whistleblowing besonders schwer. Und wenn man einmal in Ungnade gefallen ist, wird es schwierig, eine neue Stelle zu finden.» Die Welt der Spezialisten ist überschaubar, man kennt sich. Die Statistik der Ärztevereinigung FMH führt etwa im Bereich Neurochirurgie für die ganze Schweiz 222 Ärztinnen und Ärzte auf.

Barrile geht aber davon aus, dass die meisten leitenden Ärzte ihre Mitarbeiter fair behandeln und sie fördern, statt die

eigene Macht zu missbrauchen. Der grosse Handlungsspielraum, den die einzelnen «Fürstentümer» haben, könne in solchen Fällen besonders positiv sein. Als Beispiel nennt er die beiden Chefärztinnen der Frauenklinik am Zürcher Stadtspital Waid, Stephanie von Orelli und Natalie Gabriel, die sich für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie einsetzen und Teilzeitarbeit fördern.

Auch Karl-Olof Lövblad, Präsident des Vereins der Leitenden Spitalärzte der Schweiz, hält Unabhängigkeit für wichtig. «Sie erlaubt Spitalabteilungen, Patienten bestmöglich zu versorgen. Vielfach ist die medizinische Qualität des Spitals eng mit dem Namen der Chef- und Kaderärzte verbunden.» Die Autonomie sei zudem nicht grenzenlos, betont Lövblad. Kaderärzte müssten sich an gesetzliche wie ethische Vorgaben halten.

Das Bild der «Fürstentümer» ist aus Lövblads Sicht überholt. Die Spitäler legten ihren Kaderärzten Verträge vor, die detaillierte Abgeltungsreglemente enthielten. «Kaderärzte können heute in der Regel nicht mehr frei über Honorar-Pools verfügen.» Ein externer Fachmann, der Spitäler berät, beobachtet ebenfalls einen Kulturwandel: Gerade jüngere Chefärzte sähen sich vermehrt als Teamplayer. Der Trend gehe zudem dahin, dass Nichtmediziner wie Betriebswirtschafter die Organisation der Kliniken gleichberechtigt unterstützten und dadurch den Kaderärzten den Rücken für die Behandlung von Patienten und die Forschung freihielten.

Attraktiv bleiben

Radiologieprofessor Lövblad sagt, es gelte die Balance zu wahren. Spitäler müssten sich im internationalen Wettbewerb behaupten und nötigenfalls auch Topkader aus dem Ausland mit attraktiven Anstellungsbedingungen rekrutieren können. Exzesse bei den Nebenerwerbsmöglichkeiten gelte es jedoch zu verhindern, ebenso wie Interessenkonflikte. «Hier ist Transparenz zwingend: Setzen Kaderärzte Medizinprodukte ein, die sie selber mitentwickelt haben oder an deren Herstellerfirma sie beteiligt sind, ist dies gegenüber den Patienten und der Öffentlichkeit offenzulegen.»

Die FMCH, der Verband der Chirurgen und anderen Spezialärzte, will ebenfalls gegen Kollegen vorgehen, die sich ungehörig bereichern. So sollen beispielsweise Mediziner bestraft werden, die sich von der Industrie dafür bezahlen lassen, ein bestimmtes Implantat zu verwenden. Ob solche Massnahmen und der einsetzende Kulturwandel in den Spitalkliniken Wirkung entfalten, wird sich zeigen – wenn künftig Negativschlagzeilen wie jene zu den Vorfällen am USZ ausbleiben.

Nicht jeder herausragende Operateur oder glänzende Forscher ist auch ein guter Manager und Vorgesetzter. GAËTAN BALLY / KEYSTONE

© Neue Zürcher Zeitung

Gewicht: TV / Radio

23. Juni 2020
Zurück zum Inhaltsverzeichnis

ECO, 22.06.2020

So gravierend sind die Folgen für Schweizer Spitäler

Eine Umfrage zeigt: Die Pandemie hat für Spitäler finanzielle Konsequenzen bis in den dreistelligen Millionenbereich.

Céline Meier und Marcel Sigrist

Die Coronakrise hinterlässt Millionenschäden in der Schweizer Spitallandschaft. «ECO» hat bei 5 Universitätsspitälern und 25 Zentrumsversorgern nachgefragt, wie stark die Pandemie das Budget konkret belastet.

Von den befragten 30 Spitälern konnte die Hälfte bereits konkrete Angaben machen. Sie allein kommen auf rund 700 Millionen Franken an Ertragsausfällen und Mehrkosten. Faktisch dürfte dieser Betrag bis zum Jahresende noch ansteigen.

Ertragsausfälle und Mehrkosten bei ausgewählten Schweizer Spitälern

Quelle: Umfrage ECO, eigene Angaben der Spitäler

Spital Ertragsausfälle/Mehrkosten

SPITAL	ERTRAGSAUSFÄLLE/MEHRKOSTEN
AR / Kantonsspital Baden	22.8**
AR / Kantonsspital Aarau	29**
AI/AR / Kantonales Spital Appenzell	noch nicht bezifferbar
BE / Inselgruppe Bern	noch nicht bezifferbar
BE / Spital Emmental	7.5*
BL / Kantonsspital Baselland	40**
BS / Unispital Basel	noch nicht bezifferbar
FR / Hôpital Fribourgeois	50**
GE / Hôpitaux Universitaires de Genève	120**
GL / Kantonsspital Glarus	4.6*
GR / Kantonsspital Graubünden	13*
JU / Hôpital du Jura	9.6*
LU / Luzerner Kantonsspital	noch nicht bezifferbar
NE / Réseau Hospitalier Neuchâtelois	noch nicht bezifferbar
NW / Kantonsspital Nidwalden	noch nicht bezifferbar
OW / Kantonsspital Obwalden	4.4*
SG / Kantonsspital St. Gallen	noch nicht bezifferbar
SH / Spitäler Schaffhausen	noch nicht bezifferbar
SO / Solothurner Spitäler	42*
SZ / Spital Schwyz	noch nicht bezifferbar
TG / Spital Thurgau AG	noch nicht bezifferbar
TI / Ente Ospedaliero Cantonale	80*
TI / Clinica Luganese Moncucco	noch nicht bezifferbar
UR / Kantonsspital Uri	noch nicht bezifferbar
VD / Centre Hospitalier Universitaire Vaudois	55*
VS / Hôpital du Valais	noch nicht bezifferbar
ZG / Zuger Kantonsspital	3.5-4*
ZH / Unispital Zürich	45*
ZH / Zürcher Listenspitäler	190*
ZH / u.a. Spital Bülach	8*
*aktueller Stand ** Schätzung Gesamtjahr 2020	in Mio. CHF Quelle: Eigene Angaben der Spitäler

*aktueller Stand ** Schätzung Gesamtjahr 2020 in Mio. CHF / Quelle: Eigene Angaben der Spitäler

Ertragsausfälle und Mehrkosten

Auf Verordnung vom Bund mussten alle nicht dringlichen Eingriffe vom 16. März bis zum 27. April abgesagt werden. Für die Spitäler bedeutete dies, dass ein Grossteil der für sie lukrativen Behandlungen wegfiel.

Allein beim Universitätsspital Zürich gingen die stationären und ambulanten Behandlungen während dieser Zeit auf rund die Hälfte zurück.

«Bis jetzt sind bereits Zusatzkosten im Wert von 1.5 Millionen Franken entstanden. Bis Ende Jahr werden sie noch höher sein»
Anton Schmid, Geschäftsleiter Spital Emmental

Dazu kommt, dass die Coronakrise für die Spitäler zu hohen Mehrkosten geführt hat. Sie mussten grosse Kapazitäten aufbauen und hatten Infrastruktur- und Materialkosten.

Anton Schmid, Geschäftsleiter beim Spital Emmental sagt: «Am Standort Burgdorf haben wir eine zusätzliche Intensivbettenstation aufgebaut. Personal musste umgeschult und Geräte mussten umfunktioniert werden. Bis jetzt sind bereits Zusatzkosten im Wert von 1.5 Millionen Franken entstanden. Bis Ende Jahr werden sie noch höher sein.»

Die Ertragsausfälle wegen des Behandlungsverbots belasten das Budget um weitere 6 Millionen Franken.

Aufholen nur beschränkt möglich

Seit Anfang Mai gehen die Patientinnen und Patienten wieder vermehrt ins Spital, doch die Anspannung bleibt bestehen. Das Universitätsspital in Lausanne verzeichnet im Mai zwar bereits wieder eine Auslastung von 80 Prozent.

Damit jedoch die Mindereinnahmen und Mehrausgaben von März und April ausgeglichen werden könnten, müsste das Spital während den Monaten Mai bis Dezember über zehn Prozent mehr Behandlungen durchführen als üblich.

Beim Kantonsspital Nidwalden ist man überzeugt, dass die Ertragsausfälle bis Ende 2020 nur sehr beschränkt aufgeholt werden können. Denn im Herbst und Winter sind die Spitäler in der Regel sowieso sehr gut ausgelastet.

Nachholoperationen vom Frühjahr könnten dann aus Ressourcengründen gar nicht durchgeführt werden.

Wie weiter?

Wie sich die finanzielle Situation der Spitäler bis Ende Jahr entwickelt, hängt auch von der weiteren Entwicklung der Pandemie ab. Eine zweite Welle hätte nochmals erhebliche Folgen.

Damit die Spitäler in diesem Fall finanziell besser dastünden als bei der ersten Welle, sieht Anton Schmid vom Spital Emmental bei den Tarifen Verbesserungspotenzial: «Ich wäre sehr froh, wenn im stationären Bereich schnell ein DRG, also eine diagnosebezogene Fallgruppe, entwickelt würde, mit dem Covid-Patienten kostendeckend und schnell abgerechnet werden können. Im ambulanten Bereich wäre eine Erhöhung des Taxpunktwerts um ein paar Rappen sehr hilfreich, das würde auch den Hausärzten helfen.»

Bern und Zürich haben entschieden

Der Regierungsrat in Bern hat Ende März eine Verordnung verabschiedet, mit welcher der Kanton die Listenspitäler für ihre Mehrkosten und Ertragsausfälle während der Coronakrise entschädigt. Der Kanton zahlt unter gewissen Bedingungen für Ertragseinbussen im stationären und ambulanten Bereich zu 100 Prozent.

Anfangs Juni hat der Kanton Zürich sein Massnahmenpaket kommuniziert. Der Kanton kommt für einen Anteil der Ertragsausfälle im stationären Bereich auf. Zusätzlich können den Spitälern im Umfang von 170 Mio. Franken Darlehen gewährt werden.

Wer am Ende für die Ertragsausfälle und Mehrkosten der Spitäler aufkommen soll, ist in den meisten Kantonen noch alles andere als klar. Momentan laufen vielerorts intensive Diskussionen. Auch der Bund und die Krankenkassen sind daran beteiligt.

Video

(15:12)

(Tags: Willy Oggier, Lukas Engelberger, Kantonsspital Baden, KSB, Kantonsspital Aarau, KSA, Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden, SVAR, Inselspital, Insel Gruppe AG, Spital Emmental, Hôpital Fribourgeois, HFR, HUG, Hôpitaux universitaires de Genève, Kantonsspital St. Gallen, KSSG, Spitäler Schaffhausen, Solothurner Spitäler, Spital Thurgau AG, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, CHUV, Zuger Kantonsspital, KS Zug, Spital Bülach)

ECO, 23.06.2020

Finanzengpässe in Spitälern

Lukas Engelberger: «Wir müssen eine faire Lösung finden»

Ausgefallene Operationen und Mehrkosten: Die Coronapandemie hat grosse Löcher in die Kassen der Schweizer Spitäler gerissen. Eine «ECO»-Umfrage bei 30 Spitälern hat ein Loch von mindestens 700 Millionen Franken ergeben. Dabei hat erst die Hälfte der befragten Unternehmen konkrete Angaben machen können.

Lukas Engelberger, Präsident der Gesundheitsdirektorenkonferenz, ist der Meinung, dass diese Löcher nicht allein die Kantone stopfen sollten. Im Interview sagt er: Aufgefordert sind auch die Krankenkassen und der Bund.

SRF: Wer stopft die Löcher in den Budgets der Spitäler?

Lukas Engelberger: Es ist sehr viel Geld. Man wird im Verlauf des Jahres sehen müssen, ob die Verluste so hoch bleiben oder ob es einen gewissen Kompensationseffekt gibt. Am Ende werden wir Kantone unseren Teil der Verantwortung wahrnehmen. Wir sind die Spitalplaner, wir sind verantwortlich für die Spital-Versorgung. Aber wir sind nicht der Auffassung, dass allein die Kantone diese Schäden decken sollten.

Der Kanton Bern geht einen anderen Weg. Er will Planungssicherheit und zahlt alles.

Wenn ich den Kanton Bern richtig verstanden habe, ist man auch dort der Auffassung, dass Kassen und Bund aufgerufen sind, ihren Teil der Verantwortung zu übernehmen.

Man wird es auch in einem Gesamtzusammenhang sehen müssen. Die Coronapandemie hat an verschiedenen Orten tiefe Löcher gerissen. Die Verantwortlichen für das Gesundheitswesen werden für diese Schäden eine insgesamt faire Lösung finden müssen.

Sie sprechen die Krankenkassen an. Viele Menschen sind nicht mehr zum Arzt gegangen. Es wurden kaum mehr Operationen durchgeführt, und somit hatten die Kassen weniger Kosten. Werden diese also stärker in die Pflicht genommen?

Im Rahmen einer Gesamtlösung würden wir das auf jeden Fall begrüssen. Es geht auch um weitere Fragen: wer Tests finanziert, wer eine Impfung finanziert, wenn wir sie dann mal haben.

Bei einer Gesamtlösung soll auch der Bund dabei sein. Sie kommen gerade aus Bern von einer Besprechung mit dem Bund. Man könnte sagen: Der Bund hat diesen Lockdown angeordnet, jetzt soll er auch bezahlen.

Auch der Bund hat seine Verantwortung. Wir streben eine partnerschaftliche Lösung an, bei der die Beteiligten des Gesundheitswesens diese Verlust-Positionen partnerschaftlich, auch fair, aufteilen.

Wann soll diese Lösung auf dem Tisch liegen? Spitäler können nicht warten, bis ein runder Tisch in einem Jahr eine Lösung ausgehandelt hat.

Wir sind bereit, schnell etwas vorzubereiten zur Deckung der Mehrkosten. Also wenn Spitäler Umbau-Arbeiten vornehmen, Schutzmaterial kaufen oder Leistungen vorhalten mussten, die dann nicht bezogen wurden. Das sind reale Kosten, die sie hatten. Für diese sehen wir Kantone uns in der Verantwortung.

Auch für die Tests brauchen wir eine schnelle Lösung, falls die Fallzahlen wieder ansteigen. Dafür haben die Mindererträge mehr Zeit. Wir brauchen das ganze Jahr 2020, um zu sehen, wie die Rechnung der Spitäler am Ende des Jahres wirklich aussieht. Sind die Verluste so gross? Oder konnten Operationen nachgeholt werden?

Video

(08:20)

© SRF 1