



Différences de tarifs et de financement entre hôpitaux publics et cliniques privées dans le secteur des soins aigus stationnaires, 2013-2019

Thème central 2021 :
Aide Covid-19 pour les hôpitaux

Expertise pour le compte de
ospita – Les entreprises suisses de santé



Donneur d'ordre:	ospita – Les entreprises suisses de santé Zieglerstrasse 29 CH-3007 Bern	
Groupe d'accompagnement:	Dr Beat Walti Nello Castelli Dr Dominic Pugatsch Guido Schommer	Président ospita Président du comité ospita Membre de comité ospita Secrétaire générale ospita
Projektleitung:	Prof. Dr Stefan Felder	Université de Bâle
Projektbearbeitung:	Patrik Gasser Dr Stefan Meyer	Université de Bâle Indépendant

Mode de citation proposé: Felder, S., Meyer, S. und Gasser, P. (2021). *Différences de tarifs et de financement entre hôpitaux publics et cliniques privées dans le secteur des soins aigus stationnaires, 2013 -2019*. Expertise pour le compte de ospita. Université de Bâle.

Résumé pour la direction

A Subventionnement des hôpitaux à travers les PIG, des tarifs de base majorés et des investissements occultes

Ces dernières années, nous avons régulièrement analysé et publié l'évolution des prestations d'intérêt général dans le cadre du financement des soins intensifs stationnaires, sur la base des « Chiffres-clés des hôpitaux suisses » (CCHS). Cette étude inclut tous les hôpitaux dont le siège est en Suisse et dont le type d'activité correspond à « A » (soins aigus) ou « B » (maison de naissance) selon la définition de l'Office fédéral de la statistique (OFS).¹

La présente étude se penche une nouvelle fois sur les sources de financement des hôpitaux, en fonction des différents organes responsables des hôpitaux. Dans le cadre de cette étude, nous avons distingué trois catégories d'organes responsables :

- i) Les cliniques privées sont des institutions de droit privé, détenues majoritairement par des personnes physiques ou morales privées. Sur l'ensemble des 183 hôpitaux de soins aigus et maisons de naissance que comptait la Suisse en 2019, 97 ou 53 pour cent sont privés, selon ce critère.
- ii) Les hôpitaux publics sont des personnes morales de droit public, gérées par un service de l'Etat. En font notamment partie le CHUV à Lausanne et les HUG à Genève. En 2019, la Suisse comptait 34 hôpitaux publics.
- iii) Parmi les hôpitaux subventionnés, on compte 52 établissements, majoritairement de droit public et souvent sous la forme de société anonyme. Dans ce cadre, les pouvoirs publics détiennent plus de 50 pour cent du capital-actions. Les Solothurner Spitäler AG et l'Insel Gruppe AG font par exemple partie de cette catégorie.

Subventionnement à travers trois canaux

Les subventions en faveur des hôpitaux peuvent être attribuées à trois catégories :

- a) Rémunération de prestations d'intérêt général (PIG) par les cantons. Selon une récapitulation de l'association des hôpitaux H+, les prestations d'intérêt général comprennent des tâches et des domaines spéciaux comme les salles d'opération protégées, les services de sauvetage et la centrale d'appels d'urgence sanitaires 144. Par ailleurs, la recherche et l'enseignement universitaire font partie des prestations d'intérêt général tout comme les contributions pour le financement des prestations de mises à disposition pour les urgences et l'obstétrique. A cela s'ajoutent les contributions du canton sur la base de la garantie de déficit cantonale. Le montant des contributions cantonales aux prestations d'intérêt général est présenté chaque année dans les « Chiffres-clés des hôpitaux suisses », en tant qu'élément de revenus.²

¹ Cf. Conception détaillée de la statistique des hôpitaux (version 2.1): <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/11507159/master>.

² En raison du degré de détail limité, les PIG sont définies et calculées comme suit, dans la présente étude : « Tous les soutiens financiers par les pouvoirs publics ou des organisations de droit privé sous la forme de contributions, de subventions ou d'éventuelles garanties de déficit présentées séparément. Les coûts de l'enseignement universitaire (formation et perfectionnement) et de la recherche des domaines hospitaliers hors études (psychiatrie, rééducation/gériatrie) en sont retranchés. »



- b) Subventionnement possible d'un hôpital à travers des tarifs de base majorés. Un tel subventionnement est rendu possible par le fait que les cantons gèrent eux-mêmes des hôpitaux et peuvent ainsi intervenir directement sur la fixation des tarifs de base des hôpitaux publics. Concernant les hôpitaux subventionnés, les cantons peuvent influencer indirectement les tarifs de base du fait que ce sont eux qui approuvent les tarifs de base convenus par les partenaires contractuels et interviennent en tant qu'instance d'arbitrage en cas de litige.
- c) Financement déclaré ou occulte des coûts d'investissement d'hôpitaux à travers les budgets cantonaux. Cela peut se faire, pour les hôpitaux publics, à travers la location de biens immobiliers ou mobiliers ou d'installations en dessous des conditions usuelles du marché. Cela est également possible pour les hôpitaux subventionnés, si ceux-ci louent des biens immobiliers appartenant au canton. Enfin, il peut y avoir un subventionnement occulte lorsque des prêts cantonaux aux hôpitaux sont accordés à des conditions particulièrement généreuses et nettement plus avantageuses que celles du marché.

94 pourcent des subventions vont à des hôpitaux publics

Le tableau I présente une vue d'ensemble différenciées des subventions pour l'année 2019, par organe responsable dans les trois domaines. La rémunération de prestations d'intérêt général se monte, pour l'ensemble de la Suisse, à 1,86 milliard de francs, dont 1,75 milliard de francs ou 93,82 pour cent vont aux hôpitaux subventionnés et aux hôpitaux publics. La fourniture de prestations d'intérêt général est par conséquent répartie de manière très inégale entre les différentes catégories d'hôpitaux. Il manque manifestement un libre accès au marché, qui permettrait aux cliniques privées de proposer également des prestations d'intérêt général dans une envergure pertinente.

Tableau I : Subventionnement déclaré et occulte, par organe responsable, en 2019

Année 2019	PRIV	SUBV	PUBL	TOTAL
Total (en MCHF)				
PIG	115.1	345.1	1'403.1	1'863.4
Tarif de base	0.0	143.2	197.6	340.9
Investissements	0.0	132.5	244.9	377.5
Total	115.1	620.9	1'845.7	2'581.7
Par cas (en CHF)				
PIG	415.2	774.9	2'581.7	1'471.6
Tarif de base	0.0	321.6	363.7	269.2
Investissements	0.0	297.5	450.7	298.1
Total	415.2	1'393.9	3'396.1	2'038.9
Par lit en soins aigus (en CHF)				
PIG	23'483.2	45'302.5	133'317.7	80'854.6
Tarif de base	0.0	18'800.2	18'779.2	14'790.9
Investissements	0.0	20'387.0	14'573.7	13'446.5
Total	23'483.2	81'497.2	175'369.1	112'023.5

Source : « Chiffres-clés des hôpitaux suisses » (2019). Calculs : Université de Bâle

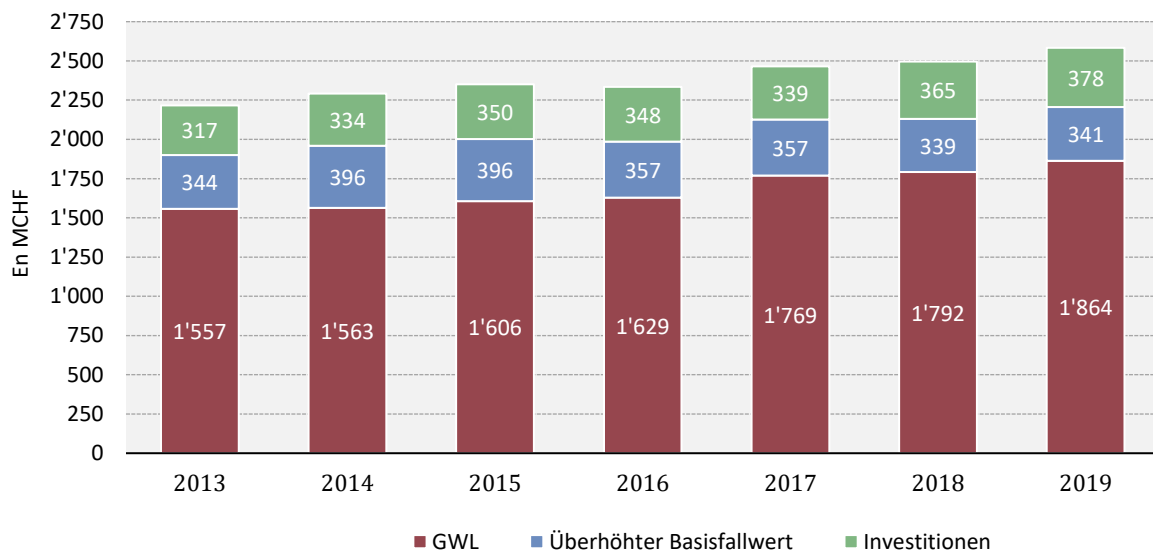
Sur la base d'un modèle économétrique, il est possible d'estimer, pour 2019, la différence entre les tarifs de base moyens des hôpitaux privés et des hôpitaux subventionnés. Dans ce cadre, on tient compte du fait que les cliniques universitaires présentent, en moyenne, un tarif de base plus élevé (+1'002 francs), tout comme les hôpitaux pédiatriques (+954 francs). Malgré cela, les hôpitaux publics et les hôpitaux subventionnés sont, en moyenne, respectivement 322 francs et 325 francs plus chers que les cliniques privées. A partir de ces tarifs de base plus élevés, on obtient, en tableau I, des subventions de, respectivement 198 millions de francs et 143 millions de francs pour les hôpitaux publics et les hôpitaux subventionnés.

Les subventions résultant de coûts d'investissement occultes ont également été estimées, sur la base de la différence entre le taux d'investissement au niveau de chaque hôpital et le taux d'investissement de 10 pour cent pris en compte pour les rémunérations SwissDRG en 2012. En 2019, le taux d'investissement moyen des hôpitaux publics et des hôpitaux subventionnés était de, respectivement, 6,7 et 7,3 pour cent, nettement en dessous de 10 pour cent. Les subventions ainsi calculées représentent 378 millions de francs à l'échelle de la Suisse et se répartissent à 64 pour cent pour les hôpitaux publics et 36 pour cent pour les institutions subventionnées.

Les hôpitaux publics et les hôpitaux subventionnés reçoivent, ensemble, 95,5 pour cent de toutes les subventions cantonales, pour une part de marché de 81 pour cent en jours de soins. Avec 47,7 pour cent, la part de marché des hôpitaux publics est 1,4 fois plus élevée que celle des hôpitaux subventionnés (33,7 pour cent). Les subventions des hôpitaux publics sont près de trois fois plus élevées que celles des hôpitaux subventionnés. Si l'on additionne les trois types de subventions et qu'on les rapporte au nombre de lits disponibles en soins aigus, on obtient, à l'échelle de la Suisse, les subventions annuelles totales par lit pour les hôpitaux, respectivement, privés, subventionnés et publics de 23'000 francs, 82'000 francs et 175'000 francs.

Globalement, le subventionnement a augmenté de 14,1 pour cent entre 2013 et 2019 (cf. figure I). Malgré les discussions sur leur légitimité et leur adéquation, les prestations d'intérêt général ont continué d'augmenter et ont atteint un nouveau record en 2019. Les subventions résultant de financements d'investissement occultes ont également augmenté durant cette période. Les contributions à travers des tarifs de base majorés sont en revanche restées relativement stables, depuis 2013.

Figure I: Subventionnement à travers les trois canaux, depuis 2013



Source : « Chiffres-clés des hôpitaux suisses » (2013-2019). Calculs : Université de Bâle

Grandes différences entre les cantons

Le montant total des subventions varie considérablement d'un canton à l'autre (cf. tableau II). Avec 555 millions de francs, les subventions les plus élevées sont versées par le canton de Vaud. Cela correspond à 4'821 francs par cas, 229'870 francs par lit en soins aigus stationnaires et 692 francs par habitant.

Les subventions les plus basses par cas aigu et habitant sont versées par le canton de Zoug : 462 francs par sortie d'hôpital ou 55 francs par habitant. Rapporté au nombre de lits en soins aigus, ce sont les subventions du canton de Thurgovie qui sont les plus basses. Avec les contributions des cantons pour le remboursement des traite-



ments DRG par sujet (tarifs), qui varient également d'un canton à l'autre en raison des différents coûts stationnaires, ces contributions représentent une charge importante pour les budgets cantonaux.

Tableau II: Subventions totales par canton, pour la Suisse et par lit en soins aigus et habitant, en 2019

Canton	Montant	Par lit en soins aigus	Par habitant	Canton	Montant	Par lit en soins aigus	Par habitant
AG	71'281'042	48'473	105	NW	6'167'137	84'739	143
AI	4'318'758	239'931	268	OW	7'762'091	161'600	205
AR	49'638'534	232'387	897	SG	90'210'730	57'951	177
BE	238'615'862	78'319	230	SH	8'617'990	45'598	105
BL	96'286'396	164'892	333	SO	65'929'499	120'320	240
BS	155'187'446	129'357	795	SZ	13'128'722	52'098	82
FR	81'012'139	148'758	253	TG	17'211'868	30'023	62
GE	345'448'014	222'525	688	TI	49'479'407	37'973	140
GL	6'954'821	82'795	172	UR	7'791'733	132'063	213
GR	56'581'455	109'642	285	VD	554'706'933	229'870	692
JU	16'601'406	106'307	226	VS	35'668'918	49'449	103
LU	55'367'771	56'629	135	ZG	6'989'137	33'928	55
NE	67'621'062	179'809	383	ZH	473'160'527	108'235	309
				CH	2'581'739'397	111'990	301

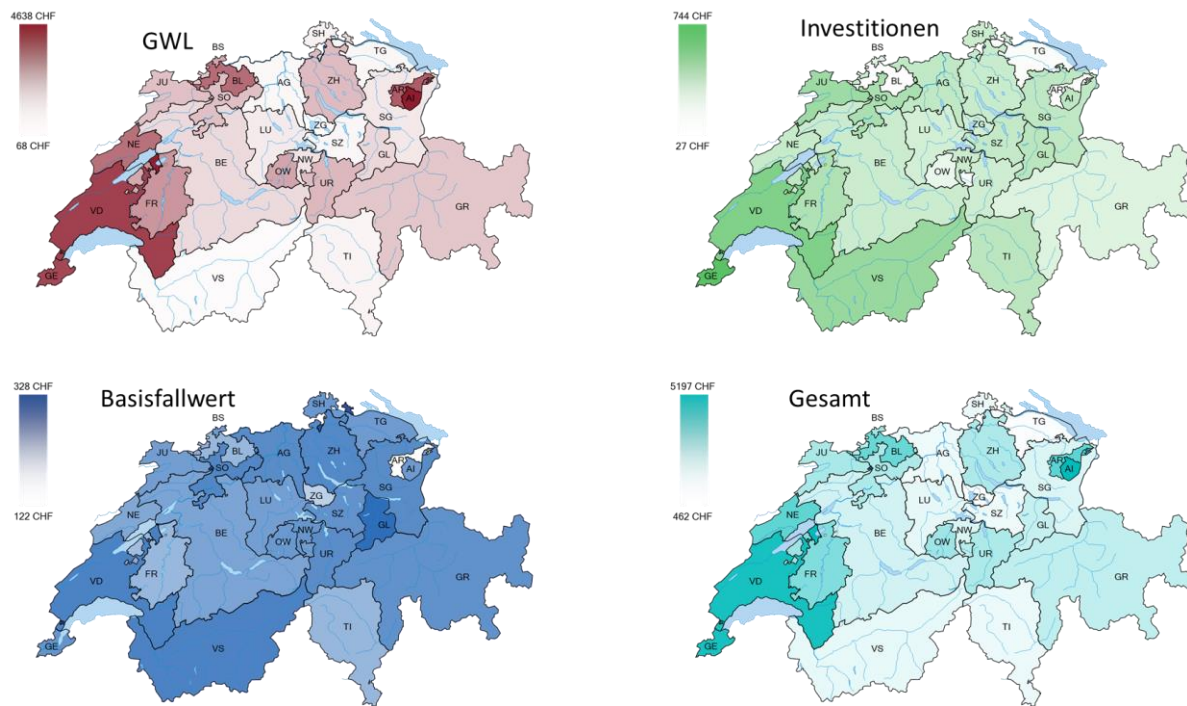
Remarque : valeur la plus élevée en rouge ; valeur la plus basse en vert.

Source : « Chiffres-clés des hôpitaux suisses » (2013-2019). Calculs : Université de Bâle

Evolution des subventions durant la période 2013-2019

Dans le cadre de la représentation cartographique des montants des subventions par cas (cf. figure II), on observe un certain contraste est-ouest entre les cantons. Cela ressort tout particulièrement au niveau des prestations d'intérêt général, pour lesquelles certains cantons de Suisse romande versent des subventions par cas stationnaire supérieures à la moyenne.

Figure II: Subventions par cas stationnaire dans les cantons, en 2019



Source : « Chiffres-clés des hôpitaux suisses » (2019). Représentation : Université de Bâle

L'évolution des subventions totales au cours du temps montre également de nettes différences entre les cantons. Avec 220'410 francs par lit en soins aigus, elles ont nettement augmenté dans le canton d'Appenzel Rhodes-Extérieures, suivi par Bâle-Campagne avec 117'447 francs. Elles ont sensiblement diminué dans le canton de Schaffhouse, avec 89'529 francs.

Tableau III: Subventions totales par canton, évolution 2013/2019

Canton	Subventions totales			Canton	Subventions totales		
	2019	Variation 2013-2019	Par lit en soins aigus Variation 2013-2019		2019	Variation 2013-2019	Par lit en soins aigus Variation 2013-2019
AG	71'281'042	-1'096'197	-1'511	NW	6'167'137	-608'818	-3'260
AI	4'318'758	+1'076'515	+115'229	OW	7'762'091	-2'034'133	-23'235
AR	49'638'534	+46'616'788	+220'410	SG	90'210'730	+18'958'041	+10'854
BE	238'615'862	-26'925'521	-6'739	SH	8'617'990	-17'731'682	-89'529
BL	96'286'396	+61'889'245	+117'447	SO	65'929'499	-4'225'228	+2'965
BS	155'187'446	-35'612'985	-21'437	SZ	13'128'722	-4'896'971	-18'925
FR	81'012'139	-15'753'061	-10'369	TG	17'211'868	-3'565'469	-6'602
GE	345'448'014	+57'195'950	+12'963	TI	49'479'407	-252'695	+2'951
GL	6'954'821	-524'120	-2'096	UR	7'791'733	+1'166'296	+44'886
GR	56'581'455	+680'210	+25'059	VD	554'706'933	+99'252'588	+25'162
JU	16'601'406	-11'008'310	-56'007	VS	35'668'918	+3'131'532	+1'670
LU	55'367'771	+8'144'574	+10'870	ZG	6'989'137	+281'054	+3'437
NE	67'621'062	-7'577'576	-26'102	ZH	473'160'527	+198'056'415	+47'444
				CH	2'581'739'397	+364'636'442	+17'816

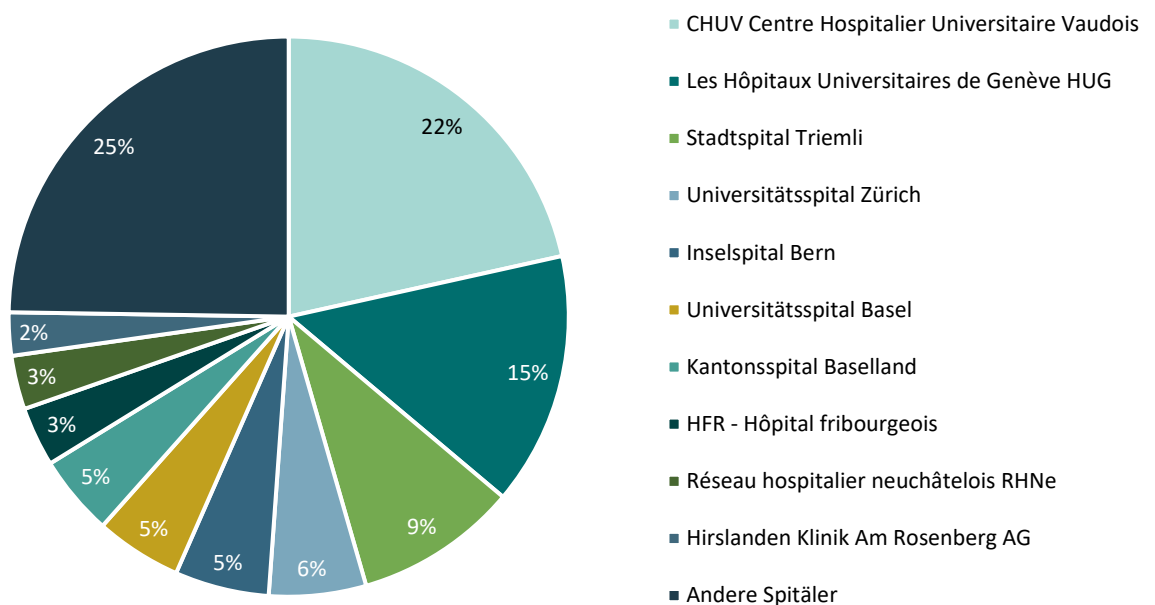
Remarque : valeur la plus élevée en rouge ; valeur la plus basse en vert.

Source : « Chiffres-clés des hôpitaux suisses » (2013-2019). Calculs : Université de Bâle

Les « top 10 » parmi les hôpitaux au niveau des subventions

Les différences au niveau des subventions sont encore plus marquées entre les différents hôpitaux qu’entre les cantons. Les « top 10 » des hôpitaux reçoivent les trois quarts des paiements pour les prestations d’intérêt général à l’échelle de la Suisse (cf. figure IV). Avec l’hôpital universitaire de Zurich (6 pour cent) et l’Inselspital Bern (5 pour cent), le CHUV (22 pour cent) et les HUG (15 pour cent) touchent la moitié environ des subventions pour les soins aigus stationnaires. On remarquera notamment l’hôpital municipal Triemli, qui a dépassé aussi bien l’hôpital universitaire de Zurich que l’Inselspital Bern en 2019. Cela est lié à un amortissement extraordinaire de 176 millions de francs, que la ville de Zurich a effectué au 1^{er} janvier 2019, entre autres, sur les valeurs du bilan du pavillon des lits.³ Parmi les 10 principaux bénéficiaires de subventions, on trouve exclusivement des hôpitaux universitaires et de grands hôpitaux d’agglomération.

Figure IV : Les principaux bénéficiaires de PIG, en 2019



Remarque : Cette figure montre les parts au montant total de 1,86 milliard de francs en 2019
Source : « Chiffres-clés des hôpitaux suisses » (2019). Représentation : Université de Bâle

Repenser les rôles multiples des cantons

La loi sur l’assurance-maladie attribue aux cantons la fourniture des soins médicaux stationnaires. Comme ils sont en même temps gérants ou propriétaires d’hôpitaux, cela entraîne un conflit de rôles. i) Le canton est légalement tenu de planifier la fourniture des soins stationnaires de manière économique et qualitativement satisfaisante ; mais en tant que propriétaire, il est intéressé à maximiser les revenus de ses institutions. ii) De plus, la loi attribue au canton le rôle d’arbitre, si les hôpitaux et les assureurs ne parviennent pas à s’entendre lors des négociations sur le tarif de base. Là aussi, les cantons interviennent indirectement sur les droits de concurrents privés. iii) Cela est également le cas pour la rémunération des prestations d’intérêt général. Les cantons commandent des prestations de recherche et d’enseignement ou maintiennent des structures stationnaires pour des raisons de politique régionale, et assurent les revenus de leurs institutions au moyen des paiements correspondants.

³ Cette mesure était destinée à décharger l’hôpital de futurs amortissements de 7,6 millions de francs par an. Le gouvernement du canton de Zurich a toutefois refusé, au printemps 2021, d’approuver la mesure comptable de la ville. En fonction de la décision définitive, la valeur de l’année 2019 pour l’hôpital de Triemli peut par conséquent encore changer ultérieurement.



La problématique des rôles multiples des cantons dans les soins stationnaires a été désamorcée dans le cadre de la réforme hospitalière 2012, avec l'abandon du financement par objet pour les hôpitaux. La mise en place du financement par sujet s'est toutefois arrêtée à mi-chemin. Il manque toujours une séparation claire entre, d'un côté, la commande et la réglementation et, de l'autre, la fourniture des prestations. Une solution pourrait consister dans le retrait des cantons de la fourniture des prestations et comme organes responsables des institutions de soins aigus. Dans ce cadre, le mandat de service public pourrait être laissé au niveau des cantons. De cette manière, le rôle des cantons se limiterait à la commande et à la réglementation. Cette solution permettrait toujours à des organismes à un niveau inférieur à celui du canton de gérer ou de posséder des hôpitaux. Mais cela exclurait la situation actuelle, dans laquelle les cantons cumulent les rôles de fournisseur de prestations et d'organe responsable ou de propriétaire.

Concurrence pour le marché et à travers le prix

Parallèlement, il s'agit d'ouvrir le marché pour les prestations d'intérêt général. Le législateur suisse a établi une distinction structurelle entre les prestations selon l'assurance obligatoire des soins (AOS) et les prestations d'intérêt général. Les cantons sont tenus de présenter explicitement les prestations et les coûts dans ces deux domaines. Le législateur veut ainsi éviter des subventionnements croisés par les recettes de l'AOS de prestations commandées par le canton. Du point de vue réglementaire, cette séparation ne suffit toutefois pas, tant qu'il n'y a pas de concurrence pour la fourniture de prestations d'intérêt général.

Une solution pourrait consister dans une procédure d'appel d'offres, dans le cadre de laquelle le mandat pour la fourniture des prestations irait au soumissionnaire le plus avantageux. L'adjudication et le prix pour des prestations d'intérêt général devraient par conséquent être soumis au droit des marchés publics.

La fourniture des prestations stationnaires fait l'objet d'incitations financières destinées à favoriser un comportement responsable en matière de coûts. Les poids relatifs dans la rémunération au forfait par cas sont basés sur des coûts standardisés, sur lesquels les différents hôpitaux n'ont normalement pas d'influence. Ainsi, le montant d'un forfait par cas étant fixé, les fournisseurs de prestations sont toujours incités à optimiser leurs processus internes et à abaisser leurs coûts. Si cette concurrence se fait à travers le prix, les hôpitaux sont contraints de s'adapter ou de disparaître du marché. Le rôle multiple des cantons restreint toutefois fortement cette concurrence. De plus, dans de nombreux cantons, la part de marché des hôpitaux publics est telle qu'on est amené à parler d'une position dominante sur le marché. Du point de vue réglementaire, les cantons devraient se limiter au mandat de service public, se retirer de la fourniture des prestations et privatiser leurs hôpitaux lorsque, en tant que propriétaires, ils détiennent une position dominante sur le marché.

B Point fort 2021 : aides Covid-19 pour les hôpitaux

Au printemps 2020, le Conseil fédéral a imposé aux hôpitaux, sur la base du droit d'urgence, de mettre à disposition des lits pour le traitement de patients Covid-19, en renonçant à des interventions non urgentes. Dans ce cadre, les hôpitaux ont subi des pertes de revenu importantes au niveau des traitements stationnaires et ambulatoires. Parallèlement, les hôpitaux chargés par les cantons de mettre en place et de gérer des services dédiés au Covid-19 ont été confrontés à des coûts supplémentaires substantiels. La société de conseil PricewaterhouseCoopers SA estime le préjudice financier des hôpitaux entre 0,8 et 1,3 milliard de francs (PwC, 2021). Se pose alors la question de savoir qui doit prendre en charge ce préjudice financier.

Sur la base de notre recherche en ligne, 19 cantons se sont assurés, par la voie politique, que les hôpitaux seront dédommagés des pertes de revenu et des surcoûts dont ils ne sont pas responsables. Début août 2021, les gouvernements et parlements cantonaux ont approuvé un montant total de 829,6 millions de francs ; sur ce montant, environ 70 pour cent sont destinés à couvrir les pertes de revenu (cf. tableau IV). A travers leur action rapide et sans complication bureaucratique, les cantons ont soutenu la liquidité des hôpitaux et assuré ainsi qu'ils puissent réaliser leur tâche centrale pendant la pandémie de Covid-19.

La couverture des coûts supplémentaires liés au Covid-19 concerne en grande partie des hôpitaux universitaires et des hôpitaux cantonaux. Cela n'est pas surprenant, dans la mesure où, dans la plupart des cantons, ce sont ces hôpitaux qui ont traité la grande majorité des patients Covid-19 pendant la première vague. Les hôpitaux privés ont fondamentalement droit à une indemnisation en cas de réduction de l'horaire de travail, alors que n'est pas le cas pour les hôpitaux publics et les hôpitaux subventionnés, conformément à une directive du Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO). On ne sait toutefois pas dans quels cantons les hôpitaux privés ont effectivement bénéficié d'indemnités en cas de réduction de l'horaire de travail ni à combien se sont montées ces indemnités. C'est également le cas, de manière générale, pour les paiements des cantons, cela d'autant plus que les décisions n'ont bien souvent pas été appliquées. Le canton de Vaud restreint explicitement les aides Covid-19 aux hôpitaux publics.

Tableau IV : Compensations Covid-19 convenues ou réalisées pour l'année 2020

Canton	Total	Pertes de revenu	Coûts supplémentaires	Autres
AG	(98 MCHF)	(46 MCHF)	(52 MCHF)	n.d.
AR	0.76 MCHF	-	0.76 MCHF	-
BE	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
BL	25 MCHF	n.d.	25 MCHF	n.d.
BS	108 MCHF	100 MCHF	8 MCHF	-
GE	177.5 MCHF	95 MCHF	74.5 MCHF	8 MCHF ^a
GR	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
LU	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
NE	30.7 MCHF	n.d.	n.d.	n.d.
OW	4.4 MCHF	3.8 MCHF	0.6 MCHF	-
SG	42.3 MCHF	42.3 MCHF	n.d.	n.d.
SH	14.4 MCHF	-	-	14.4 MCHF
SO	16.2 MCHF	16.2 MCHF	-	-
TI	20 MCHF	n.d.	20 MCHF	-
TG	16.8 MCHF	6.5 MCHF	8.8 MCHF	1.5 MCHF
UR	0.4 MCHF	-	-	0.4 MCHF
VD	160 MCHF	126.5 MCHF	33.5 MCHF	-
VS	64 MCHF	53.1 MCHF ⁺	10.9 MCHF ⁺	-
ZH	149.1 MCHF	125 MCHF	10 MCHF	14.1 MCHF



Total [‡]	829.6 MCHF	590.2 MCHF	199.5 MCHF	39.9 MCHF
--------------------	------------	------------	------------	-----------

Remarque : pas de décisions : AI, FR, GE, GL, JU, NE, NW, SZ, TI, ZG; *La répartition exacte des contributions pour pertes de revenu et coûts supplémentaires n'est pas connue. La valeur moyenne à l'échelle de la Suisse a été utilisée pour la répartition du montant total ; [‡]Sans prise en compte des contributions pas encore décidées du canton d'Argovie. Total des différentes colonnes calculés sur la base des répartitions connues ; également pour n.d.

La loi sur les épidémies prévoit, à l'art. 63, une responsabilité de la part des autorités pour les préjudices subis par les personnes en raison des mesures ordonnées. Par voie d'ordonnance du 17 mars 2020, la Confédération a ordonné aux hôpitaux et aux cliniques de renoncer à des interventions et à des thérapies médicales non urgentes. Sur la base de cette même ordonnance, les cantons ont contraint les hôpitaux et les cliniques à mettre leurs capacités à disposition pour accueillir des patients. Il en résulte fondamentalement une responsabilité de la part de la Confédération pour les pertes de revenu et les coûts supplémentaires des hôpitaux résultant de la mise à disposition de capacités hospitalières pour le traitement de patients Covid-19. La loi sur les épidémies ne cite que des personnes en général, mais pas de groupes de personnes en particulier comme des médecins ou des infirmières, concernant le droit à une indemnisation en cas de préjudice lié à des mesures ordonnées par les autorités. On peut se demander s'il s'agit d'un « silence qualifié » de la part du législateur. La [motion Herzog](#), qui demande de combler cette lacune, est actuellement en suspens au Conseil national.

Les mesures de compensation décidées par les cantons se réfèrent toutes au domaine de l'assurance-maladie obligatoire. Une compensation des coûts supplémentaires et des pertes de revenu en raison des mesures liées au Covid-19 ne sont en revanche pas prévues dans le domaine des assurances complémentaires (LCA). L'argumentation des cantons, à travers la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), selon laquelle les pertes de revenu dans le domaine de la LCA devraient être attribuées au « risque d'exploitation » n'est pas plausible (cf. H+ Les Hôpitaux de Suisse, 2021). Les entreprises sont, certes, inévitablement soumises à un risque économique plus ou moins important. Mais les mesures Covid-19 ordonnées par les autorités pour les hôpitaux et les cliniques n'ont rien à voir avec un risque d'exploitation et ne peuvent pas non plus être assimilées à une force majeure. Même si on considère la pandémie de SARS-CoV2 en tant qu'événement inéluctable, les autorités ont une grande marge de manœuvre pour la définition des mesures. Le fait que les rémunérations dans le domaine des assurances complémentaires (comme p.ex. pour les restaurants, les magasins ou les centres de fitness) sont des revenus privés n'a toutefois aucune incidence sur la question de la responsabilité, le répondant des coûts n'étant, dans ce cas, pas le même.

Même si, dans leur rôle de planificateurs hospitaliers, les cantons ont pris en charge le financement des coûts supplémentaires résultant du Covid-19, les assureurs-maladie ont également une responsabilité. Les coûts supplémentaires pour le traitement du Covid-19 peuvent être couverts à travers l'adaptation du catalogue DRG et la pondération des DRG concernés. Les mesures correspondantes ont déjà été prises par Swiss DRG SA. Ce mécanisme assure une répartition automatique des coûts dans le sens de la LAMal entre les répondants des coûts, les cantons et les assureurs. La situation est un peu plus complexe pour ce qui concerne les prestations de mise à disposition (c.-à-d. les coûts pour la mise à disposition de lits, d'appareils respiratoires, de personnel, etc.). Les coûts correspondants sont fondamentalement considérés comme des prestations d'intérêt général et sont financées par les cantons. Le Tribunal administratif fédéral a toutefois statué à plusieurs reprises sur le thème des prestations de mise à disposition et retenu que ces prestations sont des prestations obligatoires au sens de l'AOS. Les coûts pour la mise à disposition de ces prestations devraient par conséquent être pris en compte lors de la tarification et devraient donc être financés par les assureurs et les cantons. D'un autre côté, on peut aussi argumenter que les cantons sont entièrement responsables des prestations de mise à disposition spécifiques au Covid-19, du fait qu'ils les ont ordonnées.

Inhaltsverzeichnis

RÉSUMÉ POUR LA DIRECTION	I
A SUBVENTIONNEMENT DES HÔPITAUX À TRAVERS LES PIG, DES TARIFS DE BASE MAJORÉS ET DES INVESTISSEMENTS OCCULTES	I
B POINT FORT 2021 : AIDES COVID-19 POUR LES HÔPITAUX.....	IX
INHALTSVERZEICHNIS.....	XI
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	XII
TABLEAUNVERZEICHNIS	XII
VERWENDETE ABKÜRZUNGEN.....	XIII
1. EINLEITUNG	1
2. DIE AKUTSTATIONÄRE MEDIZINISCHE VERSORGUNG IN DER SCHWEIZ	4
2.1 BETTENDICHTE, AUSLASTUNG UND INTERKANTONALE PATIENTENWANDERUNG	4
2.2 DIE AKUTSTATIONÄREN LEISTUNGSERBRINGER NACH TRÄGERSCHAFT.....	9
3. SUBVENTIONIERUNG DER SPITÄLER	19
3.1 GEMEINWIRTSCHAFTLICHE LEISTUNGEN IM KANTONALEN VERGLEICH	19
3.2 UNTERSUCHUNG DER TARIF DE BASEE AUF SPITALEBENE	22
3.3 VERDECKTE SUBVENTIONEN BEI DER INVESTITIONSFINANZIERUNG	26
3.4 DIE SUBVENTIONEN INSGESAMT	28
4. SCHLUSSFOLGERUNGEN.....	33
5. COVID-19-HILFEN FÜR SPITÄLER	35
5.1 HINTERGRUND.....	35
5.2 FINANZIELLE COVID-19-HILFEN FÜR SPITÄLER	36
5.2.1 <i>Analyserahmen</i>	36
5.2.2 <i>Vereinbarte Covid-19-Hilfen in den Kantonen (Stand: Juli 2021)</i>	37
5.3 BEWERTUNG DER MASSNAHMEN	47
5.3.1 <i>Staatliche Haftung für Ertragsausfälle und Zusatzkosten</i>	47
5.3.2 <i>Beiträge an die Mehrkosten</i>	48
5.3.3 <i>Beiträge an die Ertragsausfälle</i>	49
5.3.4 <i>Covid-19-Beiträge und die Trägerschaft</i>	49
LITERATURVERZEICHNIS.....	51
ANHANG I: DATENQUELLEN.....	52
ANHANG II: TABLEAUN	53
ANHANG III: VERZEICHNIS DER SCHWEIZER AKUTSPITÄLER 2019	57



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schematische Darstellung der Finanzierung akutstationärer Spitäler ab 2012	2
Abbildung 2: Entwicklung der Betten, Austritte und Verweildauer, 2001-2019	5
Abbildung 3: Kantonale Bettenauslastung und Selbstversorgungsgrad, 2019	8
Abbildung 4: Import und Export von stationären Leistungen, 2019	9
Abbildung 5: Investitionsquoten nach Trägerschaft, 2013-2019.....	27
Abbildung 6: Situation in den Kantonen, Stand: Juli 2021	38

Tableaunverzeichnis

Tableau 1: Bettendichte 2019 im Vergleich zu 2013, gesamte und akutstationäre Versorgung nach Kanton.....	4
Tableau 2: Bettenauslastung und Selbstversorgungsgrad nach Kanton, 2019 und im Vergleich zu 2013.....	7
Tableau 3: Anzahl Akutspitäler einschl. Geburtshäuser, 2019 und im Vergleich zu 2013	10
Tableau 4: Anzahl Standorte Akutspitäler einschl. Geburtshäuser, 2019 und im Vergleich zu 2013	11
Tableau 5: Marktanteile akutstationärer Pflage nach Trägerschaft, 2019 im Vergleich zu 2013.....	12
Tableau 6: Struktur und Leistungen der akutstationären Versorger, 2019.....	13
Tableau 7: Struktur und Leistungen der akutstationären Versorger, 2019 im Vergleich zu 2013.....	14
Tableau 8: Personal in der akutstationären Versorgung, 2019 und im Vergleich zu 2013	15
Tableau 9: Kosten der akutstationären Versorger, 2019 und im Vergleich zu 2013	16
Tableau 10: Ertragssituation der akutstationären Versorger, 2019 und im Vergleich zu 2013	16
Tableau 11: SwissDRG-Erträge der Spitäler in Franken und Aufteilung nach Kanton und Versicherer, 2019	17
Tableau 12: SwissDRG-Erträge der Spitäler in Franken, 2019 und im Vergleich zu 2013	18
Tableau 13: PIG in Franken insgesamt und pro Fall nach Kanton, 2019 und im Vergleich zu 2013	20
Tableau 14: PIG in Franken pro Akutbett, nach Trägerschaft und Kanton, 2019	21
Tableau 15: PIG in Franken und pro Akutbett, nach Spitaltyp gemäss BFS, 2019	22
Tableau 16: Entwicklung der Tarif de basee in Franken zwischen 2013 und 2019 nach Trägerschaft	23
Tableau 17: Beschreibende Statistik der Spitalvariablen im Sample (2019, n = 134).....	24
Tableau 18: Schätzergebnisse für drei ausgewählte Jahre und gesamt, 2013-2019.....	25
Tableau 19: Subventionen in Franken durch höhere Tarif de basee, insgesamt und pro Fall,	26
Tableau 20: Nicht ausgewiesene Investitionskosten der öffentlichen und subventionierten Spitäler in der stationären Akutpflege (in Franken).....	28
Tableau 21: Übersicht der Subventionen, 2019	29
Tableau 22: Änderung der Subventionen in Franken 2019/2013, gesamt und pro Fall nach Trägerschaft.....	30
Tableau 23: Gesamtsubventionen nach Kanton, 2019 und im Vergleich zu 2013	31
Tableau 24: OKP-Ertrag nach Kanton pro Fall (Fallgewicht = 1.0), Preisniveau privat und Subventionsbeiträge, 2019	32
Tableau 25: Finanzieller Gesamtschaden, akutstationär und spitalambulant, 2020.....	35
Tableau 26: Vereinbarte oder erfolgte Covid-19-Kompensationen für das Jahr 2020.....	39
Tableau A27: Überblick der Spitäler mit Änderung der Kennzahlen aufgrund von Rücksprachen*	53
Tableau A28: Anteil Fälle nach Herkunft der Patienten nach Kanton, 2019	54
Tableau A29: Schliessungen, Fusionen und Änderung der Trägerschaft, 2013-2019	55

Verwendete Abkürzungen

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BVGer	Bundesverwaltungsgericht
CMI	Case-Mix-Index
CHF	Schweizer Franken
DRG	Diagnosis Related Groups
EBITDAR	Earning before interests, taxes, depreciation, amortisation and rent costs (dt. Ergebnis vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen auf Sachanlagen und Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände und Mieten)
EpG	Epidemiengesetz
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
PIG	Gemeinwirtschaftliche Leistungen
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KZSS	Kennzahlen der Schweizer Spitäler
OKP	Obligatorische Kranken- und Pflegeversicherung
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups
TARMED	Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz (frz. tarif médical)
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung
VVG	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag

1. Einleitung

Mit der Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen im Jahr 2012 ging eine umfassende Reform der Finanzierung der medizinischen stationären Versorgung einher. Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) sieht leistungsbezogene Fallpauschalen vor (vgl. Art. 49 Abs. 1 KVG), mit denen die Betriebs- und Investitionskosten der stationären Akutbehandlung vergütet werden sollen (vgl. Art. 49 Abs. 7 KVG). Die neue Spitalfinanzierung führte zu einer Vereinheitlichung der Vergütung: Kantone und Krankenkassen teilen untereinander die Kosten der stationären Versorgung im Rahmen einer subjektbezogenen Vergütung auf. Konkret verlangt das Gesetz gemäss Art. 49a Abs. 3 KVG von den Kantonen, sich zu mindestens 55 Prozent an den Kosten der Fallpauschalen zu beteiligen. Der Grossteil der ehemals objektbezogenen Finanzierung durch die Kantone wird seither über die Zahlung der Fallpauschalen abgewickelt. Die neue Vergütung folgt somit der medizinischen Dienstleistung und setzt den Spitälern, da pauschal, finanzielle Anreize für eine kostengünstige Behandlung.

Weiterhin regelt das Gesetz in Art. 49 Abs. 3 KVG die Vergütung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Der Gesetzestext nennt explizit die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen, sowie die Forschung und die universitäre Lehre. Der Verband der Schweizer Spitäler H+ unterscheidet drei Arten von gemeinwirtschaftlichen Leistungen (PIG):⁴

- (1) **PIG für Spezialaufgaben:** Aktivitäten und Spitalbereiche wie geschützte OP-Säle, Rettungsdienst, Sanitätsnotrufzentrale 144, Militärspitäler usw.;
- (2) **PIG Forschung und universitäre Lehre:** sämtliche Aktivitäten, die nach Art. 49 Abs. 3 Lit. b KVG bzw. Art. 7 VKL definiert sind;
- (3) **OKP-Aktivität bezogene PIG und PIG «nicht kostendeckende Tarife»:** Beiträge für Finanzierung der Vorhalteleistung für den Notfall, Geburtshilfe, nicht kostendeckende Tarife (z.B. TARMED), Grundbeiträge usw.

Die gemeinwirtschaftlichen Leistungen werden grundsätzlich durch die Kantone vergütet. In Kantonen mit Universitätsspitalern werden Lehrleistungen von Spitälern durch die Universität bezahlt, die ihrerseits über den Kanton finanziert wird. Abbildung 1 illustriert die Aufteilung der Vergütung von Spitälern seit der Reform 2012.

In der vorliegenden Studie wird die akutstationäre Vergütung weiter aufgeschlüsselt, wobei der Fokus auf den Unterschieden nach Trägerschaft der Einrichtungen liegt. Wir unterscheiden drei Formen von Subventionen, welche in Abbildung 1 farblich hervorgehoben werden. Es sind die nebst den Abgeltungen für PIG (rot) auch die überhöhten Tarif de basee (blau) und die Abgeltung von Investitionskosten (grün).

Bei den **gemeinwirtschaftlichen Leistungen** interessiert die Aufteilung zwischen Beiträgen für Forschung und Lehre einerseits und weiteren Beiträgen andererseits. Zusätzlich zu den Erträgen für gemeinwirtschaftliche Leistungen können weitere Subventionen an einzelne Spitäler fliessen, die offiziell nicht ausgewiesen werden oder nur schwer zu identifizieren sind. Obwohl gesetzlich nicht zulässig ist es denkbar, dass via Fallpauschalen-Vergütung Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen finanziert werden. In diesem Fall findet eine Quersubventionierung von der akutstationären medizinischen Versorgung gemäss OKP zugunsten der gemeinwirtschaftlichen Leistungen statt (vgl. Blitz in Abbildung 1). Während bspw. die Kosten für einen Rettungsdienst, die Spitalseelsorge oder die universitäre Lehre und Forschung relativ gut ausgeschieden werden können, ist dies beim dritten Typ von PIG gemäss der H+-Definition weitaus schwieriger. Im heutigen System ist es nicht auszuschliessen, dass Geld aus der OKP verwendet wird, um «die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen» (Art. 49 Abs. 3 Bst. a KVG) zu finanzieren. Dafür fehlt schlichtweg ein methodisches Konzept.

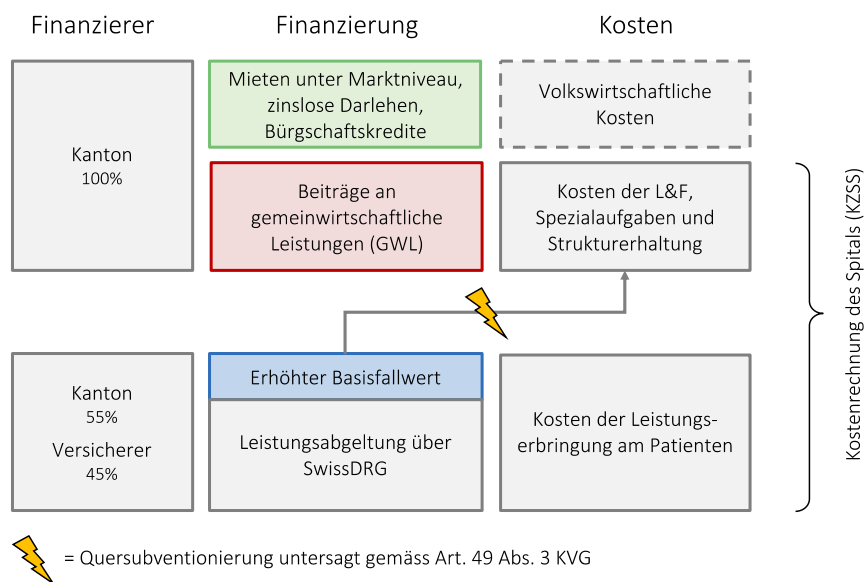
⁴ Vgl. Fachkommission Rechnungswesen & Controlling (2014). Entscheid zum Antrag Nr. 14_001. Bern: H+ Die Spitäler der Schweiz.



Eine Quersubventionierung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen wird bei öffentlichen Spitälern insofern erleichtert, als die Kantone als Eigentümer indirekt einen Einfluss auf die Höhe des Tarif de bases nehmen können. Ein finanzieller Anreiz, den Tarif de base zu erhöhen und im Gegenzug die Subventionen und Beiträge an die Einrichtungen zu senken, besteht ohnehin. Denn während bei Subventionen die Kantone die gesamten entsprechenden Aufwendungen zahlen, tragen sie bei den Fallpauschalen nur 55 Prozent der Vergütung. Gelingt es also, einen Franken Aufwand aus dem gemeinwirtschaftlichen Bereich in den Vergütungsbereich zu verschieben, reduzieren sich die Kosten für den Kanton um 45 Rappen.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wird daher auf Spitalebene untersucht, ob die Tarife in öffentlichen Spitälern überhöht sind. Im Rahmen eines ökonometrischen Ansatzes werden die Faktoren identifiziert, welche den **Tarif de base** eines Spitals beeinflussen. Dabei wird u. a. berücksichtigt, ob es sich bei einer Einrichtung um ein Universitätsspital, ein Kinderspital, eine Geburtsklinik oder um ein Spital handelt, das zu keiner dieser Kategorien gehört.

Abbildung 1: Schematische Darstellung der Finanzierung akutstationärer Spitäler ab 2012



Darstellung: Universität Basel.

Weiter werden die **Investitionskosten** im Spitalbereich näher analysiert, um mögliche weitere verdeckte Subventionen für subventionierte und öffentliche Spitäler identifizieren zu können. Dies kann bei öffentlichen Spitälern über die Vermietung von Immobilien, Mobilien und Anlagen unterhalb marktüblicher Konditionen geschehen. Auch bei Spitälern, die nicht vom Kanton betrieben werden, aber bei denen öffentliche Gebietskörperschaften Mehrheitseigentümer sind, ist dies möglich; zum Beispiel, wenn sie sich in Immobilien einmieten, die dem Kanton gehören. Schliesslich erfolgt eine verdeckte Subventionierung auch in Fällen, in denen die Kantone Darlehen an Spitäler zu grosszügigen Konditionen vergeben (z. B. zinslose Kredite). In Abbildung 1 wird verdeutlicht, dass diese «volkswirtschaftlichen Kosten» nicht beim Spital entstehen, sondern beim Kanton selbst in Form von Opportunitätskosten (Zinsen und Mieten unter dem Marktniveau) und Ausfallrisiken bei Krediten.

In einer im Jahr 2020 publizierten Studie haben die Autoren dieser Studie für die Jahre 2013 bis 2018 die Subventionen auf der Grundlage der Kennzahlen der Schweizer Spitäler erhoben (vgl. Felder und Meyer, 2020). Für die vorliegende Studie wurden zusätzlich die Kennzahlen für das Jahr 2019 ausgewertet. Dabei zeigte sich, dass bei den Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) der Kantonsanteil bei der OKP-Finanzierung nach wie vor fälschlicherweise unter «Subventionen, Beiträge und Defizitgarantie» statt unter «Erträge für medizinische Leistungen und Pflege» verbucht wird. Die Zahlen mussten entsprechend angepasst werden. Im Appendix II sind die

Spitäler aufgeführt, bei denen für den Untersuchungszeitraum 2013 bis 2019 die entsprechenden Korrekturen durch die Autoren vorgenommen wurden (vgl. Tableau A27).



2. Die akutstationäre medizinische Versorgung in der Schweiz

2.1 Bettendichte, Auslastung und interkantonale Patientenwanderung

Die gesamten Schweizer Gesundheitskosten beliefen sich 2019 auf 80.24 Mrd. Franken (BFS, 2021). Das sind rund 0.8 Prozent mehr als im Vorjahr. Davon entfielen 29.46 Mrd. Franken bzw. 36.7 Prozent der Gesamtausgaben auf die Krankenhäuser. Leistungsseitig sind 15.55 Mrd. Franken oder 19.4 Prozent aller Kosten der stationären Akutbehandlung zuzurechnen. Damit waren die Kosten für die akutstationären Leistungen im Jahr 2019 zum zweiten Mal in Folge rückläufig (-1.1 Prozent). Einen Rückgang gab es ebenfalls bei der ambulanten Kurativbehandlung (-1.7 Prozent). Dieser Rückgang ist allerdings auf den praxisambulanten Leistungsbereich zurückzuführen. Die ambulanten Behandlungen in einem Spital nahmen im selben Zeitraum um 1.6 Prozent zu.

Tableau 1: Bettendichte 2019 im Vergleich zu 2013, gesamte und akutstationäre Versorgung nach Kanton

Kanton	Gesamt		Akutpflege/Geburtshaus			
			Absolut		Anteil	
	2019	rel. Δ 2013	2019	rel. Δ 2013	2019	abs. Δ 2013
AG	4.68	+2.7%	2.16	-5.9%	46.1%	-4.2%
AI	2.11	-24.6%	1.12	-32.4%	52.9%	-6.1%
AR	9.18	-1.1%	3.86	-18.0%	42.0%	-8.7%
BE	4.85	-0.6%	2.94	-6.2%	60.5%	-3.6%
BL	3.39	-16.5%	2.02	-22.6%	59.6%	-4.7%
BS	10.92	-6.5%	6.14	-8.5%	56.3%	-1.2%
FR	2.84	-9.9%	1.70	-17.6%	59.8%	-5.6%
GE	4.89	-7.1%	3.09	+4.9%	63.6%	+7.3%
GL	3.58	+0.9%	2.07	-7.0%	57.9%	-4.9%
GR	5.21	-23.7%	2.60	-23.6%	49.9%	+0.1%
JU	4.73	-10.6%	2.12	-10.9%	44.9%	-0.1%
LU	3.80	-3.8%	2.38	-10.6%	62.5%	-4.8%
NE	3.34	-14.9%	2.13	+2.3%	63.8%	+10.7%
NW	2.31	+25.3%	1.69	-8.6%	72.9%	-27.1%
OW	1.98	-7.8%	1.27	-13.2%	64.0%	-3.9%
SG	4.48	-0.7%	3.06	-1.1%	68.3%	-0.3%
SH	3.58	-3.3%	2.30	-7.6%	64.3%	-3.0%
SO	2.61	-13.2%	2.00	-13.0%	76.6%	+0.2%
SZ	2.02	+16.4%	1.58	-6.4%	78.0%	-19.0%
TG	5.69	+2.0%	2.06	-6.2%	36.2%	-3.2%
TI	5.22	-5.4%	3.70	-10.4%	70.8%	-3.9%
UR	1.61	-24.0%	1.61	-24.0%	100.0%	+0.0%
VD	4.46	-4.7%	2.90	-1.0%	65.1%	+3.6%
VS	4.21	-1.8%	2.39	-0.2%	56.7%	+0.9%
ZG	4.40	+1.9%	1.62	-13.6%	36.8%	-6.6%
ZH	4.10	-7.6%	2.86	-10.5%	69.6%	-2.3%
CH	4.44	-5.1%	2.69	-7.6%	60.6%	-1.6%

Anmerkung: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert.

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (2013/2019); STATPOP (2013/2019). Berechnung: Universität Basel.

Das Angebot an stationärer Versorgung kann mit der Anzahl vorgehaltener Betten pro 1'000 Einwohner (Betten-dichte) gemessen werden. Tableau 1 zeigt die Gesamtwerte für alle Formen der stationären Versorgung (Akutpflege/Geburtshaus, Psychiatrie und Reha), sowie die Untergruppe Akutpflege inklusive Geburtshäuser.⁵

Die Kantone Basel-Stadt und Appenzell-Ausserrhododen sind mit insgesamt 10.92 bzw. 9.18 bereitgehaltenen Betten auf 1000 Einwohner Spitzenreiter, während Uri mit 1.61 Betten das niedrigste Bettenangebot aufweist. Gegenüber 2013 ist landesweit von 4.68 Betten pro 1'000 Einwohner eine Reduktion um 0.24 Betten oder 5.1 Prozent zu verzeichnen. In einzelnen Kantonen liegt die Reduktion der Betten im zweistelligen Prozentbereich (AI⁶, BL, GR, JU, NE, SO und UR). Nidwalden dagegen hat seine Bettendichte zwischen 2013 und 2019 um 25.3 Prozent erhöht, mit dem grössten Anstieg im letzten Jahr. Landesweit wurden die Betten ausschliesslich im Akutbereich abgebaut, während sie in der Psychiatrie und der Reha konstant blieben. Die akutstationäre Bettenreduktion betrug 7.6 Prozent. Dadurch hat sich der Anteil der Akutbetten an der gesamten Bettenzahl landesweit um rund eineinhalb Prozentpunkt auf 60.6 Prozent gesenkt.

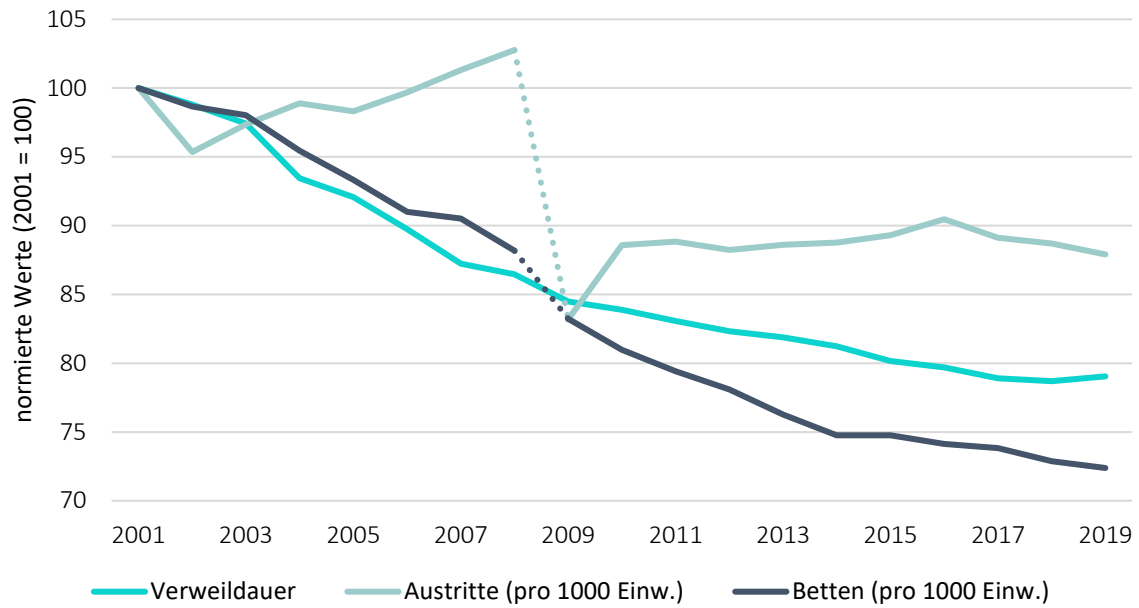
Die Bettendichte in der Schweiz ist seit den frühen 2000er-Jahren konstant rückläufig (vgl. Abbildung 2). Im Jahr 2001 kamen auf 1'000 Personen 6.13 Betten (inkl. teilstationäre Betten). Im Jahr 2019 waren es noch 4.44 Betten (-27.6 Prozent). Dieser Trend ist weniger einer schwindenden Zahl von Austritten geschuldet als einem starken Rückgang bei der Verweildauer. Die Hospitalisierungsrate ist seit den 2010er-Jahren relativ stabil. Dass die Zahl der Austritte gemessen an der Gesamtbevölkerung nicht wächst, hat auch damit zu tun, dass eine kontinuierliche Verlagerung in den ambulanten Spitalbereich stattfindet. Diese Verlagerung mag auch ein Grund dafür sein, dass bei der Verweildauer eine Stabilisierung zu beobachten ist. Zwar verkürzen schonende, minimal-invasive Therapieverfahren und die Frührehabilitation den Spitalaufenthalt, gleichzeitig führt die Ambulanti-

Abbildung 2: Entwicklung der Betten, Austritte und Verweildauer, 2001-2019

sierung aber dazu, dass der durchschnittliche stationäre Patient kränker wird.

⁵ Jedes Krankenhaus ist einem Krankentyp zugeordnet (z. B. Allgemeinspital, Psychiatrische Klinik usw.). Zudem sind jedem Spital ein oder mehrere Aktivitätstypen zugewiesen (Akutpflege, Psychiatrie, Reha/Geriatrie, Geburtshaus), je nachdem in welchen Versorgungsbereichen ein Haus tätig ist.

⁶ Appenzell-Innerrhododen hat an der Landsgemeinde vom 29. April 2018 den Neubau des kantonalen Spitals mit maximal 26 Betten beschlossen. Zuvor scheiterte ein gemeinsamer Spitalverbund mit Appenzell-Ausserrhododen, das mit 8.77 Betten pro 1'000 Einwohner landesweit die zweithöchste Bettendichte vorhält.



Anmerkung: Ab 1. Januar 2009 werden keine teilstationären Fälle mehr berücksichtigt (Betten, Austritte).

Quelle: Krankenhausstatistik (2001- 2019), Medizinische Statistik der Krankenhäuser (2001-2019).

Darstellung und Berechnung: Universität Basel.

Mit den Angaben aus den Kennzahlen der Schweizer Spitäler kann die Auslastung der Betten abgeschätzt werden. Im Jahr 2019 betrug diese in der Akutpflege landesweit 80.5 Prozent (vgl. Tableau 2).

Tableau 2: Bettenauslastung und Selbstversorgungsgrad nach Kanton, 2019 und im Vergleich zu 2013

Kanton	Auslastung in %		Anteil Patienten mit Behandlung im eigenen Kanton	
	2019	abs. Δ 2013	2019	abs. Δ 2013
AG	85.3%	2.5%	77.4%	-2.6%
AI	57.3%	1.2%	21.4%	-5.2%
AR	78.0%	-2.5%	50.5%	-11.6%
BE	81.3%	1.7%	94.1%	-0.4%
BL	69.9%	-3.1%	41.9%	-8.8%
BS	88.9%	6.1%	85.8%	-1.9%
FR	76.9%	2.7%	71.3%	-3.3%
GE	80.6%	2.9%	94.8%	0.5%
GL	85.0%	-0.3%	62.0%	-5.1%
GR	86.3%	6.6%	81.4%	-1.3%
JU	74.9%	5.6%	62.0%	-4.0%
LU	85.1%	5.5%	82.3%	-1.1%
NE	71.2%	-2.8%	74.3%	-2.4%
NW	94.7%	11.6%	56.7%	-2.2%
OW	82.3%	10.2%	50.4%	-1.1%
SG	77.4%	-10.3%	76.8%	0.6%
SH	79.9%	-2.6%	63.9%	-8.9%
SO	85.7%	0.2%	56.0%	-0.9%
SZ	77.1%	-0.8%	55.5%	-1.9%
TG	77.4%	-12.8%	66.9%	-6.4%
TI	80.5%	3.1%	93.0%	-0.5%
UR	89.6%	10.3%	63.2%	-2.9%
VD	75.2%	-4.2%	91.8%	-1.0%
VS	87.0%	1.9%	83.1%	-2.1%
ZG	87.7%	6.2%	68.6%	-2.5%
ZH	79.4%	-0.5%	89.5%	-1.6%
CH	80.5%	0.1%	80.4%	-2.2%

Anmerkung: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013, 2019), Medizinische Statistik der Krankenhäuser (2013, 2019). Berechnung: Universität Basel.

Seit 2013 ist die Auslastung im schweizweiten Mittel in etwa gleichgeblieben und bewegt sich bei rund 80 Prozent. Der Kanton Thurgau hatte 2013 mit 90.2 Prozent die höchste Auslastung. Diese ist bis 2015 auf den landesweit zweitniedrigsten Wert von 73.4 Prozent gesunken, hat sich in den Jahren 2018 und 2019 aber wieder leicht verbessert. Ebenfalls starke Rückgänge bei der Bettenbelastung haben die Kantone St. Gallen, Waadt und Basel-Landschaft zu beklagen. Im Kanton BL ist die Auslastung sogar leicht unter die Marke von 70 Prozent gesunken.

Aus den Angaben zu den Patientenströmen kann der Anteil Patienten berechnet werden, die im eigenen Kanton stationär behandelt werden. Über 80 Prozent der Schweizer lassen sich (noch) in ihrem Wohnkanton behandeln. Allerdings gibt es eine grosse Spannweite zwischen den Kantonen. Auffallend tief ist der Selbstversorgungsgrad in den Kantonen Appenzell-Innerrhoden und Basel-Landschaft. In beiden Kantonen lässt sich eine Mehrheit der Kantonsbewohner in einem anderen Kanton stationär behandeln. Heute werden in sieben Kantonen (AI, AR, BL, NW, OW, SO, SZ) mindestens vier von zehn ansässigen Patienten ausserkantonale behandelt.

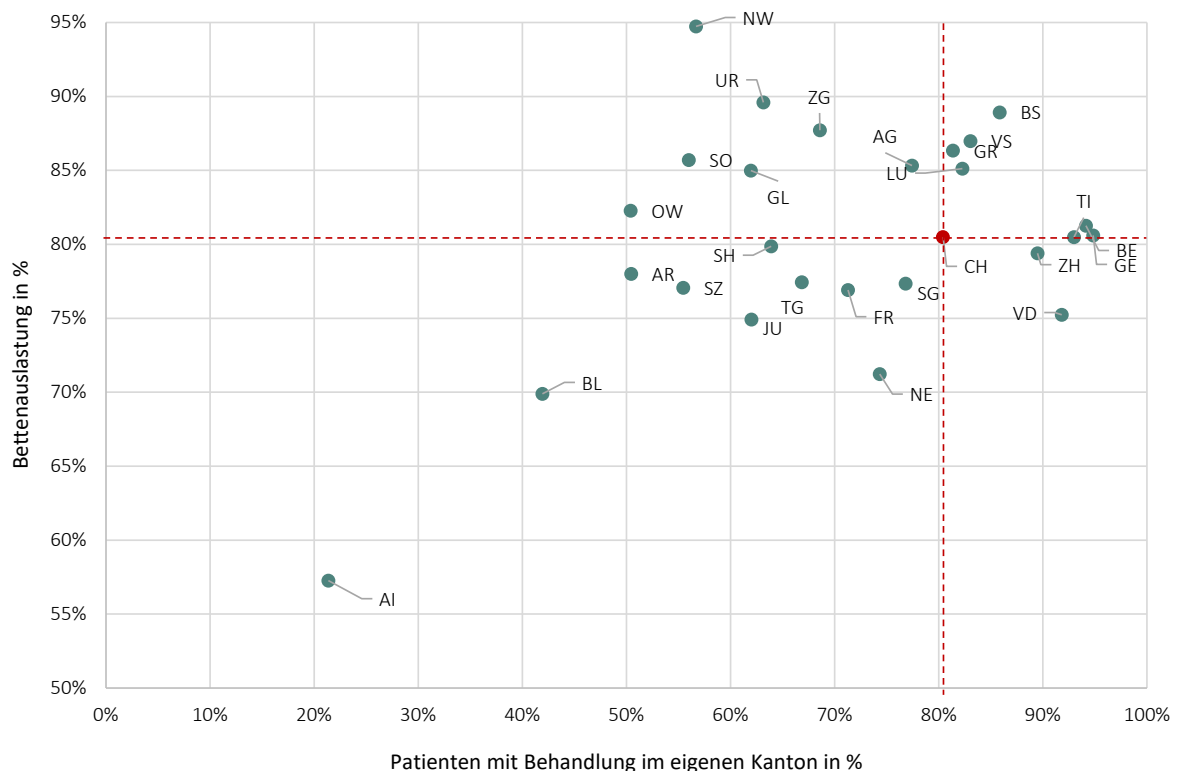
Die Änderungen im Anteil der im eigenen Kanton behandelten Patienten seit 2013 sind in einzelnen Kantonen recht gross. Im Kanton Jura ist dieser Anteil um 4 Prozentpunkte gesunken. Interessanterweise hat dieser Kanton



im selben Zeitraum die Auslastung seiner Spitäler deutlich erhöht. Am deutlichsten war der Rückgang allerdings in den beiden Kantonen, welche durch ihren tiefen Selbstversorgungsgrad auffallen (AI, BL). Er erstaunt daher auch nicht, dass die kantonalen Spitäler in AI und BL eine deutlich unterdurchschnittliche Auslastung aufweisen. Diese Zahlen zeigen, dass die Öffnung der Kantons Grenzen für die Patienten der Grundversicherung durch die Finanzierungsreform 2012 die Patientenströme verändert hat. Patientinnen und Patienten begeben sich seither häufiger in andere Kantone, wenn sie sich stationär behandeln lassen wollen. Dies wiederum führt in den betroffenen Kantonen zu strukturellen Schwierigkeiten und erhöht die Wichtigkeit der interkantonalen Spitalplanung.

Abbildung 3 zeigt den Zusammenhang zwischen kantonaler Bettenauslastung und dem Anteil Patienten, die sich im eigenen Kanton behandeln lassen («Selbstversorgungsgrad»). Der Korrelationskoeffizient beträgt 0.32 und ist nur schwach signifikant. Der geringe Zusammenhang ist u. a. damit zu begründen, dass die Bettenauslastung auch vom Bettenangebot abhängt. Dieses wiederum wird von politischen Entscheidungen und historischen Komponenten beeinflusst.

Abbildung 3: Kantonale Bettenauslastung und Selbstversorgungsgrad, 2019



Anmerkung: Der Selbstversorgungsgrad bezieht sich auf sämtliche stationäre Fälle des Jahres 2019 (Akutbereich, Rehabilitation/Geriatrie, Psychiatrie, Geburtshaus). **Quelle:** Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2019), Medizinische Statistik der Krankenhäuser (2019).

Darstellung und Berechnung: Universität Basel.

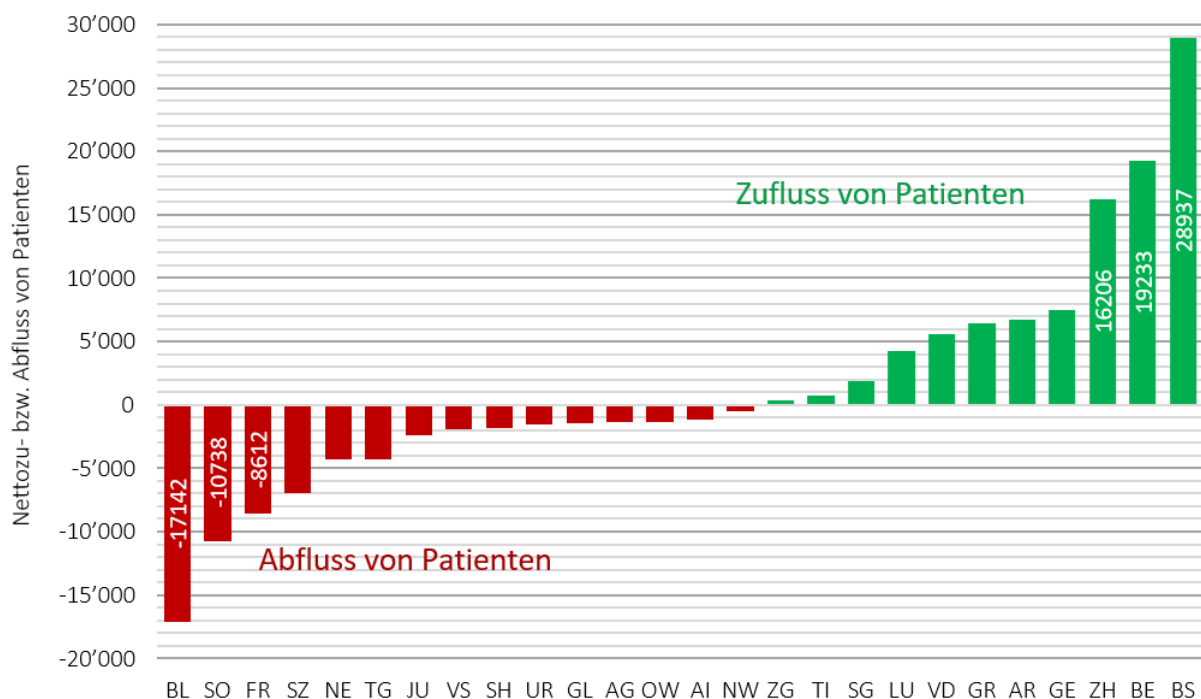
In der Tendenz erreicht man also eine gute Bettenauslastung nur, wenn die Spitäler für die eigene Bevölkerung attraktiv sind. In den Appenzeller Kantonen und im Kanton Basel-Landschaft liegt die Bettenauslastung der Spitäler unter 75 Prozent. Dort wie auch in Appenzell-Innerrhoden lässt sich sogar eine Mehrheit der Wohnbevölkerung in einem Spital eines anderen Kantons behandeln.

Abbildung 4 verdeutlicht die Nettowanderung der Patienten über die Kantons Grenzen hinweg. Die Nettowanderung meint dabei die Anzahl Patienten, die aus anderen Kantonen stammen, abzüglich der Wanderungsverluste in andere Kantone. Ein Wert von «null» bedeutet daher, dass genau gleich viele Patienten in andere Kantone abwandern wie aus anderen Kantonen hinzukommen.

Von den 26 Kantonen weisen 11 einen Nettozufluss von Patienten auf, während die restlichen 15 Kantone einen Abfluss von Patienten verzeichnen. Die Spitzenreiter beim Export von Leistungen sind die Kantone Basel-Stadt, Bern und Zürich. Die drei Kantone verzeichnen zusammen einen Nettozufluss an Patienten im Umfang von rund 64'000 pro Jahr. Alle drei Kantone beherbergen ein Universitätsspital, in welchem in erheblichem Umfang Patienten aus den angrenzenden Kantonen oder dem Ausland behandelt werden. Umgekehrt lassen sich viele Patienten, die in den Kantonen Basel-Landschaft (Nettoabfluss: 17'142), Solothurn (10'738) und Freiburg (8'612) wohnen, im jeweiligen Nachbarkanton behandeln. Dies gilt im Übrigen auch für den einwohnerschwächsten Kanton Appenzell-Innerrhoden. Die Zentrumsfunktion des Universitätsspitals Basel und anderer hochspezialisierter Kliniken in Basel-Stadt wirkt sich auch auf die Kantone Aargau (Fricktal), Solothurn und Basel-Landschaft aus. Das Universitätsspital Zürich, die Insel Gruppe AG Bern und das Kantonsspital Luzern weisen ähnliche kan-

Abbildung 4: Import und Export von stationären Leistungen, 2019

tonsübergreifende Versorgungsfunktionen auf.



Anmerkung: Ohne Berücksichtigung von ausländischen Patienten. Die Zu- und Abflüsse beziehen sich auf sämtliche stationäre Fälle des Jahres 2019 (Akutbereich, Rehabilitation/Geriatrie, Psychiatrie, Geburtshaus).

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (2019). Darstellung und Berechnung: Universität Basel.

2.2 Die akutstationären Leistungserbringer nach Trägerschaft

Nach der aktuellen, seit 2012 vom Bundesamt für Statistik verwendeten Definition der Trägerschaft von stationären medizinischen Einrichtungen gelten jene Spitäler als öffentliche Einrichtungen, die von einer öffentlichen Körperschaft betrieben werden. Alle anderen Spitäler sind dagegen privat, inklusive jener, die zwar in öffentlichem Eigentum sind, rechtlich aber bspw. als Aktiengesellschaft verfasst sind.⁷ Weiter werden im Rahmen dieser Studie subventionierte Einrichtungen unterschieden, die zwar als privat definiert sind, aber mehrheitlich im Besitz von Gemeinden oder des Kantons sind. Damit gelten als privat nur jene Kliniken, deren Eigenkapital zu mehr als 50 Prozent privat getragen wird.

⁷ Die vor 2012 relevante Definition richtete sich dagegen nach der staatlichen Mitfinanzierung von Spitälern: Verfügte eine Einrichtung über eine staatliche Beitrags- oder eine Defizitgarantie, galt sie als öffentliches Spital, selbst wenn sie nicht öffentlich-rechtlich verfasst war.



Über alle drei Kategorien hinweg hat sich im Vergleich zu 2013 die Zahl der in der Schweiz registrierten Akutspitäler oder Geburtshäuser im Jahr 2019 um 14 auf 181 Einrichtungen reduziert (vgl. Tableau 3). Davon gelten 34 als öffentliche Spitäler. 50 Einrichtungen sind gemäss oben genanntem Kriterium «privat, jedoch überwiegend in öffentlicher Hand» und werden daher als subventioniert klassifiziert. 97 Kliniken sind schliesslich private Einrichtungen, also überwiegend in privater Hand.⁸

Tableau 3: Anzahl Akutspitäler einschl. Geburtshäuser, 2019 und im Vergleich zu 2013
nach Trägerschaft und Kanton

	Öffentlich		Subventioniert		Privat		Total		Anteil Privat	
	2019	Δ 2013	2019	Δ 2013	2019	Δ 2013	2019	Δ 2013	2019	Δ 2013
AG	0	0	8	0	3	-1	11	-1	27.3%	-6.1%
AI	1	0	0	0	0	0	1	0	0.0%	0.0%
AR	1	0	0	0	2	-1	3	-1	66.7%	-8.3%
BE	0	0	10	+1	9	0	19	+1	47.4%	-2.6%
BL	1	0	0	0	9	-1	10	-1	90.0%	-0.9%
BS	2	-1	0	0	7	+1	9	0	77.8%	+11.1%
FR	1	0	0	-1	3	0	4	-1	75.0%	+15.0%
GE	1	0	0	0	8	0	9	0	88.9%	0.0%
GL	0	0	1	0	0	0	1	0	0.0%	0.0%
GR	3	-1	8	+1	2	-1	13	-1	15.4%	-6.0%
JU	1	0	0	0	1	0	2	0	50.0%	0.0%
LU	2	0	0	0	4	0	6	0	66.7%	0.0%
NE	1	0	0	0	3	-1	4	-1	75.0%	-5.0%
NW	1	0	0	0	1	0	2	0	50.0%	0.0%
OW	1	0	0	0	0	0	1	0	0.0%	0.0%
SG	5	+1	1	0	4	0	10	+1	40.0%	-4.4%
SH	1	0	0	0	1	0	2	0	50.0%	0.0%
SO	0	0	1	0	2	0	3	0	66.7%	0.0%
SZ	0	0	3	0	1	0	4	0	25.0%	0.0%
TG	0	0	1	0	3	0	4	0	75.0%	0.0%
TI	1	0	0	0	8	-1	9	-1	88.9%	-1.1%
UR	1	0	0	0	0	0	1	0	0.0%	0.0%
VD	1	0	7	-2	8	-6 ⁹	16	-8	50.0%	-8.3%
VS	2	0	0	0	2	+1	4	+1	50.0%	+16.7%
ZG	0	0	1	0	1	0	2	0	50.0%	0.0%
ZH	7	0	9	0	15	-2	31	-2	48.4%	-3.1%
CH	34	-1	50	-1	97	-12	181	-14	53.6%	-2.3%

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2019). Berechnung: Universität Basel.

Seit 2013 ist der Anteil der privaten Spitäler landesweit um 2.3 Prozentpunkte auf 53.6 Prozent gesunken. In den Kantonen Freiburg, Basel-Stadt und Wallis ist der Anteil der privaten Spitäler dagegen um 15.0, 11.1 bzw. 16.7 Prozentpunkte deutlich gestiegen.

⁸ Für die Zuteilung der Schweizer Spitäler zu den einzelnen Spitalkategorien sei an dieser Stelle auf das entsprechende Verzeichnis im Anhang A III verwiesen.

⁹ Ein wesentlicher Grund für den starken Rückgang bei den Privatkliniken im Kanton VD sind die insgesamt vier Geburtshäuser, welche im Jahr 2015 zum letzten Mal in der Statistik aufgetaucht sind.

Die 181 Spitäler verteilen sich auf insgesamt 307 Standorte (vgl. Tableau 4). Dies entspricht einem Durchschnitt von 1.7 Standorten pro Einrichtung. Die Anzahl der Standorte hat sich dabei seit 2013 um sieben erweitert.

Tableau 4: Anzahl Standorte Akutspitäler einschl. Geburtshäuser, 2019 und im Vergleich zu 2013 nach Trägerschaft und Kanton

	Öffentlich		Subventioniert		Privat		Total		Anteil Privat	
	2019	Δ 2013	2019	Δ 2013	2019	Δ 2013	2019	Δ 2013	2019	Δ 2013
AG	0	+0	15	+1	3	-1	18	+0	16.7%	-5.6%
AI	1	+0	0	+0	0	+0	1	+0	0.0%	+0.0%
AR	2	+1	0	+0	3	+0	5	+1	60.0%	-15.0%
BE	0	+0	29	+6	16	+1	45	+7	35.6%	-3.9%
BL	3	+0	0	+0	10	-1	13	-1	76.9%	-1.6%
BS	2	-2	0	+0	7	+1	9	-1	77.8%	+17.8%
FR	5	-2	0	-2	3	+0	8	-4	37.5%	+12.5%
GE	5	+2	0	+0	8	+0	13	+2	61.5%	-11.2%
GL	0	+0	2	+0	0	+0	2	+0	0.0%	+0.0%
GR	3	-1	8	+1	3	-1	14	-1	21.4%	-5.2%
JU	4	+0	0	-7	1	-3	5	-10	20.0%	-6.7%
LU	7	+3	0	+0	5	+1	12	+4	41.7%	-8.3%
NE	6	-1	0	+0	5	+0	11	-1	45.5%	+3.8%
NW	1	+0	0	+0	1	+0	2	+0	50.0%	+0.0%
OW	1	+0	0	+0	0	+0	1	+0	0.0%	+0.0%
SG	11	+1	2	+1	4	+0	17	+2	23.5%	-3.1%
SH	3	-1	0	+0	2	+1	5	+0	40.0%	+20.0%
SO	0	+0	5	+0	2	-1	7	-1	28.6%	-8.9%
SZ	0	+0	3	+0	1	+0	4	+0	25.0%	+0.0%
TG	0	+0	2	+0	3	+0	5	+0	60.0%	+0.0%
TI	9	+0	0	+0	8	-1	17	-1	47.1%	-2.9%
UR	1	+0	0	+0	0	+0	1	+0	0.0%	+0.0%
VD	3	+0	22	-2	9	-6	34	-8	26.5%	-9.2%
VS	11	+1	0	+0	2	+1	13	+2	15.4%	+6.3%
ZG	0	+0	1	+0	1	+0	2	+0	50.0%	+0.0%
ZH	12	+5	12	+1	19	+1	43	+7	44.2%	-5.8%
CH	90	+6	101	+6	116	-5	307	+7	37.8%	-2.5%

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2019). Berechnung: Universität Basel.

Im Anhang weist Tableau A29 alle Einrichtungen aus, die zwischen 2013 und 2019 geschlossen wurden, mit anderen Einrichtungen fusionierten, ihren Funktionstyp oder die Trägerschaft wechselten.

Die relative Marktstellung der Anbieter nach Trägerschaft kann durch die Marktanteile nach Pflgetagen gemessen werden (vgl. Tableau 5). Dieses Mass berücksichtigt insbesondere die unterschiedliche Grösse der Einrichtungen. Landesweit beträgt der Anteil der privaten Spitäler an den Pflgetagen 18.6 Prozent.¹⁰ Mit 46.9 Prozent erreichen die privaten Spitäler im Kanton Appenzell-Ausserrhoden den höchsten Marktanteil, gefolgt von jenen der Kantone Basel-Stadt (34.2%) und Tessin (33.1%). Demgegenüber gibt es etliche Kantone, welche über kein privates Akutspital verfügen oder wo der Marktanteil der Privaten nur sehr gering ausfällt. Auch im

¹⁰ Der Jahresbericht der PKS 2020 berichtet für 2018 einen landesweiten Marktanteil der privaten Kliniken bei den Pflgetagen von 24.0%. Dieser bezieht die Rehabilitation und Psychiatrie zusätzlich ein, während hier nur die akutstationären Pflgetage berücksichtigt werden.



bevölkerungsstärksten Kanton der Schweiz, dem Kanton Zürich, ist der private Marktanteil mit 17.0 Prozent unterdurchschnittlich. Dies gilt auch für den bevölkerungsreichsten Kanton der Westschweiz, den Kanton Waadt (14.8 Prozent).

Tableau 5: Marktanteile akutstationärer Pflgegetage nach Trägerschaft, 2019 im Vergleich zu 2013

	Öffentlich		Subventioniert		Privat	
	2019	abs. Δ 2013	2019	abs. Δ 2013	2019	abs. Δ 2013
AG	0.0%	+0.0%	88.0%	+0.8%	12.0%	-0.8%
AI	100.0%	+0.0%	0.0%	+0.0%	0.0%	+0.0%
AR	53.1%	-12.8%	0.0%	+0.0%	46.9%	+12.8%
BE	0.0%	+0.0%	73.6%	+0.2%	26.4%	-0.2%
BL	76.4%	-6.3%	0.0%	+0.0%	23.6%	+6.3%
BS	65.8%	+1.7%	0.0%	+0.0%	34.2%	-1.7%
FR	78.8%	+4.2%	0.0%	-5.8%	21.2%	+1.6%
GE	78.5%	+6.6%	0.0%	+0.0%	21.5%	-6.6%
GL	0.0%	+0.0%	100.0%	+0.0%	0.0%	+0.0%
GR	7.9%	-9.1%	85.5%	+11.3%	6.7%	-2.1%
JU	99.8%	-0.1%	0.0%	+0.0%	0.2%	+0.1%
LU	73.1%	+0.3%	0.0%	+0.0%	26.9%	-0.3%
NE	90.1%	+5.0%	0.0%	+0.0%	9.9%	-5.0%
NW	97.4%	-0.9%	0.0%	+0.0%	2.6%	+0.9%
OW	100.0%	+0.0%	0.0%	+0.0%	0.0%	+0.0%
SG	86.9%	-3.1%	4.7%	+0.4%	8.4%	+2.7%
SH	92.3%	+2.6%	0.0%	+0.0%	7.7%	-2.6%
SO	0.0%	+0.0%	95.1%	+3.4%	4.9%	-3.4%
SZ	0.0%	+0.0%	100.0%	+1.7%	0.0%	-1.7%
TG	0.0%	+0.0%	89.0%	-1.3%	11.0%	+1.3%
TI	66.9%	+2.4%	0.0%	+0.0%	33.1%	-2.4%
UR	100.0%	+0.0%	0.0%	+0.0%	0.0%	+0.0%
VD	42.8%	+1.4%	42.5%	+1.3%	14.8%	-2.7%
VS	94.8%	-0.8%	0.0%	+0.0%	5.2%	+0.8%
ZG	0.0%	+0.0%	74.8%	+2.4%	25.2%	-2.4%
ZH	57.6%	-2.1%	25.3%	+2.4%	17.0%	-0.4%
CH	47.7%	-0.2%	33.7%	+0.8%	18.6%	-0.7%

Anmerkung: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2019). Berechnung: Universität Basel.

Die Marktanteile haben sich seit 2013 geringfügig verschoben. Subventionierte Einrichtungen haben ihre Anteile etwas zu Lasten der privaten Spitäler erhöhen können. In den Kantonen Genf, Neuenburg, Solothurn, Tessin und Waadt haben die Privatkliniken etwas an Boden verloren, während sie in Appenzell-Ausserrhoden (+12.8%) und Basel-Landschaft (+6.3%) jeweils deutlich zulegen konnten. Der Marktanteil der Privaten wuchs dort allerdings auch darum, weil die Zahl der Pflgegetage bei den öffentlichen Spitätern rückläufig war.

Tableau 6 zeigt erhebliche Unterschiede in der Grösse, der Ausstattung, sowie den Leistungen auf Spitalebene nach Trägerschaft auf. 2019 wies ein durchschnittliches privates Spital 50.5 Betten aus; das sind rund 6 Betten bzw. 13 Prozent mehr als im Jahr 2013. Die Grössenunterschiede zu den subventionierten und öffentlichen Spitätern sind nicht so stark ausgeprägt, wie sie auf den ersten Blick scheinen, wenn man die nach Trägerschaft unterschiedliche Anzahl an Standorten berücksichtigt.

Weiter fällt auf, dass nur 28.9 Prozent der privaten Spitäler eine Notfallaufnahme aufweisen; bei den anderen Trägerschaften sind es jeweils mehr als 9 von 10 Einrichtungen. Allerdings hat sich dieser Anteil bei den Privaten

im Vergleich zum Basisjahr 2013 um rund 7 Prozentpunkte erhöht. Intensivstationen, neueste bildgebende Verfahren wie die Computertomographie und die Magnetresonanztomografie (MR) sind in privaten Kliniken ebenfalls signifikant weniger häufig vorhanden als in subventionierten und öffentlichen Spitälern.¹¹

Tableau 6: Struktur und Leistungen der akutstationären Versorger, 2019

Mittelwerte pro Spital	Private Kliniken	Subventionierte Kliniken	Öffentliche Spitäler
	(n = 97)	(n = 50)	(n = 34)
Strukturelle Daten			
Anzahl Betten (Akutpflege)	50.5	152.4	309.5
Mittlere Bettenbelegung (in %) ¹	70.4%	82.1%	84.0%
Anzahl Standorte	1.2	2.0	2.6
Anzahl Operationssäle	3.4	6.24	11.5
Anzahl Kreissäle	0.9	2.62	4.1
Notfallaufnahme (in % der Spitäler)	28.9%	92.0%	94.1%
Intensivpflegestation (in % der Spitäler)	13.4%	60.0%	73.5%
Computertomographie (in % der Spitäler)	30.9%	80.0%	85.3%
Magnetresonanztomografie (in % der Spitäler)	28.9%	62.0%	73.5%
Leistungen			
Anzahl Austritte (Akutpflege)	2'858.8	8'908.7	15'984.8
Anzahl Tage (Akutpflege)	12'987.8	45'656.8	94'931.2
Anzahl Neugeborene	182	578	945
Patientenstruktur			
Patienten aus anderen Kantonen (in %)	24.9%	14.7%	16.6%
Patienten aus dem Ausland (in %)	3.4%	1.8%	3.2%
Patienten (halb-)privat (in %)	42.8%	16.9%	16.7%
CMI netto ²	0.891	0.895	0.969
Mittlere Verweildauer (in Tagen)	4.5	5.1	5.9
Mittlere Verweildauer bei CMI netto = 1.0	5.1	5.7	6.1

Anmerkung: ¹ Belegung = Behandlungstage / (Anzahl Betten * 365); ² Ausreisser-korrigierter mittlerer Schweregrad der behandelten stationären Fälle.

Lesebeispiel: Im Jahr 2019 verfügten die öffentlichen Spitäler im Durchschnitt über 11.5 Operationssäle.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2019). **Berechnung:** Universität Basel.

Deutliche Unterschiede gibt es auch in der Patientenstruktur der Einrichtungen. Bei den privaten Spitälern sind 42.8 Prozent der Patienten halbprivat oder ganzprivat versichert, wohingegen es bei den subventionierten und öffentlichen Spitälern nur jeder sechste Patient ist. Allerdings lassen sich heute mehr allgemein versicherte Patienten in einem Privatspital behandeln als Privat- und Halbprivatversicherte. Die in privaten Spitälern behandelten Patienten sind geografisch mobiler; etwa einer von vier Patienten kommt aus einem anderen Kanton und jeder Dreissigste gar aus dem Ausland. Bei den subventionierten und öffentlichen Spitälern sind die Anteile ausserkantonalen Patienten deutlich geringer, haben gegenüber der Vorperiode jedoch ebenfalls zugelegt.

Unterschiede nach Trägerschaft gibt es beim sogenannten Case-Mix-Index (CMI), der den mittleren Schweregrad der behandelten Patienten eines Spitals angibt. Die privaten Einrichtungen reihen sich in punkto mittlerer Schweregrad nur ganz knapp hinter den subventionierten Spitälern ein. Die öffentlichen Spitäler weisen mit einem Wert von 0.969 den mit Abstand höchsten durchschnittlichen Schweregrad auf. Der hohe Wert ist teilweise damit zu erklären, dass sich unter den öffentlichen Spitälern viele Universitätskliniken und andere Zen-

¹¹ Die bildgebende Diagnostik eines Spitals kann allerdings auch ausgelagert sein und ambulant von kooperierenden Ärzten angeboten werden. In diesem Fall sind die bildgebenden Verfahren verfügbar, erscheinen aber nicht in der Statistik.



trumsversorger befinden. Die mittlere Verweildauer ist in den öffentlichen Spitälern um 1.4 Tage länger als in den privaten Einrichtungen.

Tableau 7 weist bezüglich Struktur und Leistungen der akutstationären Versorger die Veränderungen seit 2013 aus. Die privaten Kliniken haben die Bettenkapazität im Mittel deutlich um 12.7 Prozent gesteigert, während sie bei den öffentlichen Einrichtungen geringfügig zurückging. Die Anzahl Tage der Akutpflege stieg bei den privaten Kliniken um 6.4 Prozent an, während sie bei den subventionierten Einrichtungen (+2.4 Prozent) und bei den öffentlichen Spitälern (+0.6 Prozent) weniger stark zunahm. Die mittlere Verweildauer reduzierte sich bei den Kliniken insgesamt zwischen 0.6 und 0.8 Tagen.

Tableau 7: Struktur und Leistungen der akutstationären Versorger, 2019 im Vergleich zu 2013

Mittelwerte pro Spital	Private Kliniken		Subventionierte Kliniken		Öffentliche Spitälern	
	abs. Δ	rel. Δ	abs. Δ	rel. Δ	abs. Δ	rel. Δ
Strukturelle Daten						
Anzahl Betten (Akutpflege)	+5.71	+12.7%	+1.63	+1.1%	-3.80	-1.2%
Mittlere Bettenbelegung (in %)	-4.2%		+1.1%		+1.5%	
Anzahl Standorte	+0.09	+7.7%	+0.16	+8.6%	+0.25	+10.3%
Anzahl Operationssäle	+0.53	+18.6%	+0.65	+11.6%	+0.84	+7.9%
Anzahl Kreissäle	-0.03	-3.7%	+0.15	+6.1%	+0.20	+5.2%
Notfallaufnahme (in % der Spitälern)	+6.9%		-0.2%		+2.7%	
Intensivpflegestation (in % der Spitälern)	+2.4%		+1.2%		+4.9%	
Computertomographie (in % der Spitälern)	+5.2%		+3.5%		-3.3%	
Magnetresonanztomografie (in % der Spitälern)	+4.1%		+9.1%		+2.1%	
Leistungen						
Anzahl Austritte (Akutpflege)	+557.5	+24.2%	+1'186.3	+15.4%	+1'648.8	+11.5%
Anzahl Tage (Akutpflege)	+785.3	+6.4%	+1'090.4	+2.4%	+554.2	+0.6%
Anzahl Neugeborene	+30.8	+20.4%	+124.8	+27.5%	+118.2	+14.3%
Patientenstruktur						
Patienten aus anderen Kantonen (in %)	+2.1%		+3.7%		+3.8%	
Patienten aus dem Ausland (in %)	-1.0%		+0.3%		+0.1%	
Patienten (halb-)privat (in %)	-4.7%		+0.3%		+0.9%	
CMI brutto	+0.03	+3.3%	+0.01	+1.5%	+0.02	+2.0%
Mittlere Verweildauer (in Tagen)	-0.76	-14.3%	-0.65	-11.2%	-0.64	-9.8%

Lesebeispiel: Im Jahr 2019 betrieben die Privatkliniken im Durchschnitt 5.7 Betten mehr als noch im Basisjahr 2013; dies entspricht einer relativen Zunahme von 12.7 Prozent gegenüber 2013.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitälern (2013/2019). **Berechnung:** Universität Basel.

In privaten Einrichtungen sind, gemessen in Vollzeitäquivalenten (VZÄ), im Durchschnitt 220 Personen beschäftigt. Dies entspricht 4.3 Personen pro vorgehaltenem Akutbett (vgl. Tableau 8). Die subventionierten Spitälern setzen durchschnittlich zwei, die öffentlichen drei Personen mehr pro Bett ein. Auffällig ist, dass die privaten Spitälern gut um die Hälfte weniger ärztliches, dafür mehr übriges Personal beschäftigen als die subventionierten und öffentlichen Spitälern. Dies dürfte der Tatsache geschuldet sein, dass private Spitälern häufig Belegärzte einsetzen, deren Entlohnung beim übrigen Betriebsaufwand verbucht wird. Verrechnet ein Belegarzt seine im Auftrag des Spitals erbrachte Leistung direkt mit der Sozialversicherung, ohne dass das Spital dabei involviert ist, wird dieser Betrag der Gruppe der nicht sozialversicherungspflichtigen Honorare angerechnet. Dieses Konto ist nicht Teil des Personalaufwands gemäss Krankenhausstatistik und fällt daher in den Bereich des übrigen Betriebsaufwands. Die Unterschiede im Personalaufwand und im übrigen Betriebsaufwand zwischen den Trägerschaften sind somit teilweise durch das Belegarztsystem der privaten Spitälern zu erklären.

Im Vergleich zu 2013 haben alle Einrichtungen ihren Personalbestand erhöht. Pro Bett setzen die privaten Einrichtungen im Vergleich zu 2013 um 5.8 Prozent mehr Personal ein, die subventionierten und öffentlichen Spitälern gar um +19.5 Prozent bzw. +13.3 Prozent. Insgesamt haben die Akutspitäler, die in dieser Studie berücksichtigt werden zwischen 2013 und 2019 über 19'000 Vollzeitstellen geschaffen. Im Jahr 2019 betrug die Zahl der VZÄ rund 146'000.

Tableau 8: Personal in der akutstationären Versorgung, 2019 und im Vergleich zu 2013

Mittelwerte pro Spital	Private Kliniken	Subventionierte Kliniken	Öffentliche Spitäler			
Personal total (VZÄ)	219.9	961.0	2'253.2			
pro Bett Akutpflege	4.3	6.3	7.3			
<i>Davon</i>						
Ärzterschaft	6.6%	16.4%	17.2%			
Pflege	44.9%	41.5%	39.5%			
Medizin-technisches und -therapeutisches Personal (MTT)	13.9%	13.7%	13.2%			
Übrige (Administration, Sozialdienst, technische Dienste, Hausdienste)	34.6%	28.4%	30.2%			
	Veränderungen im Vergleich zu 2013					
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Personal total (VZÄ)	+35.46	+19.2%	+165.48	+20.8%	+325.03	+16.9%
pro Bett Akutpflege	+0.24	+5.8%	+1.03	+19.5%	+0.74	+13.3%
<i>Davon</i>						
Ärzterschaft	-0.1%		+1.6%		+1.0%	
Pflege	+0.0%		-1.9%		-2.1%	
MTT	+1.3%		+0.6%		+0.4%	
Übrige	-1.3%		-0.3%		+0.7%	

Lesebeispiel: Das Gesamtpersonal bei den subventionierten Spitälern hat zwischen 2013 und 2019 um durchschnittlich 165.5 Vollzeitstellen zugenommen; dies entspricht einem Wachstum von 20.8 Prozent gegenüber dem Basisjahr 2013.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2019). **Berechnung:** Universität Basel.

Die stationären Kosten pro Fall variieren nach Trägerschaft der Einrichtungen (vgl. Tableau 9). Dabei wird der gesamte stationäre Kostenblock durch die Fallzahl dividiert, wobei die Fallschwere berücksichtigt wird. Diese Fallkosten sind bei privaten Kliniken und öffentlichen Spitälern in etwa gleich hoch. In subventionierten Spitälern sind sie 700 Franken niedriger als bei öffentlichen Spitälern. Berücksichtigt man hingegen nur die stationären Kosten, welche zulasten der OKP abgerechnet werden, sinken die Fallkosten markant. Am deutlichsten ist dieser Effekt bei den Privatkliniken und darauf zurückzuführen, dass diese einen höheren Anteil an Zusatzversicherten Patienten betreuen. Die damit verbundenen Kosten für Arzthonorare und Hotellerie sind beim ersten Wert berücksichtigt, beim letzteren jedoch nicht.

Ein deutlicher Unterschied ist bei den Investitionskosten auszumachen. Mit 14.7 Prozent des Gesamtaufwands sind sie bei den privaten Spitälern in etwa doppelt so hoch wie bei den subventionierten und öffentlichen Einrichtungen. An diesem Bild hat sich über die vergangenen Jahre qualitativ nichts verändert. Die Investitionskosten fassen Aufwand für Anlagenutzung (Abschreibungen und Mieten) und Zinsaufwand zusammen. Wenn bei öffentlichen und subventionierten Spitälern marktübliche Mieten für die Nutzung der Anlagen verrechnet würden und sich über die letzten Jahre kein markanter Investitionsstau angehäuft hätte, wären ähnlich hohe Investitionskosten wie bei den privaten Spitälern zu erwarten. An diesem Unterschied zeigt sich, dass die Umstellung in der Bilanzierung der Aktiven, insbesondere die Aktivierung der Immobilien und Anlagen, in der Schweizer Spitallandschaft noch nicht abgeschlossen ist.



Tableau 9: Kosten der akutstationären Versorger, 2019 und im Vergleich zu 2013

Mittelwerte pro Spital		Private Kliniken	Subventionierte Kliniken	Öffentliche Spitäler			
Stationäre Fallkosten (CHF)		11'533	10'855	11'528			
Stationäre OKP-Fallkosten ¹² (CHF)		10'092	10'052	10'686			
<i>Davon</i>							
Personalaufwand		44.2%	62.9%	65.6%			
Investitionsaufwand		14.7%	7.3%	6.7%			
Übriger Betriebsaufwand		40.1%	28.7%	25.8%			
Steuern & ausserordentlicher Aufwand		1.1%	1.1%	1.9%			
		Veränderungen im Vergleich zu 2013					
		abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Stationäre Fallkosten (CHF / %)	+255.2	+2.3%	-478.4	-4.2%	-430.3	-3.6%	
Stationäre OKP-Fallkosten (CHF / %)	-24.7	-0.2%	-477.4	-4.5%	-369.1	-3.3%	
<i>Davon</i>							
Personalaufwand	-2.3%		+0.4%		-0.9%		
Investitionsaufwand	+1.3%		+0.5%		-0.8%		
Übriger Betriebsaufwand	+1.3%		-1.0%		+0.7%		
Steuern & ausserordentlicher Aufwand	-0.2%		+0.1%		+1.0%		

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2019). Berechnung: Universität Basel.

Bei den Erträgen der Spitäler fällt auf (vgl. Tableau 10), dass die Subventionen («Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen und andere Beiträge») bei den öffentlichen Einrichtungen mit 11.2 Prozent einen vergleichsweise grossen Anteil an den Gesamterträgen ausmachen. Bei den subventionierten Spitälern liegt dieser Anteil bei 4.0 Prozent, bei den privaten bei 2.5 Prozent. Im Vergleich zu 2013 hat sich der Subventionsanteil bei den subventionierten Spitälern um einen Prozentpunkt reduziert, während er sich bei den öffentlichen Spitälern nur geringfügig erhöht hat.

Tableau 10: Ertragssituation der akutstationären Versorger, 2019 und im Vergleich zu 2013

Mittelwerte pro Spital		Private Kliniken	Subventionierte Kliniken	Öffentliche Spitäler			
Ertragssituation							
Gesamtertrag (in tausend CHF)		50'347	173'992	394'022			
- Ertrag aus med. Leistungen		92.0%	89.5%	82.9%			
- Übriger Betriebsertrag		5.5%	6.5%	5.9%			
- Subventionen (PIG) und Beiträge		2.5%	4.0%	11.2%			
Erträge Akutpflege (in tausend CHF)		49'258	158'134	363'925			
		Veränderungen im Vergleich zu 2013					
		abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Gesamtertrag (in tausend CHF)	11'431	+29.4%	32'340	+22.8%	52'532	+15.4%	
- Ertrag aus med. Leistungen	-0.4%		0.6%		-1.8%		
- Übriger Betriebsertrag	-1.1%		0.4%		+1.2%		
- Subventionen (PIG) und Beiträge	+1.5%		-1.0%		+0.6%		
Erträge Akutpflege (in tausend CHF)	12'723	+34.8%	32'949	+26.3%	82'338	+29.2%	

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2019). Berechnung: Universität Basel.

¹² Bei der Berechnung werden lediglich grundversicherte Patienten berücksichtigt. Die Kostenausscheidung bei den zusatzversicherten Patienten ist im Datensatz ungenügend, was zu unplausibel hohen OKP-Fallkosten führt. Da die durchschnittliche Fallschwere (CMI) nur spitalspezifisch vorliegt, wird die Annahme getroffen, dass sich die grundversicherten Patienten von den zusatzversicherten Patienten hinsichtlich des Schweregrads nicht systematisch unterscheiden.

Bei den Privatkliniken handelt es sich bei den Subventionen und Beiträgen grösstenteils um eine Defizitdeckung durch den Träger. Aufgrund einer besseren Informationslage im Jahr 2019 lässt sich sagen, dass rund 80 Prozent der Erträge, welche die Privatkliniken unter diesem Konto verbucht haben, als Defizitdeckung kategorisiert wurden. Bei den subventionierten Spitälern (9 Prozent) und den öffentlichen Spitälern (19.6 Prozent) ist dieser Anteil deutlich geringer.

Tableau 11 weist die Erträge der Spitäler aus der DRG-Vergütung aus. Diese werden zwischen den Kostenträgern, Krankenversicherern und Kantonen aufgeteilt, sodass hier ebenfalls Beiträge der Kantone fließen. Diese sind aber im Unterschied zu den gemeinwirtschaftlichen Leistungen nicht objektbezogen, sondern werden durch die stationäre Behandlung von Patienten ausgelöst. Im Jahr 2017 lief die Übergangsfrist für die Anpassung des Kostenteilers zwischen den Kantonen und den Versicherern aus. Seither beträgt der Kantonsanteil in allen Kantonen mindestens 55 Prozent. Auf Basis dieser Kostenteiler und der Gesamterträge der Spitäler im OKP-Bereich können die absoluten Beiträge der beiden Kostenträger abgeschätzt werden. Die Werte sind dabei approximativ zu verstehen, da bei ausserkantonaler Inanspruchnahme von stationären Leistungen grundsätzlich die Regeln des Wohnkantons gelten.

Tableau 11: SwissDRG-Erträge der Spitäler in Franken und Aufteilung nach Kanton und Versicherer, 2019

Kanton	OKP-Erträge SwissDRG	Prozentualer Anteil Kanton	Absoluter Anteil Versicherer	Anteil Kanton	
				absolut	pro OKP-Fall gewichtet
AG	884'444'277	55%	397'999'925	486'444'352	5'786
AI	6'766'488	55%	3'044'920	3'721'568	6'527
AR	114'253'081	55%	51'413'886	62'839'195	5'877
BE	1'894'367'356	55%	852'465'310	1'041'902'046	5'695
BL	314'594'215	55%	141'567'397	173'026'818	7'061
BS	923'253'405	56%	406'231'498	517'021'907	6'953
FR	272'447'420	55%	122'601'339	149'846'081	5'754
GE*	791'642'072	55%	356'238'932	435'403'140	6'317
GL	48'962'515	55%	22'033'132	26'929'383	6'126
GR	308'814'144	55%	138'966'365	169'847'779	6'016
JU	67'520'596	55%	30'384'268	37'136'328	5'970
LU	610'298'835	55%	274'634'476	335'664'359	5'861
NE	179'423'922	55%	80'740'765	98'683'157	5'898
NW	44'722'761	55%	20'125'242	24'597'519	5'931
OW	25'118'347	55%	11'303'256	13'815'091	5'269
SG	790'950'730	55%	355'927'829	435'022'902	5'837
SH	90'604'397	55%	40'771'979	49'832'418	5'376
SO	333'565'032	55%	150'104'264	183'460'768	6'150
SZ	123'719'562	55%	55'673'803	68'045'759	5'309
TG	313'390'433	55%	141'025'695	172'364'738	5'804
TI	610'462'616	55%	274'708'177	335'754'439	5'842
UR	31'104'030	55%	13'996'814	17'107'217	5'490
VD	1'295'848'666	55%	583'131'900	712'716'766	6'086
VS	356'199'274	55%	160'289'673	195'909'601	5'403
ZG	110'935'110	55%	49'920'800	61'014'311	5'260
ZH	2'854'280'939	55%	1'284'426'423	1'569'854'516	6'341
CH	13'397'690'223	55.1%	6'019'728'066	7'377'962'157	6'035

Anmerkung: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert. *Für das HUG sind die Werte von 2019 geschätzt, da der ausgewiesene Kostenteiler und die Gesamterträge akutstationär nicht plausibel sind. Auf Basis des vereinbarten Kostenteilers gemäss GDK wurden die Erträge angepasst.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2019); GDK (2019). Berechnung: Universität Basel.



Die Beiträge der Kantone zur subjektbezogenen Finanzierung beliefen sich 2019 auf rund 7.4 Mrd. Franken. Dies entspricht im Durchschnitt 6'035 Franken pro OKP-Fall. Pro Fall war der Anteil der Kantone mit 5'260 Franken im Kanton Zug am geringsten und mit 7'061 Franken in Basel-Landschaft am höchsten. Die Unterschiede lassen sich einerseits mit der Höhe des vereinbarten Tarif de bases begründen und andererseits mit Zusatzentgelten im Rahmen der SwissDRG-Vergütung.

Seit 2013 sind die OKP-Erträge landesweit um 15 Prozent angestiegen (vgl. Tableau 12). Die Beiträge der Kantone sind mit 20.2 Prozent dabei stärker angewachsen. Die Kantone erhöhten ihre Beiträge, um das gesetzliche Ziel von 55 Prozent Kantonsanteil bei den DRG-Zahlungen gewährleisten zu können. Dieses Ziel wurde in allen Kantonen erstmalig im Jahr 2017 erreicht, wobei einzig der Kanton Basel-Stadt etwas grosszügiger ist (56 Prozent). Im Kanton Solothurn hat sich der Kantonsanteil prozentual am stärksten erhöht. Die Entwicklung ist vom Ausgangsniveau der Kantonsbeiträge abhängig und auch davon, wann die Kantone angefangen haben, ihren Anteil an das gesetzliche Minimum anzupassen.

Tableau 12: SwissDRG-Erträge der Spitäler in Franken, 2019 und im Vergleich zu 2013

Kanton	OKP-Erträge Swiss-DRG 2019	rel. Δ 2013	Anteil Kanton			
			2019	rel. Δ 2013	pro OKP-Fall gewichtet 2019	rel. Δ 2013
AG	884'444'277	+10.3%	486'444'352	+24.8%	5'786	-3.9%
AI	6'766'488	-6.8%	3'721'568	+4.6%	6'527	-4.0%
AR	114'253'081	+11.4%	62'839'195	+30.4%	5'877	+2.2%
BE	1'894'367'356	+10.3%	1'041'902'046	+10.3%	5'695	+0.7%
BL	314'594'215	-5.9%	173'026'818	-5.9%	7'061	+1.5%
BS*	923'253'405	+26.9%	517'021'907	+29.2%	6'953	+9.2%
FR	272'447'420	+5.4%	149'846'081	+18.3%	5'754	-1.1%
GE*	791'642'072	+21.1%	435'403'140	+21.1%	6'317	+3.7%
GL	48'962'515	+20.4%	26'929'383	+27.3%	6'126	-0.4%
GR	308'814'144	+1.8%	169'847'779	+1.8%	6'016	-5.2%
JU	67'520'596	+19.2%	37'136'328	+19.2%	5'970	+10.7%
LU	610'298'835	+13.3%	335'664'359	+24.7%	5'861	-8.1%
NE*	179'423'922	+3.8%	98'683'157	+3.8%	5'898	-12.2%
NW	44'722'761	+10.5%	24'597'519	+29.3%	5'931	-9.6%
OW	25'118'347	+13.3%	13'815'091	+32.6%	5'269	-13.4%
SG	790'950'730	+16.6%	435'022'902	+23.3%	5'837	+4.3%
SH	90'604'397	+8.2%	49'832'418	+12.2%	5'376	-3.8%
SO	333'565'032	+36.8%	183'460'768	+47.6%	6'150	+6.2%
SZ	123'719'562	-2.8%	68'045'759	+4.8%	5'309	-18.2%
TG	313'390'433	+13.6%	172'364'738	+30.1%	5'804	+2.9%
TI	610'462'616	+17.7%	335'754'439	+17.7%	5'842	+9.5%
UR	31'104'030	-11.8%	17'107'217	-2.9%	5'490	-15.4%
VD	1'295'848'666	+31.1%	712'716'766	+31.1%	6'086	+8.1%
VS	356'199'274	+15.6%	195'909'601	+19.9%	5'403	-4.0%
ZG	110'935'110	-12.3%	61'014'311	-1.6%	5'260	-24.0%
ZH	2'854'280'939	+14.9%	1'569'854'516	+23.9%	6'341	-4.5%
CH	13'397'690'223	+15.0%	7'377'515'593	+20.2%	6'035	-0.1%

Anmerkung: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert. *Die Werte für die Spitäler HUG (2013/2019), HNE (2013) und USB (2013) korrigiert. Bei diesen drei öffentlichen Spitälern ist der ausgewiesene Kostenteiler oder die Gesamterträge akutstationär nicht plausibel. Auf Basis des vereinbarten Kostenteilers gemäss GDK wurden die Erträge entsprechend angepasst.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2019); GDK (2019). Berechnung: Universität Basel.

3. Subventionierung der Spitäler

Wie in Kapitel 1 ausgeführt, gibt es drei Bereiche bzw. Quellen der Subventionierung von Spitalern: i) Subventionen im Zusammenhang mit der Abgeltung für die Erbringung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen, ii) überhöhter Tarif de basee von öffentlichen und subventionierten Einrichtungen, welche die Kantone aufgrund ihrer Stellung bei der Preisbildung durchsetzen können, und iii) offene oder verdeckte kantonale Investitionshilfen in der stationären medizinischen Versorgung. In diesem Kapitel wird nacheinander der Umfang dieser drei Subventionsformen analysiert.

3.1 Gemeinwirtschaftliche Leistungen im kantonalen Vergleich

Die gemeinwirtschaftlichen Leistungen (PIG) sind in den Kennzahlen der Schweizer Spitäler als Sammelkonto ausgewiesen. Darin befinden sich alle finanziellen Unterstützungen durch die öffentliche Hand oder privatrechtliche Organisationen in Form von Beiträgen, Subventionen und allfälligen separat ausgewiesenen Defizitdeckungen. Dadurch ist es beispielsweise auch möglich, dass rein privat geführte Spitäler Beiträge für PIG aufweisen. Dies bspw. dann, wenn der (private) Träger ein allfälliges Defizit am Ende des Jahres ausfinanziert.

Eine zweite Unschärfe resultiert aus den Aktivitätstypen der Spitäler: Einige Spitäler erbringen nicht nur akutstationäre Leistungen, sondern sind gleichzeitig auch in den Bereichen Rehabilitation/Geriatrie und Psychiatrie tätig. Dadurch könnte es zu einer Überschätzung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Akutversorgung kommen. In den Kennzahlen werden die Kosten für die universitäre Forschung und Lehre im Bereich der Rehabilitation und Psychiatrie jedoch ebenfalls ausgewiesen. Diese, explizit nicht der Akutversorgung zugeordneten Leistungen, wurden daher von den ausgewiesenen gemeinwirtschaftlichen Leistungen abgezogen. Für 2019 betrug diese Korrektur landesweit 107.9 Mio. Franken oder 5.5 Prozent der gesamten gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Andere Beiträge für PIG in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation, bspw. zur Finanzierung nicht kostendeckender Tarife, können hingegen nicht ausgeschieden werden und verbleiben daher in der Analyse.

Zusätzlich wurden gewisse unplausible Werte auf Spitalebene korrigiert. Auf diese Korrekturen wurde in den vergangenen Studien eingegangen. Ein Sonderfall bilden dabei die Genfer Universitätsspitäler HUG. Die Angaben zu den PIG dieses Spitals sind nach wie vor unplausibel und werden daher konsequent korrigiert. Als Basis dafür dient die offizielle Leistungsvereinbarung des Kantons Genf mit dem Unispital. Die entsprechenden PIG-Werte der HUG wurden rückwirkend bis 2013 mit den jährlich festgelegten Budgets der Leistungsvereinbarung ersetzt. Das Lausanner Universitätsspital CHUV hat den Investitionsanteil bei den DRG-Fallpauschalen von 10 Prozent bis 2018 nicht als medizinischer Ertrag verbucht, sondern als Kantonsbeitrag ans Spital. Im Jahr 2018 machte dies 68 Mio. Franken aus. Die PIG des Spitals haben wir entsprechend korrigiert.

Insgesamt belief sich 2019 die Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen im akutstationären Bereich auf 1.86 Mrd. Franken; rund 307 Mio. Franken mehr als 2013 (vgl. Tableau 13). Im Jahr 2019 betrug die gemeinwirtschaftlichen Leistungen pro Fall 1471.6 Franken. Das sind ca. 114 Franken mehr als fünf Jahre zuvor. 2019 machten Forschung und Lehre im akutstationären Bereich 1.085 Mrd. Franken aus. Das sind 58.2 Prozent der gesamten gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Dieser Anteil war 2013 mit 48.7 Prozent um 9.5 Prozentpunkte geringer als 2019.

Die höchste Abgeltung für gemeinwirtschaftliche Leistungen wird mit 455 Mio. Franken in der Waadt erreicht (davon CHUV: 401.3 Mio. Franken), die geringste mit rund 1.03 Mio. Franken im Kanton Zug.¹³ In einzelnen Kantonen ist gegenüber 2013 ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen. Absolut am meisten zurückgegangen sind die Subventionen und Beiträge im Kanton Basel-Stadt. Prozentual sticht allerdings der Kanton Schaffhausen hervor,

¹³ Zu beachten gilt, dass die Abgeltung im Bereich von Lehre und Forschung teilweise auch von Kantonen ausserhalb des Standortkantons einer universitären Einrichtung bezahlt wird. So ist z.B. das Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) eine gemeinsame Einrichtung der beiden Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Dessen Erträge für Lehre und Forschung werden jedoch ausschliesslich Basel-Stadt zugeordnet.



wo die Beiträge um rund 85 Prozent zurückgegangen sind. Die Kantone Basel-Landschaft und Appenzell-Ausserrhodan zeigen extrem hohe Zunahmen, welche sich als Spezialfälle herausstellen. Das Kantonsspital Baselland (KSBL) hat im Jahr 2019 eine Defizitdeckung von rund 70 Mio. Franken verbucht. Ein Jahr zuvor belief sich das Total der Subventionsbeiträge noch auf 16.5 Mio. Franken. Ähnlich verhält sich die Situation im Kanton AR; dort hat die Hirslanden Klinik Am Rosenberg im Jahr 2019 eine Defizitdeckung von 46.5 Mio. Franken verbucht. Da sich beide Kantone durch relativ geringe PIG-Zahlungen auszeichnen, führen diese Sondereffekte prozentual zu hohen Zunahmen. Aufgrund dieser Defizitdeckungen sind beide Kantone auch im Hinblick auf die PIG pro Fall sehr weit vorne zu finden.

Tableau 13: PIG in Franken insgesamt und pro Fall nach Kanton, 2019 und im Vergleich zu 2013

Kanton	PIG insgesamt			PIG pro Fall	
	2019	abs. Δ 2013	rel. Δ 2013	2019	abs. Δ 2013
AG	20'706'699	+4'850'214	+30.6%	227.8	+35.2
AI	3'854'416	+862'856	+28.8%	4'638.3	+1'191.8
AR	47'907'743	+47'298'067	+7'757.9%	3'361.7	+3'316.6
BE*	150'385'285	+7'844'741	+5.5%	826.6	-16.0
BL	89'686'808	+66'991'090	+295.2%	3'041.2	+2'347.6
BS	127'064'518	-34'806'837	-21.5%	1'817.8	-877.2
FR*	64'080'939	-14'286'452	-18.2%	2'216.0	-623.5
GE*	272'352'713	+11'725'410	+4.5%	3'793.4	-146.0
GL	4'004'725	-1'575'155	-28.2%	869.6	-380.9
GR	41'789'622	+673'268	+1.6%	1'210.5	-20.0
JU	10'918'087	-10'848'486	-49.8%	1'343.3	-1'623.0
LU	28'347'647	+9'463'405	+50.1%	485.0	+95.0
NE*	57'869'430	-9'118'721	-13.6%	2'972.2	-984.5
NW	3'430'000	-2'030'130	-37.2%	637.0	-595.3
OW	6'505'500	-2'531'234	-28.0%	1'881.8	-1'436.8
SG	44'317'748	+20'881'811	+89.1%	550.8	+236.8
SH	3'410'053	-19'452'478	-85.1%	327.5	-2'163.2
SO	43'871'209	-12'128'919	-21.7%	1'334.6	-592.4
SZ*	4'155'790	-5'005'547	-54.6%	250.7	-387.1
TG	7'912'099	-292'043	-3.6%	247.5	-27.9
TI*	18'138'088	-3'677'096	-16.9%	309.3	-70.0
UR	5'815'000	+443'598	+8.3%	1'492.9	+43.6
VD	454'643'669	+78'048'667	+20.7%	3'954.3	+229.8
VS	6'272'525	+3'402'314	+118.5%	162.8	+80.3
ZG*	1'025'917	+343'917	+50.4%	67.8	+15.3
ZH*	344'940'459	+169'647'983	+96.8%	1'433.0	+595.0
CH	1'863'406'689	+306'724'243	+19.7%	1'471.6	+113.8

Anmerkungen: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert. *Das HUG in Genf weist den Kantonsanteil in der DRG-Vergütung fälschlicherweise den Subventionen und Beiträgen zu. Wir korrigierten daher beim HUG die PIG anhand des vereinbarten Budgets zwischen dem Kanton Genf und dem Leistungserbringer. Ebenfalls korrigiert wurden die Angaben für einige Spitäler in den Kantonen BE, FR, NE, SZ, TI, ZG und ZH (2013). Die korrigierten Werte beruhen entweder auf bereinigten Angaben der Gesundheitsdepartemente oder Schätzungen.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2019); Angaben der Kantone. Berechnung: Universität Basel.

Da gemeinwirtschaftliche Leistungen als Subventionen an die Institution und deren Infrastruktur gezahlt und nicht fallspezifisch vergütet werden, ist eine Analyse der PIG-Zahlungen pro Bett interessant. Das Ausweisen der gemeinwirtschaftlichen Leistungen pro Bett bringt den weiteren Vorteil mit sich, dass die Grösse unabhängig von der Auslastung der Spitäler berechnet werden kann. Tableau 14 zeigt die mittleren PIG-Zahlungen pro Kanton

und Trägerschaft. Die Zahlen nach Trägerschaft können nur für jene Kantone ausgewiesen werden, in denen mindestens ein Spital dieser Kategorie operativ tätig ist.

Bei den Privatspitälern zeigen sich in den Kantonen Appenzell-Ausserrhoden und Solothurn überdurchschnittlich hohe Zahlungen pro Bett. Aus der Statistik geht jedoch nicht hervor, ob es sich bei den Zahlungen tatsächlich um gemeinwirtschaftliche Leistungen handelt oder – wesentlich wahrscheinlicher – um Zahlungen der Eigentümer resp. um andere Beiträge von Dritten (z. B. Spenden). Im Kanton Solothurn fällt der Löwenanteil denn auch auf die Pallas Kliniken AG, welche im Jahr 2019 eine Defizitdeckung über mehrere Millionen Franken verbucht hat. Der Spezialfall des Kantons AR wurde bereits geschildert.

Tableau 14: PIG in Franken pro Akutbett, nach Trägerschaft und Kanton, 2019

Kanton	PRIV	SUBV	OEFF	Total
AG	21'539	13'026		14'081
AI			214'134	214'134
AR	424'901		12'860	224'284
BE	14'839	63'176		49'360
BL	21'596		196'372	153'590
BS	24'877		149'678	105'915
FR	236		151'067	117'668
GE	158		252'274	175'440
GL		47'675		47'675
GR	4'227	75'021	208'933	80'979
JU			70'365	69'914
LU	49'703		21'152	28'994
NE	29		201'654	153'879
NW			49'000	47'130
OW			135'438	135'438
SG	4'142	156'463	23'852	28'469
SH			21'180	18'043
SO	71'322	80'902		80'064
SZ		16'438		16'491
TG		15'484		13'801
TI	25'490		7'083	13'920
UR			98'559	98'559
VD	4'422	49'203	451'415	188'940
VS			9'647	8'696
ZG		6'839		4'980
ZH	7'682	33'790	123'459	78'905
CH	23'483	45'302	133'318	80'855

Anmerkungen: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2019); Angaben der Kantone. Berechnung: Universität Basel.

Bei den subventionierten Kliniken sticht der Kanton St. Gallen heraus; mit über 156'000 Franken pro Bett sind die PIG-Zahlungen bei den subventionierten Kliniken in diesem Kanton am höchsten. Die deutlichsten Unterschiede zwischen den Kantonen existieren aber bei den öffentlichen Institutionen. Stark überdurchschnittliche PIG-Zahlungen pro Bett werden in den Kantonen Appenzell-Innerrhoden, Basel-Landschaft, Genf, Graubünden, Neuenburg und Waadt verzeichnet. Letzterer sticht dabei deutlich hervor. Im schweizweiten Durchschnitt werden pro Akutbett schätzungsweise 80'855 Franken an PIG gezahlt.

Das Ausmass der Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen ist nicht nur von der Trägerschaft abhängig, sondern gleichzeitig stark an den Typ eines Spitals gebunden (vgl. Tableau 15). So flossen im Jahr 2019 mehr als



die Hälfte der gemeinwirtschaftlichen Leistungen an die fünf Universitätsspitäler. In absoluten Zahlen ausgedrückt waren dies schätzungsweise 972.5 Mio. Franken. Die übrigen Gelder wurden primär an grosse Zentrums spitäler gezahlt (32.4%) und zu kleineren Teilen an die verschiedenen Kinderspitäler (3.4%). Diese drei Spitaltypen vereinten 88 Prozent der gesamten PIG-Zahlungen auf sich. Pro Akutbett ausgedrückt stehen nebst den Universitätsspitalern mit 216'000 Franken vor allem die Kinderspitäler heraus. Diese Institutionen werden durchschnittlich mit fast 180'000 Franken pro Bett subventioniert. Sowohl bei den Kinderspitälern wie auch bei den universitären Kliniken fliesst ein Grossteil der finanziellen Mittel in die universitäre Lehre und Forschung.

Tableau 15: PIG in Franken und pro Akutbett, nach Spitaltyp gemäss BFS, 2019

Spitaltyp	PIG in CHF	In %	PIG pro Bett
Universitätsspitäler (Niveau 1)	972'527'603	52.2%	216'026
Zentrumsversorger (Niveau 2)	603'590'864	32.4%	49'052
Grundversorger (Niveau 3)	43'399'326	2.3%	20'552
Grundversorger (Niveau 4)	51'361'875	2.8%	29'897
Grundversorger (Niveau 5)	29'451'964	1.6%	67'590
Spezialklinik Pädiatrie	62'818'736	3.4%	179'996
Übrige	100'256'321	5.4%	61'699
Insgesamt	1'863'406'689	100%	80'855

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2019); Angaben der Kantone. Berechnung: Universität Basel.

3.2 Untersuchung der Tarif de basee auf Spitalebene

Neben der direkten Subventionierung der Spitäler über die Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen sind indirekte Subventionen über die Vergütung stationärer Leistungen denkbar. Damit verknüpft ist ein Wettbewerbsvorteil für die betroffenen Spitäler und die latente Gefahr, dass diese Gelder KVG-widrig eingesetzt werden, bspw. zur «Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen» (vgl. Art. 49 Abs. 3 Ziff. b KVG). Ein solches Vorgehen ist zwar gesetzlich verboten, kann aber letztlich nicht aufgedeckt und damit nicht geahndet werden. Denn die Kostenträger, Kantone und Versicherer, können die Kosten der Leistungserbringer, geschweige denn deren Zusammensetzung, nicht beobachten. Mit Hilfe einer ökonomischen Untersuchung lässt sich allerdings das finanzielle Volumen dieser Aufschläge auf den Tarif de base abschätzen.

Während das Tarifsysteem SwissDRG die relativen Kostengewichte für jede einzelne DRG landesweit einheitlich festlegt, wird der sogenannte Tarif de base zwischen Versicherern und Spitalern einzeln ausgehandelt.¹⁴ Konkret gibt es auf Spitalebene je nach Standortkanton bis zu drei unterschiedliche Tarif de basee, die von Einkaufsgesellschaften für die Versicherer mit den einzelnen Spitalern verhandelt werden. Können sich die Vertragspartner über diesen Preis nicht einigen, legt ihn der Kanton in erster Instanz fest. Dagegen können die Parteien beim Bundesverwaltungsgericht (BVGer) Einspruch einlegen. Letzte Instanz ist somit das BVGer, das aber faktisch den Kantonen grossen Gestaltungsspielraum lässt.

Die Entwicklung der Tarif de basee nach Trägerschaft zwischen 2013 und 2019 ist in Tableau 16 aufgezeigt. Dabei wurden die auf Spitalebene publizierten Tarif de basee der Einkaufsgemeinschaften zunächst zu einem ungewichteten Wert gemittelt. Bei der Berechnung des durchschnittlichen Tarif de bases von Spitalern gleicher Trägerschaft wurde dagegen die unterschiedliche Fallzahl der Spitäler berücksichtigt. Es handelt sich demnach um gewichtete durchschnittliche Tarif de basee. Aktuell liegt der durchschnittliche Tarif de base der privaten Kliniken um 650 Franken unterhalb jener der öffentlichen und um 425 Franken unter jener der subventionierten Spitäler.

¹⁴ Die Vergütung für die Behandlung eines individuellen Patienten bemisst sich aus dem Produkt von Basisfallwert und dem Bewertungsgewicht der dem Patienten zugeordneten DRG.

Die Differenz im Tarif de base der öffentlichen Spitäler zu den privaten Spitälern hat sich über den Untersuchungszeitraum leicht vergrössert. Dies hat damit zu tun, dass die Privatspitäler einen Rückgang von -1.3 Prozent im Durchschnitt zu verkraften hatten. Demgegenüber verloren die öffentlichen Spitäler nur leicht. Während der Beobachtungszeit über sechs Jahre sank der Tarif de base insgesamt um 1.09 Prozent. Von anfänglich über 10'000 Franken beträgt der gewichtete Durchschnitt über alle Akutspitäler rund 9'900 Franken.

Tableau 16: Entwicklung der Tarif de basee in Franken zwischen 2013 und 2019 nach Trägerschaft

Trägerschaft	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	rel. Δ 2013
PRIV	9'584	9'512	9'452	9'461	9'488	9'457	9'463	-1.26%
SUBV	10'084	9'966	9'918	9'928	9'917	9'913	9'888	-1.94%
OEFF	10'162	10'095	10'050	10'139	10'128	10'106	10'113	-0.48%
Total	10'022	9'930	9'880	9'924	9'923	9'914	9'914	-1.09%
<i>Diff. PRIV zu OEFF</i>	-5.68%	-5.78%	-5.96%	-6.68%	-6.32%	-6.42%	-6.42%	
<i>Diff. PRIV zu SUBV</i>	-4.95%	-4.56%	-4.71%	-4.70%	-4.32%	-4.60%	-4.29%	

Anmerkung: Im Falle divergierender Tarif de basee der Einkaufsgemeinschaften wurde das arithmetische Mittel verwendet. Der spitalspezifische Tarif de base wurde mit den CMI-bereinigten Austritten gewichtet. Ohne Berücksichtigung der Tarife der Einkaufsgemeinschaft von Assura/Supra.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013-2019); Angaben der Einkaufsgemeinschaften HSK (2013-2017) und tarifsuisse (2013-2019).

Berechnung: Universität Basel.

Im Folgenden soll der Tarif de base auf Spitalebene im Rahmen eines linearen Schätzmodells näher untersucht werden. Dabei interessiert vor allem der Unterschied zwischen privaten Spitälern einerseits und subventionierten sowie öffentlichen Spitälern andererseits:

$$BASERATE_{it} = \alpha + \beta_1 SUBV_i + \beta_2 OEFF_i + \beta_3 CMI_{it} + \beta_4 UNI_i + \beta_5 KS_i + \beta_6 GH_i + \rho J + \varepsilon_{it}$$

Der Schätzkoeffizient β_1 gibt den Unterschied zwischen privaten und subventionierten Einrichtungen, der Koeffizient β_2 jenen zwischen privaten und öffentlichen wieder. Zusätzlich wird berücksichtigt, ob es sich bei der Einrichtung um ein Universitätsspital (UNI), ein Kinderspital (KS) oder ein Geburtshaus (GH) handelt. Es werden auch der Case-Mix-Index¹⁵ (CMI) sowie ein fixer Jahreseffekt (J) als zusätzliche erklärende Variablen einbezogen (vgl. Tableau 17 für die Auflistung der in der Schätzung berücksichtigten Variablen). ε steht für den Einfluss möglicher weiterer, jedoch nicht beobachtbarer Variablen auf den Tarif de base eines Spitals.

In die Schätzungen fliessen die Angaben von 134 Einrichtungen ein (2019).¹⁶ Über die Betrachtungsperiode von mittlerweile sieben Jahren ergeben sich insgesamt 998 Beobachtungen. Tableau 17 zeigt die Ausprägungen der einzelnen Variablen für das Jahr 2019. Der Tarif de base variiert zwischen 8500 und 10'870 Franken, bei einem Mittelwert von 9'571 Franken.¹⁷ 31.3 Prozent der Einrichtungen in unserer Stichprobe sind subventioniert, 23.1 Prozent öffentlich-rechtlich verfasst. Bei fünf handelt es sich um Universitätskliniken, bei dreien um Kinderspitäler und bei 13 um Geburtshäuser. Der durchschnittliche Schweregrad des in einer Einrichtung behandelten Patienten (CMI) variiert zwischen 0.36 und 1.65.

Tableau 18 zeigt die Schätzergebnisse eines linearen Regressionsmodells einzeln für die Jahre 2013, 2016 und 2019 sowie für eine Regression, die alle sieben Jahre gleichzeitig berücksichtigt. Wir beziehen uns zunächst auf

¹⁵ Der CMI sollte für die Festlegung der Basisfallwerte keine Rolle spielen ($\beta_3 = 0$). Da der CMI den mittleren Schweregrad der Fälle in einem Spital nur unvollständig erfasst, kann es aber sein, dass dieser bei den Verhandlungen trotzdem eine Rolle spielt. Wie die Resultate aber zeigen, ist der Einfluss des CMI auf den Basisfallwert zumindest nicht signifikant.

¹⁶ Die CMI-Werte sind nicht für alle Spitäler verfügbar. Für die Regression können nur jene Beobachtungen berücksichtigt werden, für welche alle Variablen zur Verfügung stehen.

¹⁷ Dieser Wert unterscheidet sich aus zwei Gründen von den Angaben in Tabelle 18. Einerseits sind die Werte nicht gewichtet, andererseits werden lediglich jene Spitäler berücksichtigt, welche einen CMI ausweisen.



das Jahr 2019. Es zeigt sich, dass Universitätskliniken und Kinderspitäler teurer sind als normale Akutspitäler, was wenig überrascht. Die Preisunterschiede belaufen sich für Universitätskliniken bzw. Kinderspitäler auf 1002 Franken bzw. 954 Franken. Trotz der expliziten Berücksichtigung dieser beiden speziell ressourcenintensiven Spitaltypen bleibt ein unerklärter Unterschied zwischen den Trägerschaften bestehen. Die Preisaufschläge von subventionierten (325 Franken) bzw. öffentlichen Spitälern (322 Franken) gegenüber den privaten Kliniken sind sehr ähnlich und jeweils hoch signifikant. Die Diskrepanz ist dennoch wesentlich geringer, als wenn nur die Mittelwerte verglichen werden. Die entsprechenden, nicht korrigierten Werte für die subventionierten bzw. öffentlichen Spitäler betragen 425 Franken bzw. 650 Franken (vgl. Tableau 16).

Tableau 17: Beschreibende Statistik der Spitalvariablen im Sample (2019, n = 134)

Variable	Beschreibung	Mittelwert	Min.	Max.
Tarif de base	Mittlerer Tarif de base der Einkaufsgemeinschaft tarifsuisse (in CHF)	9'571	8'500	10'870
SUBV	Öff. Spital (privatrechtlich organisiert)	0.313	0	1
OEFF	Öff. Spital (öffentlich-rechtliche Anstalt)	0.231	0	1
CMI	Bereinigter Casemix-Index	0.909	0.360	1.650
UNI	Universitätsspital (BAG-Definition)	0.037	0	1
KS	Kinderspital (BAG-Definition)	0.022	0	1
GH	Geburtshaus (BAG-Definition)	0.097	0	1

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2019); Angaben von tarifsuisse. Berechnung: Universität Basel.

Ein Vergleich über die drei Jahre 2013, 2016 und 2019 zeigt, dass die Preisdiskrepanz der Universitätsspitäler in etwa gleichgeblieben ist. Die Tarif de base in Universitätsspitalern sind um rund 1000 Franken höher als anderswo. Deutlich zurückgegangen ist der Preisaufschlag der Kinderspitäler. Dieser hat sich von rund 2000 Franken auf 1000 Franken verkleinert. Beispielsweise ist der HSK-Tarif de base des Universitätskinderspitals beider Basel (UKBB) von 12'050 (2013) auf 11'800 (2016) und 11'000 (2019) zurückgegangen. Gleichzeitig hat der Unterschied beim Tarif de base zwischen den Trägerschaften etwas abgenommen. Diese Gegenbewegungen haben dazu geführt, dass die Preisdifferenz insgesamt in etwa gleichgeblieben ist (vgl. Tableau 16). Bei den Geburtshäusern ist ein Rückgang des Preisaufschlags über die Zeit zu beobachten; 2013 resultierte für die Geburtshäuser noch ein «Bonus» von 562 Franken. Im Jahr 2016 kehrte sich der Bonus in einen Malus in der Grössenordnung von 300 Franken um. Im Jahr 2019 ist schliesslich kein signifikanter Effekt der Geburtshäuser mehr auszumachen. Der CMI hat zwar einen mehrheitlich positiven, wenn auch nicht signifikanten Einfluss auf den Tarif de base.¹⁸

Schliesslich wird anhand des bereinigten R^2 ersichtlich, dass die Aussagekraft des Modells über die Zeit zugenommen hat. 2013 konnten mit den berücksichtigten Variablen rund 42 Prozent der Varianz beim Tarif de base erklärt werden (2016: 62%). Im aktuellen Jahr 2019 lag dieser Wert bereits bei 71 Prozent. Diese Entwicklung spricht dafür, dass die Unterschiede innerhalb der Kategorien (z. B. Spitaltyp, Trägerschaft) in den vergangenen Jahren kleiner geworden sind bzw. nicht beobachtbare Variablen einen kleineren Einfluss ausüben.

Auf der Grundlage dieser Schätzungen kann das Sparpotenzial bei den öffentlichen und subventionierten Einrichtungen für den Fall berechnet werden, dass deren Tarif de base auf das Niveau der Privaten zurückkäme. Hierzu wird für jedes einzelne öffentliche und subventionierte Spital und individuell nach Jahr dessen Tarif de base geschätzt, wenn es privat wäre. Zu diesem Zweck werden die Koeffizienten β_1 und β_2 auf null gesetzt. So dann werden die Erträge berechnet, die ein Spital beim geschätzten Tarif de base erreichen würde. Schliesslich werden auf Kantonsebene die möglichen Ertragsreduktionen der Spitäler aufsummiert.

¹⁸ Ein positiver Zusammenhang könnte beispielsweise dann entstehen, wenn die Höhe des CMI in die Verhandlungen mit den Tarifpartnern miteinfliesst.

Tableau 18: Schätzergebnisse für drei ausgewählte Jahre und gesamt, 2013-2019

	<i>Abhängige Variable: Tarif de base</i>			
	2013	2016	2019	2013-2019 ^a
SUBVENTIONIERT	406.86*** (103.71)	345.38*** (70.07)	324.61*** (46.12)	364.88*** (28.06)
OEFFENTLICH	347.66*** (114.80)	301.90*** (78.01)	322.43*** (50.69)	341.40*** (28.91)
CMI	23.72 (19.47)	-8.78 (142.25)	120.85 (101.34)	110.64 (95.28)
UNISPITAL	1019.59*** (253.87)	1201.38*** (169.68)	1002.42*** (111.54)	1051.23*** (68.10)
KINDERSPITAL	2054.81*** (295.20)	1678.08*** (194.09)	953.75*** (125.64)	1568.94*** (110.20)
GEBURTSHAUS	561.78*** (199.95)	-302.49** (130.27)	-1.76 (90.66)	-77.13 (66.70)
Konstante	9102.13*** (207.91)	9318.28*** (152.58)	9226.14*** (107.19)	9298.57*** (100.12)
Jahr 2014				-138.99** (56.26)
Jahr 2015				-166.90*** (54.64)
Jahr 2016				-118.27** (50.23)
Jahr 2017				-91.61* (48.35)
Jahr 2018				-106.12** (47.27)
Jahr 2019				-88.45* (46.85)
Beobachtungen	148	145	134	998
Bereinigtes R ²	0.42	0.62	0.71	0.54

Anmerkung: */**/** = signifikant zum Niveau von 10%/5%/1%; die robusten Standardfehler befinden sich in Klammern; ^a die Standardfehler des gesamten Modells berücksichtigen die Panelstruktur der Daten. Das (bereinigte) R-Quadrat ist ein bekanntes Bestimmtheitsmass für die Güte eines Modells und sagt aus, wieviel Variation in den Daten anhand der verschiedenen Variablen erklärt werden kann.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013-2019), Angaben der Einkaufsgemeinschaften HSK und tarifsuisse.

Berechnung: Universität Basel.

Tableau 19 zeigt das Ergebnis dieser Berechnungen. Demnach belaufen sich die Subventionen der öffentlichen und subventionierten Spitäler aufgrund erhöhter Tarif de basee im Vergleich zu privaten Kliniken landesweit auf 341 Mio. Franken. Dies entspricht im Vergleich zum Jahr 2013 einem minimalen Rückgang von 2.9 Mio. Franken (-0.9%).

Pro Fall belaufen sich diese Subventionen 2019 zwischen 121.5 Franken in Appenzell-Ausserhoden und 298.9 Franken im Wallis. Das Tessin ist der einzige Kanton, wo gegenüber 2013 eine leichte Zunahme zu verzeichnen ist. Im Kanton Graubünden ist der Rückgang mit -66 Franken pro Fall am grössten.



Diese Subventionen stellen Deckungsbeiträge aus den OKP-Erträgen der öffentlichen und subventionierten Spitäler an die Kosten der Leistungserbringung dar. Ob sie verwendet wurden, um die Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen zu finanzieren oder eine möglicherweise ineffiziente Produktion von akutstationären Leistungen zu alimentieren, muss letztlich offenbleiben.

Tableau 19: Subventionen in Franken durch höhere Tarif de basee, insgesamt und pro Fall, 2019 und im Vergleich zu 2013

Kanton	absolut			Pro Fall	
	2019	abs. Δ 2013	rel. Δ 2013	2019	abs. Δ 2013
AG	25'078'970	-1'885'246	-7.0%	275.9	-51.7
AI	219'710	-30'972	-12.4%	264.4	-24.4
AR	1'730'791	-374'114	-17.8%	121.5	-34.4
BE	45'856'308	-6'944'327	-13.2%	252.1	-60.1
BL	6'599'588	-2'332'791	-26.1%	223.8	-49.2
BS	18'382'895	1'413'576	8.3%	263.0	-19.5
FR	6'448'007	-158'149	-2.4%	223.0	-16.4
GE	19'653'285	1'373'078	7.5%	273.7	-2.6
GL	1'509'796	-70'104	-4.4%	327.9	-26.2
GR	9'472'635	-1'910'262	-16.8%	274.4	-66.3
JU	2'111'546	-15'079	-0.7%	259.8	-30.0
LU	15'118'717	1'526'510	11.2%	258.6	-22.0
NE	4'797'733	302'039	6.7%	246.4	-19.1
NW	1'463'162	147'336	11.2%	271.7	-25.2
OW	925'152	165'661	21.8%	267.6	-11.3
SG	23'016'082	-137'853	-0.6%	286.0	-24.2
SH	2'801'427	298'566	11.9%	269.1	-3.6
SO	9'618'728	636'170	7.1%	292.6	-16.5
SZ	4'590'886	-225'255	-4.7%	277.0	-58.3
TG	8'450'774	-1'167'210	-12.1%	264.4	-58.5
TI	13'193'571	784'290	6.3%	225.0	+9.2
UR	1'105'161	-19'064	-1.7%	283.7	-19.6
VD	34'417'181	1'535'095	4.7%	299.3	-25.9
VS	11'515'207	491'215	4.5%	298.9	-18.1
ZG	2'841'038	-263'623	-8.5%	187.7	-51.2
ZH	69'959'146	3'912'443	5.9%	290.6	-25.1
CH	340'877'494	-2'948'068	-0.9%	269.2	-30.7

Anmerkungen: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2019), Angaben der Einkaufsgemeinschaften HSK und tarifsuisse.

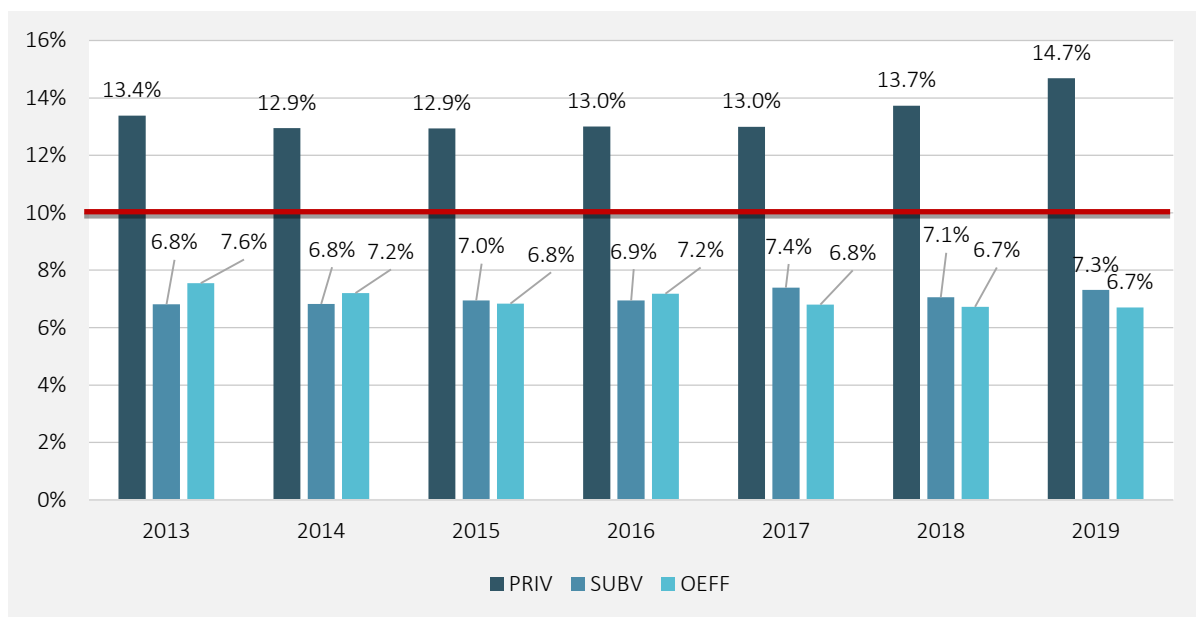
Berechnung: Universität Basel.

3.3 Verdeckte Subventionen bei der Investitionsfinanzierung

Der Kostenanteil für die Anlagenutzung (Abschreibungen, Mieten und Zinsen) beträgt 2019 bei den öffentlichen und subventionierten Spitälern 6.7 bzw. 7.3 Prozent und bei den Privatkliniken 14.7 Prozent. Im Vergleich zu 2013 hat sich an diesem Bild wenig geändert (vgl. Abbildung 5). Die privaten Kliniken weisen konstant eine rund 6 Prozentpunkte höhere Investitionsquote aus. Der Wert von 14.7 Prozent entspricht sogar einem Höchststand über die gesamte Beobachtungszeit. Trotz neuer Spitalfinanzierung hat sich die ausgewiesene Investitionsquote bei den öffentlichen und subventionierten Spitälern nicht erhöht. Sie ist noch immer weit von der in den Swiss-DRG-Pauschalen 2012 festgehaltenen Quote von 10 Prozent entfernt (vgl. rote Linie).

Die vorliegenden Zahlen lassen aber darauf schliessen, dass die vereinbarten Mietkosten zu niedrig angesetzt werden und nicht die effektiven Investitionskosten widerspiegeln. Die beträchtliche Investitionstätigkeit der öffentlichen Hand und die gleichzeitig niedrige Investitionsquote bei den öffentlichen Spitälern lassen vermuten, dass ein wesentlicher Teil der verursachten Kosten vom Kanton getragen wird.¹⁹ Bei vermieteten Liegenschaften hiesse dies, dass sich die Mietpreise unterhalb des Marktniveaus befinden und für den Kanton somit Opportunitätskosten entstehen. Spricht der Kanton beim Bau von Spitalimmobilien kostengünstige bzw. zinslose Kredite oder geht er eine Bürgschaft ein, verlagert sich das Ausfallrisiko auf die öffentliche Hand. Unabhängig von der Art und Weise der Finanzierung trägt der Steuerzahler am Ende die finanzielle Last der kantonalen Investitionspolitik.

Abbildung 5: Investitionsquoten nach Trägerschaft, 2013-2019



Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013-2019). Darstellung und Berechnung: Universität Basel.

Um die verdeckten Subventionen abzuschätzen, werden die Investitionskosten der öffentlichen und subventionierten Spitäler für den Fall berechnet, dass deren Investitionsniveau 10 Prozent der akutstationären Erträge beträgt. Dieses Niveau entspricht dem durchschnittlichen Anteil der Investitionskosten bei der Vollkostenerhebung gemäss SwissDRG. Weist ein Spital bereits eine Investitionsquote grösser als 10 Prozent auf, so gilt es als nicht subventioniert. Im anderen Fall berechnet sich die Subventionsrate als Differenz zwischen 10 Prozent und der tatsächlichen Investitionsquote eines Spitals.²⁰ Die Subvention schliesslich entspricht der Rate, multipliziert mit den Gesamtkosten.

Die verdeckten Investitionskosten summieren sich landesweit auf rund 377.4 Mio. Franken (vgl. Tableau 20). Dies entspricht 3.2 Prozent der Gesamtkosten der öffentlichen und subventionierten Spitäler für akutstationäre Behandlungen. Im Vergleich zu 2013 haben die verdeckten Investitionskosten landesweit um 60.9 Mio. Franken zugenommen. Dies entspricht einem Wachstum von 19.2 Prozent. Zwischen den Kantonen sind die Unterschiede wiederum gross. Die höchsten Subventionen werden mit rund 65.6 Mio. Franken im Kanton Waadt gezahlt. Pro Fall variieren die verdeckten Investitionskosten ebenfalls beträchtlich. Sie sind im Kanton Genf mit 744 Franken am höchsten. Acht Kantone weisen verdeckte Investitionshilfen von über 300 Franken pro Fall auf.

Auffällig, aber nicht überraschend, ist schliesslich die starke Variation der Veränderung zwischen 2013 und 2019. Während die verdeckten Investitionskosten in 10 Kantonen abgenommen haben, sind sie in 16 Kantonen inner-

¹⁹ Diese Praxis untergräbt die Absicht der neuen Spitalfinanzierung. Diese hält klar fest, dass die Anlagenutzung Teil der Fallpauschale sein soll und so in einem fixen Verhältnis zwischen den Kantonen und Krankenversicherern aufgeteilt wird.

²⁰ Beträgt die effektive Investitionsquote bspw. 7.5%, so ergibt sich eine Subventionsrate von 2.5% (= 10% - 7.5%).



halb der vergangenen sechs Jahre gestiegen. Appenzell-Ausserrhodon und Basel-Landschaft verzeichnen im Berichtsjahr 2019 keine Investitionskosten; dies kann so erklärt werden, als dass die jeweiligen Kantonsspitäler im Jahr 2019 eine Investitionsrate von über 10 Prozent aufwiesen.

Tableau 20: Nicht ausgewiesene Investitionskosten der öffentlichen und subventionierten Spitäler in der stationären Akutpflege (in Franken)

	absolut			Pro Fall	
	2019	abs. Δ 2013	rel. Δ 2013	2019	abs. Δ 2013
AG	25'495'373	-4'061'166	-13.7%	280.5	-78.6
AI	244'632	+244'632	-	294.4	+294.4
AR	0	-307'165	-100.0%	0.0	-22.7
BE	42'374'269	-27'825'936	-39.6%	232.9	-182.0
BL	0	-2'769'054	-100.0%	0.0	-84.6
BS	9'740'033	-2'219'724	-18.6%	139.3	-59.8
FR	10'483'193	-1'308'459	-11.1%	362.5	-64.7
GE	53'442'016	+44'097'462	+471.9%	744.4	+603.1
GL	1'440'300	+1'121'139	+351.3%	312.8	+241.2
GR	5'319'198	+1'917'204	+56.4%	154.1	+52.3
JU	3'571'773	-144'746	-3.9%	439.4	-67.0
LU	11'901'407	-2'845'342	-19.3%	203.6	-100.9
NE	4'953'900	+1'239'106	+33.4%	254.4	+35.0
NW	1'273'976	+1'273'976	-	236.6	+236.6
OW	331'439	+331'439	-	95.9	+95.9
SG	22'876'900	-1'785'917	-7.2%	284.3	-46.2
SH	2'406'510	+1'422'230	+144.5%	231.1	+123.9
SO	12'439'562	+7'267'520	+140.5%	378.4	+200.4
SZ	4'382'046	+333'831	+8.2%	264.4	-17.5
TG	848'995	-2'106'216	-71.3%	26.6	-72.6
TI	18'147'748	+2'640'111	+17.0%	309.4	+39.8
UR	871'572	+741'762	+571.4%	223.8	+188.7
VD	65'646'083	+19'668'826	+42.8%	569.4	+114.6
VS	17'881'186	-761'997	-4.1%	464.1	-71.9
ZG	3'122'182	+200'760	+6.9%	206.3	-18.5
ZH	58'260'922	+24'525'989	+72.7%	242.0	+80.8
CH	377'455'214	+60'890'267	+19.2%	298.0	+21.9

Anmerkungen: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2019). Berechnung: Universität Basel.

3.4 Die Subventionen insgesamt

In diesem Abschnitt sollen nun die einzelnen Komponenten der Subventionen zusammengetragen und aufsummiert werden. Aus Abschnitt 3.1 stehen die Subventionen zur Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen (PIG) zur Verfügung. Sie summieren sich 2019 landesweit auf 1.86 Mrd. Franken. Davon erhalten die öffentlichen Spitäler mit 1.40 Mrd. Franken oder 75.3 Prozent den grössten Anteil. Die subventionierten Spitäler werden mit 345 Mio. Franken bezuschusst (18.5%), während die privaten Kliniken 115.1 Mio. Franken (6.2%) beziehen (vgl. Tableau 21). Bei den Privatkliniken ist dieser Wert primär mit dem Instrument der Defizitdeckung zu erklären. Diese belief sich im Jahr 2019 schweizweit auf 92.7 Mio. Franken. Davon floss wiederum rund die Hälfte an die Hirslanden Klinik Am Rosenberg AG.

Über die höheren Tarif de basee, berechnet in Abschnitt 3.2, fliessen landesweit zusätzlich 341 Mio. Franken an die öffentlichen und subventionierten Spitäler. Davon erhalten die öffentlichen Spitäler 58 Prozent, die subventionierten 42 Prozent und die privaten annahmegemäss null. Bei den verdeckten Investitionshilfen belaufen sich die Subventionen auf 377.5 Mio. Franken und teilen sich im Verhältnis 65 Prozent zu 35 Prozent auf öffentliche und subventionierte Spitäler auf. Nach diesen Berechnungen summieren sich die Subventionen über alle drei Bereiche auf 2.58 Mrd. Franken. 1.85 Mrd. Franken oder 71.5 Prozent der Gesamtsumme fliessen an öffentliche Spitäler, 621 Mio. Franken oder 24 Prozent an subventionierte Einrichtungen und 115.0 Mio. Franken oder 4.4 Prozent an private Kliniken.

Tableau 21: Übersicht der Subventionen, 2019

Jahr 2019	PRIV	SUBV	OEFF	TOTAL
Total (in Mio. CHF)				
PIG	115.1	345.1	1'403.1	1'863.4
Tarif de base	0.0	143.2	197.6	340.9
Investissements	0.0	132.5	244.9	377.5
Total	115.1	620.9	1'845.7	2'581.7
Pro Fall (in CHF)				
PIG	415.2	774.9	2'581.7	1'471.6
Tarif de base	0.0	321.6	363.7	269.2
Investissements	0.0	297.5	450.7	298.1
Total	415.2	1'393.9	3'396.1	2'038.9
Pro Akutbett (in CHF)				
PIG	23'483.2	45'302.5	133'317.7	80'854.6
Tarif de base	0.0	18'800.2	18'779.2	14'790.9
Investissements	0.0	20'387.0	14'573.7	13'446.5
Total	23'483.2	81'497.2	175'369.1	112'023.5

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2019). Berechnung: Universität Basel.

Tableau 21 weist zusätzlich die gesamten Subventionsbeträge pro Fall und pro Akutbett aus. Landesweit machen die Zuschüsse 2'039 Franken pro Fall aus. Bei einem durchschnittlichen Tarif de base von rund 9'900 Franken sind dies zusätzliche Erträge von etwa 20 Prozent. Bei den öffentlichen Einrichtungen belaufen sich die Subventionen auf 3'396 Franken pro Fall; somit ergeben sich rund 33 Prozent zusätzliche Erträge über die SwissDRG-Vergütung hinaus. Bei den subventionierten Einrichtungen betragen die Zuschüsse 1'393.9 Franken pro Fall; hier resultieren somit rund 15 Prozent zusätzliche Erträge pro behandelten Patienten. Bei den privaten Kliniken betragen die Subventionen 415 Franken pro Fall und generieren damit zusätzliche Erträge von rund 4 Prozent über die SwissDRG-Vergütung hinaus.

Bezogen auf ein Akutbett belaufen sich die Subventionen landesweit im Durchschnitt auf 112'000 Franken pro Jahr. Bei den öffentlichen Spitälern beträgt dieser Wert 175'000 Franken, bei den subventionierten 81'000 Franken und bei den privaten Kliniken 23'000 Franken.

Nachfolgend werden die Veränderungen seit 2013 genauer beleuchtet (vgl. Tableau 22). Insgesamt haben die Subventionen in diesen sechs Jahren um 366.9 Mio. Franken oder 16.6 Prozent zugenommen, mit jeweils über 19 Prozent vor allem über die gemeinwirtschaftlichen Leistungen sowie die Investitionsfinanzierung. Gleichzeitig war die Subventionierung über erhöhte Tarif de basee leicht rückläufig (-0.2%).

Bei den gemeinwirtschaftlichen Leistungen hat es Verschiebungen nach Trägerschaft gegeben. Auf niedrigem Niveau hat die Abgeltung von PIG (insb. Defizitdeckung) bei privaten Kliniken um 76 Mio. Franken auf 115 Mio. Franken zugenommen. Bei den öffentlichen Spitälern ist ein starker Anstieg um 244 Mio. Franken auf 1.4 Mrd. Franken zu verzeichnen. Ein wesentlicher Teil dieses Anstiegs ist auf das CHUV zurückzuführen. Gemäss KZSS haben die Erträge aus PIG beim CHUV allein zwischen 2016 und 2018 um rund 82 Mio. Franken zugenommen.



Bei den subventionierten Einrichtungen hat der Umfang der Abgeltungen von PIG in der Berichtszeit leicht abgenommen (-3.7 %).

Tableau 22: Änderung der Subventionen in Franken 2019/2013, gesamt und pro Fall nach Trägerschaft

2013/2019	PRIV		SUBV		OEFF		TOTAL	
	abs. Δ	rel. Δ	abs. Δ	rel. Δ	abs. Δ	rel. Δ	abs. Δ	rel. Δ
Gesamt								
PIG	+76'239'031	+196.0%	-13'383'426	-3.7%	+243'868'638	+21.0%	+306'724'243	+19.7%
Tarif de base	0		-9'652'667	-6.3%	+8'971'332	+4.8%	-681'335	-0.2%
Investissements	0		-24'207'138	-15.4%	+85'097'405	+53.2%	+60'890'267	+19.2%
Total	+76'239'031	+196.0%	-47'243'231	-7.1%	+337'937'375	22.4%	+366'933'175	+16.6%
Pro Fall								
PIG	+260	+167.7%	-135	-14.9%	+271	+11.7%	+114	+8.4%
Tarif de base			-67	-17.2%	-12	-3.3%	-29	-9.6%
Investissements			-100	-25.2%	+132	+41.5%	+22	+8.0%
Total	+260	+167.7%	-303	-17.8%	+391	+13.0%	+107	+5.5%

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2019). Berechnung: Universität Basel.

Tableau 23 weist die kantonalen Gesamtsubventionen für 2019 und im Vergleich zu 2013 aus. In der Waadt belaufen sich die Subventionen 2019 insgesamt auf 555 Mio. Franken. Das sind 4'825 Franken pro Fall und 320 Franken mehr gegenüber 2013. Der Anstieg kann grösstenteils mit den höheren Subventionszahlungen an das CHUV erklärt werden. Die niedrigsten Zuschüsse pro Fall verzeichnet mit 462 Franken der Kanton Zug. Im Kanton Schaffhausen haben sich die Gesamtsubventionen pro Fall um mehr als 70 Prozent reduziert.

Der Kanton Schaffhausen ist auch in Bezug auf die absoluten Zahlen ein Ausreisser: Mit 17.7 Mio. Franken oder 67 Prozent haben die Gesamtsubventionen in diesem Kanton am stärksten abgenommen. Stark gewachsen sind die Subventionen in Appenzell-Ausserrhoden und Basel-Landschaft (vgl. Sondereffekte PIG). Auffällig ist die Tatsache, dass die Subventionen in jenen Kantonen tendenziell angestiegen sind, welche in absoluten Zahlen bereits führend sind, so bspw. in Zürich, der Waadt und in Genf. Rückgängig waren die Subventionen hingegen in Basel-Stadt und Bern.

Tableau 23: Gesamtsubventionen nach Kanton, 2019 und im Vergleich zu 2013

	Absolut			Pro Fall	
	2019	abs. Δ 2013	rel. Δ 2013	2019	abs. Δ 2013
AG	71'281'042	1'170'536	+1.7%	784.2	-67.6
AI	4'318'758	1'076'515	+33.2%	5'197.1	+1'461.8
AR	49'638'534	46'616'788	+1542.7%	3'483.2	+3'259.5
BE	238'615'862	-26'925'521	-10.1%	1'311.6	-258.0
BL	96'286'396	61'889'245	+179.9%	3'264.9	+2'213.8
BS	155'187'446	-35'612'985	-18.7%	2'220.2	-956.5
FR	81'012'139	-15'753'061	-16.3%	2'801.4	-704.7
GE	345'448'014	57'195'951	+19.8%	4'811.5	+454.6
GL	6'954'821	-524'120	-7.0%	1'510.3	-165.9
GR	56'581'455	680'210	+1.2%	1'639.0	-34.0
JU	16'601'406	-11'008'311	-39.9%	2'042.5	-1'720.1
LU	55'367'771	8'144'574	+17.2%	947.2	-27.9
NE	67'621'062	-7'577'576	-10.1%	3'473.1	-968.6
NW	6'167'137	-608'818	-9.0%	1'145.2	-384.0
OW	7'762'091	-2'034'133	-20.8%	2'245.3	-1'352.3
SG	90'210'730	18'958'041	+26.6%	1'121.1	+166.4
SH	8'617'990	-17'731'682	-67.3%	827.7	-2'042.9
SO	65'929'499	-4'225'228	-6.0%	2'005.6	-408.5
SZ	13'128'722	-4'896'971	-27.2%	792.1	-463.0
TG	17'211'868	-3'565'469	-17.2%	538.5	-158.9
TI	49'479'407	-252'695	-0.5%	843.7	-21.1
UR	7'791'733	1'166'296	+17.6%	2'000.4	+212.7
VD	554'706'933	99'252'589	+21.8%	4'824.6	+320.2
VS	35'668'918	3'131'532	+9.6%	925.8	-9.8
ZG	6'989'137	281'054	+4.2%	461.7	-54.4
ZH	473'160'527	198'086'415	+72.0%	1'965.6	+650.6
CH	2'581'739'397	366'933'175	+16.6%	2'038.9	+107.0

Anmerkungen: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2019). Berechnungen: Universität Basel.

Abschliessend beleuchtet Tableau 24 die Gesamtsubventionen der Kantone noch aus einer weiteren Perspektive. Die erste Spalte zeigt die Fallpauschalen-Erträge beim Preisniveau der privaten Spitäler.^{21,22} Mit 10'130 bzw. 10'104 Franken pro Fall (Fallgewicht = 1.0) sind die OKP-Erträge in Genf und Basel-Stadt am höchsten, mit 9'095 Franken in Appenzell-Innerrhoden am niedrigsten. Der Aufschlag auf die Fallpauschalen-Erträge beim Preisniveau privat ist aufgrund der höheren Tarif de basee von öffentlichen und subventionierten Einrichtungen mit 385 Franken in Appenzell-Innerrhoden am höchsten und mit 162 Franken in Appenzell-Ausserrhoden am nie-

²¹ Die Beträge verstehen sich pro stationären Fall im Kanton (Listenspitäler und Vertragsspitäler). Die Angaben zum Basisfallwert stehen nur für die Listenspitäler zur Verfügung. Somit wurde die Schätzung der Quersubventionierung nur für diese Spitäler vorgenommen. Die Summe der Basisfallwerte privates Niveau plus Subventionierung über den Basisfallwert entspricht daher nicht dem durchschnittlichen Basisfallwert im Kanton, sondern bewegt sich leicht darunter.

²² Allgemein entspricht das Preisniveau privat dem hypothetischen Preisniveau, welches vorherrschen würde, wenn die öffentlichen Anstalten keinen Preisaufschlag auf ihren Basisfallwert hätten. Das Preisniveau privat kann auch dann berechnet werden, wenn es in einem Kanton keine private Klinik gibt. Das private Preisniveau entspricht dort dem Preisniveau der öffentlichen Spitäler, unter der Annahme, dass der vom Modell geschätzte Aufschlag für öffentliche Spitäler wegfällt.



drigsten. Die verdeckten Investitionshilfen für öffentliche und subventionierte Spitäler sind mit 817 Franken, bezogen auf die Anzahl behandelter Patienten, in Genf am höchsten. In Ausserrhoden und in Baselland erreichte die Investitionsrate das private Niveau, so dass keine verdeckten Investissements zu verzeichnen sind.

Tableau 24: OKP-Ertrag nach Kanton pro Fall (Fallgewicht = 1.0), Preisniveau privat und Subventionsbeiträge, 2019

In Franken	OKP-Ertrag Preisniveau privat	Subventionsbeiträge			Bruttoertrag
		höhere Tarif de basee	Investissements	PIG	
AG	9'370	297	302	251	10'220
AI	9'095	385	429	6'760	16'669
AR	9'357	162	0	4'480	13'999
BE	9'800	253	227	816	11'095
BL	9'518	269	0	3'660	13'448
BS	10'104	247	131	1'711	12'193
FR	9'248	248	403	2'461	12'359
GE	10'130	300	817	4'161	15'408
GL	9'407	343	328	911	10'989
GR	9'366	340	188	1'480	11'374
JU	9'309	339	574	1'755	11'978
LU	9'495	264	208	495	10'462
NE	9'261	287	296	3'462	13'305
NW	9'231	353	307	827	10'718
OW	9'266	353	126	2'481	12'227
SG	9'463	309	308	593	10'673
SH	9'232	302	260	368	10'161
SO	9'286	322	417	1'471	11'496
SZ	9'414	358	342	323	10'437
TG	9'290	285	29	266	9'869
TI	9'089	253	348	299	9'989
UR	9'264	355	280	1'866	11'765
VD	9'859	295	570	4'400	15'124
VS	9'171	318	493	173	10'155
ZG	9'341	245	269	88	9'943
ZH	9'703	291	243	1'428	11'665
CH	9'618	283	310	1'557	11'769

Anmerkung: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2019). Berechnungen: Universität Basel.

Die letzte Kolonne in Tableau 24 weist für die einzelnen Kantone den Bruttoertrag pro behandelten Fall aus, einschliesslich der drei Subventionsbeiträge. Im Durchschnitt beläuft er sich landesweit auf 11'769 Franken. Mit 16'669 Franken ist der Bruttoertrag in Appenzell-Innerrhoden am höchsten, während die Kantone Tessin, Thurgau und Zug einen Bruttoertrag von unter 10'000 Franken ausweisen. Die Spanne der Bruttoerträge pro Fall beträgt 6800 Franken (69 Prozent).

4. Schlussfolgerungen

Mittlerweile umfasst die jährlich aktualisierte Studie einen Untersuchungszeitraum von sechs Jahren. Eine wichtige Erkenntnis aus dieser Zeit nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung ist die Feststellung, dass sich die Versorgungsstruktur im stationären Akutbereich nicht wesentlich geändert hat. Es hat zwar eine geringfügige Konsolidierung bei der Zahl der Spitäler und den Betten stattgefunden, das Ausmass der Anpassung an die neue Finanzierungs- und Wettbewerbssituation ist jedoch äusserst bescheiden. Allerdings gibt es in einigen Kantonen, in denen erhebliche Defizite aufgelaufen sind, Bewegung in der Spitallandschaft. In den Kantonen St. Gallen und Freiburg beabsichtigen die dortigen Kantonsspitäler einzelne Standorte neu auszurichten oder gar zu schliessen.

Die insgesamt dennoch **fehlende Dynamik** ist nicht zuletzt das **Resultat der kantonalen Spitalpolitik**. Die ehemaligen Kantonsspitäler werden heute nicht mehr direkt im Verwaltungsvermögen der Kantone geführt. Doch auch wenn Einrichtungen in selbstständige gemeinnützige Anstalten oder Aktiengesellschaften umgewandelt wurden, befindet sich das Kapital dieser Gesellschaften nach wie vor zu einem überwiegenden Teil im Besitz der Kantone. Mit der Eigentümerschaft einher geht das politische Interesse, das Überleben der eigenen Spitäler um jeden Preis zu sichern.

Die Kantone haben zwei wesentliche Instrumente, die sie für dieses Ziel einsetzen können. Die **Spitalliste** ist eines davon. In ihrer Rolle als Besteller von Leistungen können die Kantone mit der regionalen Versorgungsplanung zumindest garantieren, dass die eigenen Spitäler auf der Liste der stationären Leistungserbringer figurieren und die wesentlichen Leistungsgruppen anbieten können.

Das zweite Instrument der Kantone bilden die **Subventionen**, auf welche in dieser Studie detailliert eingegangen wurde. Die Zahlen der vergangenen Jahre zeigen, dass die finanzielle Abgeltung aus den drei Quellen seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung sogar zugenommen hat. Gleichzeitig fliesst nach wie vor ein überwiegender Teil dieser Beiträge – insgesamt rund 2.4 Mrd. Franken pro Jahr – ausschliesslich an öffentliche und subventionierte Spitäler.

Bei den gemeinwirtschaftlichen Leistungen sind insbesondere Beiträge für explizite Dienstleistungen wie Lehre und Forschung sowie Spezialaufgaben von den wenig spezifischen Zahlungen zu unterscheiden, die für die **Ausfinanzierung ungedeckter Kosten** gedacht sind. Bei den expliziten Dienstleistungen ist es zentral, dass die Spitäler die Kosten für diese Dienste korrekt ausweisen, um eine Quersubventionierung mit Geldern der OKP zu vermeiden. Die Datenlage in diesem Bereich verbessert sich zusehends, wenn auch langsam. Es besteht immer noch eine starke Heterogenität bezüglich Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Finanzierungsströme von den Kantonen zu den Spitälern.

Die Kennzahlen der Schweizer Spitäler offenbaren weiter, dass der **Wettbewerb** um die Erbringung von Spezialaufgaben noch immer nicht existiert. Die Kantone schreiben die Leistungen nicht aus (und müssen dies auch nicht), sondern vergeben diese oft direkt an die eigenen Spitäler. Private Leistungserbringer haben somit nur sehr beschränkt Zugang zu diesen Märkten – zum Nachteil der kantonalen Steuerzahler.

Bei den wenig spezifischen gemeinwirtschaftlichen Leistungen spricht das KVG von der «Erhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen» (Art. 49 Abs. 3 Bst. a KVG). Dabei geht es darum, den öffentlichen Spitälern dort finanziell unter die Arme zu greifen, wo diese ihre Leistungen am Patienten nicht kostendeckend anbieten können. Bis heute fehlt jedoch eine wissenschaftliche Grundlage für die **Abgrenzung der Kosten** für die Strukturhaltung vom OKP-relevanten Kostenblock. Dass viele öffentliche Spitäler im Vergleich zu den Privaten jedoch trotz höherem Tarif de base und geringeren Investitionskosten nicht oder nur knapp kostendeckend produzieren, ist ein starkes Indiz dafür, dass Strukturhaltung betrieben wird. Der Aufschlag auf die Tarif de base, der sich in den Daten zeigt, lässt zudem den Verdacht aufkommen, dass OKP-Erträge verwendet werden, um die Erhaltung der öffentlichen und subventionierten Spitäler zu sichern. Eine solche Quersubventionierung



verbietet das Krankenversicherungsgesetz explizit, in dem ausgeführt wird, dass die Fallpauschalenvergütung «keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten [dürfe]» (Art. 49 Abs. 3 KVG).

Private Kliniken erbringen heute rund 20 Prozent der Pflage tage im akutstationären Bereich. Viele davon sind fester Bestandteil der kantonalen Spitallisten und werden entsprechend auch durch die Kantone mitfinanziert. Gleich lange Spiesse zwischen den öffentlichen und privaten Anbieter stationärer Leistungen, wie es das KVG eigentlich fordert, gibt es trotz der neuen Spitalfinanzierung weiterhin nicht. Zum einen fordert Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG einen angemessenen Einbezug von privaten Trägerschaften in die Spitalplanung, und zum andern haben private Spitäler einen von der Wirtschaftsfreiheit nach Art. 27 und Art. 94 der Bundesverfassung gedeckten Anspruch auf Wettbewerbsneutralität des Staates bzw. auf Gleichbehandlung der Konkurrenten. Die empirischen Befunde sowie der tiefe Marktanteil der privaten Betreiber und deren beschränkter Zugang zu gemeinwirtschaftlichen Leistungen widersprechen den gesetzlichen Vorgaben. Längerfristig könnte ein Rückzug der Kantone aus der Rolle des Spitalbetreibers für eine Entspannung sorgen. Dieser Schritt findet heute jedoch noch keine Unterstützung – weder in der Politik noch bei der Bevölkerung.

Daher sollte der Fokus momentan darauf liegen, die Leistungen, die mit den PIG-Zahlungen verknüpft sind, genauer zu definieren und deren Kosten besser zu erfassen. Damit kann die **KVG-widrige Quersubventionierung** mit Pramiengeldern der OKP verhindert werden. Eine explizite Definition der gemeinwirtschaftlichen Leistungen bildet zudem eine Basis dafür, die einzelnen Leistungen in einem zweiten Schritt ausschreiben zu können und damit mehr Wettbewerb in diesem Bereich zu generieren.

Bei den Investitionskosten und den überhöhten Tarif de baseen sind die Lösungen weniger offensichtlich. Auch wenn die Kantone marktkonforme Mieten verlangen und keine zinslosen Darlehen sprechen, bleibt den **öffentlichen Spitälern** ein Wettbewerbsvorteil aufgrund der **expliziten oder impliziten Staatsgarantie**. Diese ermöglicht es ihnen, Geld in Form von Bankkrediten oder am Kapitalmarkt zu günstigeren Konditionen zu beschaffen, als es privaten Trägern möglich ist.

Beim Tarif de base könnte einzig ein funktionierender Wettbewerb garantieren, dass eine Quersubventionierung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen mit OKP-Erträgen weitgehend entfällt. Das bedingt aber, dass sich auch öffentliche und subventionierte Spitäler zu gleichen Bedingungen im Markt bewähren müssen. Der absolute Aufschlag für öffentliche und subventionierte Spitäler von zwischen 300 und 400 Franken pro Fall weist hingegen auf eine **marktbeherrschende Stellung** dieser Einrichtungen hin. Dabei ist es der ausdrückliche Wille des Gesetzgebers, dass sich die Spitaltarife an jenen Spitälern orientieren, welche die versicherte Leistung effizient und kostengünstig erbringen (Art. 49 Abs. 1 KVG). Daher spricht denkbar wenig dafür, dass sich die Spitaltarife innerhalb eines Kantons (oder einer Region) wesentlich unterscheiden. Einen Sonderfall bilden lediglich die Universitäts- und Kinderspitäler. Das heutige Vergütungssystem ist aber noch nicht vollständig in der Lage, die spezielle Leistungsstruktur dieser Institutionen und die daraus resultierenden Mehrkosten genügend abzubilden. Dies gilt nicht nur für den stationären Bereich, sondern auch für spitalambulante Leistungen.

5. Covid-19-Hilfen für Spitäler

5.1 Hintergrund

Im Verlaufe der ersten Covid-19-Welle im Frühjahr 2020 beschloss der Bundesrat per Notrecht zahlreiche Einschränkungen, um die Ausbreitung des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 einzudämmen. Nebst jenen Massnahmen, die auf die Durchbrechung der Infektionskette zielten, bestand ein anderer Teil der Strategie darin, die Kapazitäten im Gesundheitswesen zur Behandlung von Covid-19-Erkrankungen zu erhöhen. Damit wollte man einer Überlastung der Spitäler zuvorkommen. In der COV-19-Verordnung des Bundes vom 16. März 2020 beschloss der Bundesrat u.a. Folgendes:

Art. 10a Pflichten der Gesundheitseinrichtungen

¹ Die Kantone können private Spitäler und Kliniken verpflichten, ihre Kapazitäten für die Aufnahme von Patientinnen und Patienten zur Verfügung zu stellen.

² Gesundheitseinrichtungen wie Spitäler und Kliniken, Arztpraxen und Zahnarztpraxen müssen auf nicht dringend angezeigte medizinische Eingriffe und Therapien verzichten.

Durch die Einschränkung bei der Leistungserbringung rechneten die Spitäler bereits im Frühjahr 2020 mit deutlichen Einnahmefällen. Nicht zuletzt deshalb, weil davon auszugehen war, dass Patienten nicht dringliche operative Eingriffe verschieben werden, um sich nicht dem Risiko einer SARS-CoV-2-Infektion im Spital auszusetzen. Im Zeitraum vom 17. März bis zum 26. April 2020 waren elektive Behandlungen in Spitälern per Bundesverordnung verboten. Die tatsächliche Höhe der Einbussen ist aufgrund der vielen Einflussfaktoren schwer abschätzbar. PricewaterhouseCoopers AG schätzte in einer von SpitalBenchmark beauftragten Studie die finanziellen Einbussen für die Akutspitäler für das Jahr 2020 ab. Die aufdatierte Schätzung vom Juni 2021 geht von einem Verlust in der Höhe von 0.8 bis 1.3 Mrd. Franken aus (vgl. Tableau 25). Die Ertragsausfälle aufgrund nicht durchgeführter Eingriffe und die Mehrkosten (bspw. aufgrund von Schutzvorkehrungen, Material, Schulung usw.) stehen dabei in einem Verhältnis von rund 70 zu 30 (vgl. PwC, 2021).

Tableau 25: Finanzieller Verlust, akutstationär und spitalambulant, 2020

Kosten (in Mio. CHF)	Nullwachstum		Normalverlauf	
	Min.	Max.	Min.	Max.
Ertragsausfälle	473	582	813	951
Mehrkosten	333	368	333	368
Gesamt	806	950	1146	1319

Quelle: PwC (2021)

Die Höhe der Covid-19-bedingten Mehrkosten wurde in den Medien kontrovers diskutiert. Dabei wurde auf zwei Faktoren hingewiesen, welche die Verluste der Spitäler begrenzen könnten. Zum einen hatten einige Privatspitäler bereits Kurzarbeitsentschädigungen beantragt, um die personenbezogenen Fixkosten teilweise auszugleichen. Weiterhin wurde argumentiert, dass ein Nachholeffekt bei den elektiven Eintritten auftreten werde. Die Autoren von PwC (2021) kamen auf Grundlage von Leistungsdaten allerdings zum Schluss, dass im Sommer 2020 noch kein Aufholeffekt zu erkennen war.

Die geschätzten Covid-19-bedingten Mehrkosten gemäss PwC (2021) machen 5 bis 7 Prozent der Gesamtkosten des Spitalsektors aus. Obwohl bei den Ertragsausfällen und den Kosten der Schutzmassnahmen der Bund für seine Beschlüsse grundsätzlich in der Finanzierungsverantwortung steht, haben sich in den vergangenen Monaten vor allem die Kantone als Besteller und Mit-Finanzierer von Spitalleistungen in Szene gesetzt. Die kantonalen



Gesundheitsdepartemente koordinierten die Schutzmassnahmen und den Aufbau von Kapazitäten zur Intensivbehandlung in ihrem Gebiet und sahen sich dabei mit Forderungen der Spitäler auf finanzielle Kompensation konfrontiert. Zudem zeigte sich, dass das Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) bei der Kurzarbeitsentschädigung eine Differenzierung zwischen öffentlich- und privatrechtlichen Einrichtungen vornimmt. Das SECO vertritt nämlich die Ansicht, dass öffentlich-rechtliche Einrichtungen inklusive Spitäler die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Kurzarbeitsentschädigung nicht erfüllen, da sie keine eigentlichen Betriebsrisiken eingehen. Aufgrund des Verbots von nicht dringlichen Operationen im Zeitraum 17. März bis 26. April 2020 sahen sich alle Spitäler gezwungen, vorübergehend Kurzarbeit einzuführen, einen Antrag auf Kurzarbeitsentschädigung konnten aber nur privatrechtliche Einrichtungen stellen. Dies veranlasste einzelne Kantone, die Spitäler in ihrem Verwaltungsbereich finanziell zu unterstützen. Das nächste Kapitel geht näher auf die verschiedenen kantonalen finanziellen Unterstützungsmassnahmen für Spitäler ein.

5.2 Finanzielle Covid-19-Hilfen für Spitäler

5.2.1 Analyserahmen

Wir haben im Frühjahr 2021 eine breit angelegte Recherche bei allen 26 Kantonen zu Covid-19-Hilfen vorgenommen. Dabei prüften wir einerseits, ob bei den kantonalen Regierungen und Parlamenten finanzielle Unterstützung für Spitäler traktandiert und diskutiert worden sind. Wir achteten darauf, für welchen Zweck die Gelder gesprochen wurden, wie hoch der gesprochene Gesamtbetrag ausfiel und nach welchen Kriterien das Geld an die Spitäler verteilt werden sollte. Im Juli 2021 führten wir eine zweite Recherche durch. Die hier vorgestellte Kantonsübersicht bezieht sich auf den Stand von Mitte Juli 2021.

Die Mehrkosten und Ertragsausfälle, die den Spitälern aufgrund der Covid-19-Massnahmen entstanden sind, lassen sich wie folgt kategorisieren:

- (1) **Ertragsausfälle bei elektiven Eingriffen:** Ausfall von Einnahmen aus ambulanten und stationären Tarifen aufgrund des temporären Verbots von elektiv durchgeführten Eingriffen. Die Ertragsausfälle beschränken sich dabei nicht nur auf den OKP-Bereich. Den betroffenen Spitälern entgehen auch Tarife aus der Krankenzusatzversicherung nach VVG und – zu einem kleineren Teil – Erträge von Selbstzahlern.
- (2) **Aufbau- und Betriebskosten Covid-19-Station:** Dies betrifft primär jene Spitäler, die von den Kantonen als Behandlungsort für Covid-19-Patienten bestimmt wurden. Darunter fallen die Zusatzkosten für Schutz- und Hygienemassnahmen, die Beschaffung von (zusätzlicher) Infrastruktur, die betriebliche Trennung von Covid-19- und

Modell EBITDAR von H+

Der Spitalverband H+ hat seinen Mitgliedern bereits im Juni 2020 ein Berechnungsmodell zur Verfügung gestellt, mit welchem sich die Höhe der Covid-19-Entschädigung auf Basis der Finanzbuchhaltung ermitteln liesse. Inzwischen hat H+ das Modell erweitert, damit Ertragsausfälle im Zusatzversicherungsgeschäft bei der Berechnung ausgeschlossen werden können. Diese Anpassung berücksichtigt gemäss Aussage von H+ die Haltung der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK), wonach Ertragsausfälle im VVG-Bereich und von Selbstzahlern als «Betriebsrisiko» zu werten seien.

Die Berechnung berücksichtigt die Aufwand- und Ertragssituation aus dem Vorjahr (2019) und die entsprechende EBITDAR-Marge. Gleichzeitig werden bereits bezogene Vorleistungen der Kantone und Sondereffekte wie Rückstellungen oder eine Ausweitung des Leistungsangebots berücksichtigt. Die Ergebnisse des Modells sind dennoch als Näherungswerte zu verstehen, da es letzten Endes niemand wissen kann, wie ein Spital X ohne Corona-Epidemie am Ende des Jahres 2020 dagestanden hätte.

Zur Plausibilisierung des Modells hat H+ die Mindereinnahmen und Mehrausgaben bei den Spitälern anhand einer Checkliste erhoben. Diese Daten bilden die Grundlage für die Auswertung von PwC (2021). Gemäss Angaben des Spitalverbands betragen die Ertragsausfälle rund 80 Prozent des finanziellen Schadens, gefolgt von den Bereitstellungskosten (17 Prozent) sowie den zusätzlichen Behandlungskosten (3 Prozent).

Quelle: H+ Die Spitäler der Schweiz (2021)

anderen Patienten sowie indirekte Kosten (z.B. Anpassungskosten an die dynamische epidemiologische Situation in Bezug auf die Raumnutzung, das Personal und die Prozesse).

- (3) **Behandlungskosten (Covid-19-Patienten):** Damit sind alle Kosten gemeint, welche in direktem Zusammenhang mit der Behandlung von Covid-19-Patienten stehen. Darunter fallen alle ärztlichen und pflegerischen Leistungen, die Nutzung der vorhandenen Infrastruktur/Geräte, Medikamente und Verbrauchsmaterial sowie die Kosten der Patientenadministration.
- (4) **Weitere Covid-19-bedingte Mehrkosten:** Darunter fallen v.a. die Kosten für die Umsetzung der bundesrechtlichen und kantonalen Schutz- und Hygienemassnahmen im normalen Spitalbetrieb sowie Administrativkosten (z.B. für die Anmeldung von Kurzarbeit).

Auch ohne zusätzliche Beiträge der Kantone dürften sich die Ertragsausfälle und Mehrkosten nicht eins zu eins auf das finanzielle Ergebnis der Spitäler auswirken. Einerseits sind Ertragsausfälle mit einer Senkung variabler Kosten verbunden, andererseits konnten die Mehrkosten zum Teil mit Zuwendungen aus Drittquellen gedeckt werden. Eine geringere Auslastung im stationären Betrieb führte dazu, dass variable Kosten etwa für Verbrauchsmaterial und Medikamente zurückgingen. Die Spitäler blieben während des Lockdowns allerdings auf den Fixkosten sitzen, die primär durch das angestellte Personal und die Infrastruktur gegeben sind. Beim Personal hatten die Privatspitäler den Vorteil, dass sie Kurzarbeit anmelden konnten. Auf diese Weise erhielten sie während der ersten und zweiten Covid-19-Welle 80 Prozent der Lohnzahlungen des Personals in Kurzarbeit zurückerstattet. Bei den öffentlichen und subventionierten Spitalern fielen die Ertragsausfälle kleiner aus, da diese durch die Mehrerträge bei den Covid-19-Patienten teilweise kompensiert werden konnten.

Nebst den Ertragsausfällen bilden die Mehrkosten für den Aufbau und den Betrieb einer spezialisierten Covid-19-Station den grössten Kostenblock (vgl. Tableau 25). Diese ausserordentlichen Kosten können die betroffenen Spitäler in aller Regel nicht den Krankenversicherern weiterverrechnen. Zu einem grossen Teil handelt es sich dabei um kurzfristig generierte, zusätzliche Vorhalteleistungen für den Fall einer Verschlechterung der epidemiologischen Lage. Das Bundesverwaltungsgericht (BVGer) führte in mehreren Entscheiden aus, dass es sich bei Vorhalteleistungen um Pflichtleistungen der OKP handelt.²³ Danach müssten diese Kosten im Verhältnis 45 zu 55 von den Krankenversicherern und den Kantonen getragen werden, wie dies bei den stationären Behandlungskosten grundsätzlich der Fall ist.

Die Behandlungskosten der Covid-19-Patienten sind grundsätzlich über die stationären Tarife (Fallpauschalen) gedeckt. Ob allerdings die dafür vorgesehenen Fallgruppen von SwissDRG die Behandlungskosten akkurat abbilden, ist unklar. Sollten die Tarife unzureichend sein, ergäbe sich auch hier eine Finanzierungslücke, welche grundsätzlich von den stationären Kostenträgern, Kantone und Krankenversicherer, zu finanzieren sind.

Nicht Teil dieser Studie sind die weiteren Covid-19-bedingten Mehrkosten, da sie sämtliche Wirtschaftsbereiche betreffen und nicht ausschliesslich den Spitalsektor (vgl. Kostenkategorie 4). Die Kosten für die Umsetzung der Schutz- und Hygienemassnahmen werden daher solidarisch von der Gesamtwirtschaft und der Gesellschaft getragen.

5.2.2 Vereinbarte Covid-19-Hilfen in den Kantonen (Stand: Juli 2021)

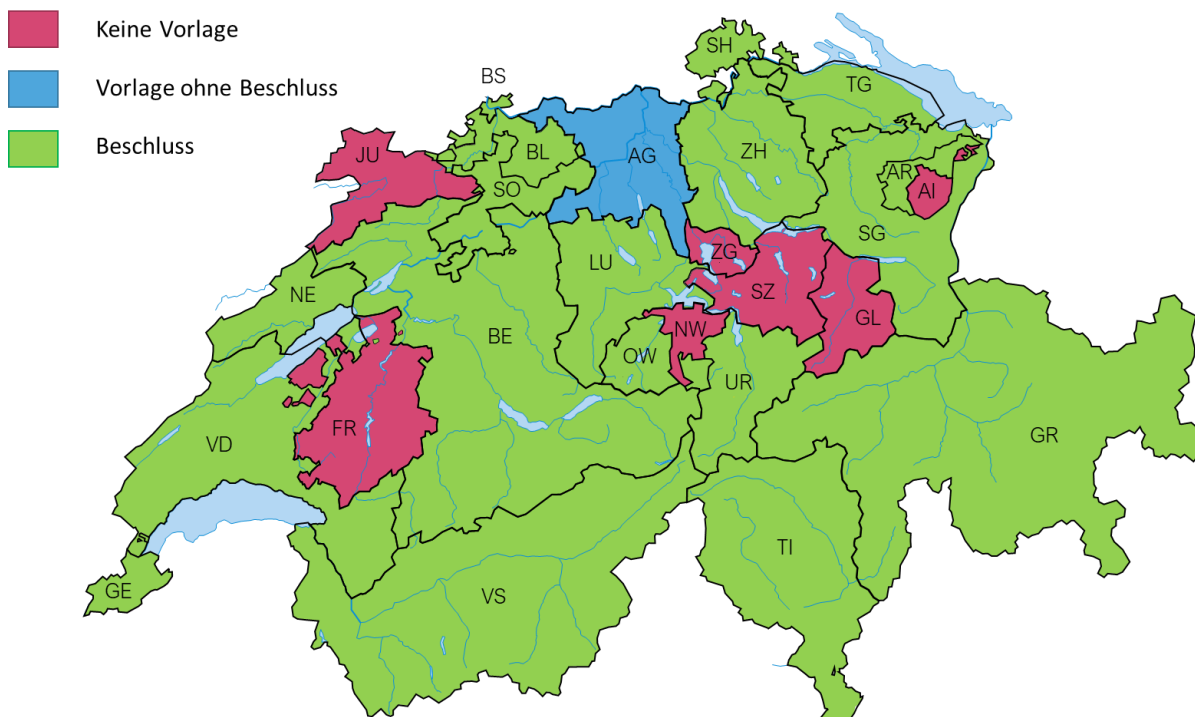
Abbildung 6 gibt einen Überblick über die Situation der Covid-19-Hilfen in den Kantonen. In zahlreichen Inner- und Westschweizer Kantonen sowie im Tessin liegen bis anhin noch keine Beschlüsse für eine Abgeltung von Mindererträgen und Mehrkosten vor. Die Gründe dafür sind weitgehend unklar. Möglicherweise entscheiden die Kantone erst nach Vorliegen entsprechender Kostendaten der Spitäler oder sie warten weitere Entscheide des Bundes zum Thema ab. Tableau 26 fasst die erfolgten oder vereinbarten Zahlungen für Ertragsausfälle und Mehrkosten im Zusammenhang mit Massnahmen zur Bekämpfung der Sars-CoV-2 Pandemie zusammen. In 19

²³ Vgl. BVGer-Urteil C-2283/2013, C-3617/2013 und BVGer-Urteil C-4374/2017, C-4461/2017. Im Urteil C-4374/2017, C-4461/2017 hält das BVGer fest: «Die Notfall-Vorhalteleistungen (erhöhte Flexibilität und Verfügbarkeit, dauernd freie Aufnahmekapazitäten, Pikettdienst, zusätzlicher Personalaufwand) sind [...] ebenfalls tarifrelevant (BVGGE 2014/36 E. 21). Im Grundsatz ist daher davon auszugehen, dass Vorhalteleistungen OKP-pflichtig sind» (6.7.2).



Kantone hat es Vorschläge, Postulate oder Beschlüsse der Regierung oder des Parlaments gegeben. Solothurn führte sogar eine Volksabstimmung über finanzielle Kompensationen an die Spitäler durch. Im Kanton Aargau wurde eine Vorlage ausgearbeitet. Der Entscheid des Parlaments steht allerdings noch aus.

Abbildung 6: Situation in den Kantonen, Stand: Juli 2021



Quelle: Angaben der Kantone. Darstellung: Universität Basel.

Einige Kantone haben zwar Beschlüsse gefasst, warten aber mit den Auszahlungen noch zu, bis die Jahresrechnungen der Spitäler vorliegen. Die bereits beschlossenen Zahlungen belaufen sich insgesamt auf rund 829.6 Mio. Franken. Davon fallen 590.2 Mio. Franken (71 Prozent) auf die Kompensation von Ertragsausfällen, 199.5 Mio. Franken (24 Prozent) auf Zusatzkosten und 39.9 Mio. Franken (5 Prozent) auf andere Kategorien. Die höchste finanzielle Unterstützung leisteten der Kanton Genf (177.5 Mio. Franken), die Waadt (160 Mio. Franken) und Zürich (149.1 Mio. Franken). Berücksichtigt man den anstehenden Beschluss im Kanton Aargau und weitere Beschlüsse, die wohl in acht Kantonen noch kommen werden, dürfte die Milliardengrenze bei den Covid-19-Hilfen erreicht werden.

Tableau 26: Vereinbarte oder erfolgte Covid-19-Kompensationen für das Jahr 2020

Kanton	Total	Ertragsausfälle	Mehr- und Zusatzkosten	Anderes	Entscheidungsinstanz/ Link	Datum des Entscheids
AG	(98 Mio.)	(46 Mio.)	(52 Mio.)	n.v.	Vorschlag*	-
AR	0.76 Mio.	-	0.76 Mio.	-	Regierung	22.01.2021
BE	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	Regierung	26.03.2021
BL	25 Mio.	n.v.	25 Mio.	n.v.	Regierung	?
BS	108 Mio.	100 Mio.	8 Mio.	-	Parlament	13.01.2021
GE	177.5 Mio.	95 Mio.	74.5 Mio.	8 Mio ^a	HUG	?
GR	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	Regierung	14.04.2021
LU	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	Postulat zurückgezogen	26.10.2021
NE	30.7 Mio.	n.v.	n.v.	n.v.	Regierungsrat	26.01.2021
OW	4.4 Mio.	3.8 Mio.	0.6 Mio.	-	Parlament	28.05.2020
SG	42.3 Mio.	42.3 Mio.	n.v.	n.v.	Parlament	16.02.2021
SH	14.4 Mio.	-	-	14.4 Mio.	Regierung	?
SO	16.2 Mio.	16.2 Mio.	-	-	Volk	25.04.2021
TI	20 Mio.	n.v.	20 Mio.		Regierungsrat	05.08.2021
TG	16.8 Mio.	6.5 Mio.	8.8 Mio.	1.5 Mio.	Regierung	14.01.2021
UR	0.4 Mio.	-	-	0.4 Mio.	Regierung	01.10.2020
VD	160 Mio.	126.5 Mio.	33.5 Mio.	-	Regierung	26.06.2021
VS	64 Mio.	53.1 Mio. ⁺	10.9 Mio. ⁺	-	Regierung	04.02.2021
ZH	149.1 Mio.	125 Mio.	10 Mio.	14.1 Mio.	Regierung	11.11.2020
Total[‡]	829.6 Mio.	590.2 Mio.	199.5 Mio.	39.9 Mio.		

Anmerkung: Keine Beschlüsse: AI, FR, GL, JU, NW, SZ, ZG; *Vorschlag ist eingereicht, aber noch nicht beschlossen; ^aDie genaue Aufteilung der Beiträge an die Ertragsausfälle bzw. Mehrkosten ist nicht bekannt. Für die Aufteilung des Gesamtbetrags wurde der schweizerische Mittelwert herangezogen; ⁺Ohne Berücksichtigung der noch nicht beschlossenen Beiträge des Kantons Aargau. Totale der einzelnen Spalten berechnet nach Aufteilung des bekannten Verhältnisses auch für n.v. ^a nach Auskunft von Privatkliniken.

Im Folgenden gehen wir etwas näher auf die Beschlüsse in den einzelnen Kantonen ein.

Kanton Aargau

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitalern | <input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen |
| <input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitalern | <input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten |
| | <input type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten |

Der Regierungsrat des Kantons Aargau hat noch keinen Beschluss gefasst, aber ein Vorschlag ist schon sehr detailliert ausgearbeitet. Darin sollen sowohl die Covid-19-bedingten Ertragsausfälle wie auch die Zusatzkosten abgegolten werden. Letztere sollen voll abgegolten werden und mussten dem Kanton mit einem Raster gemeldet werden. Die Regierung geht von einem Gesamtbudget von 98 Mio. Franken (höchstens 100 Mio. Franken) aus. Gemäss provisorischen Angaben der Spitäler für das Jahr 2020 beläuft sich der Ertragsausfall auf 46 Mio. Franken. Die von den Spitalern gemeldeten Zusatzkosten werden auf 52 Mio. Franken geschätzt. Das Ge-



sundheitsdepartement rechnet für das Jahr 2021 mit einer weiteren Entschädigung in einer maximalen Höhe von 35 Mio. Franken.

Appenzell Ausserrhoden

<input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitalern	<input type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen
<input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitalern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten
	<input type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten

Am 22. Januar 2021 entschied der Regierungsrat des Kantons Appenzell Ausserrhoden, die Mehrkosten der Spitäler während der Corona Pandemie abzugelten. Er genehmigte die Ausgaben im Umfang von 757'000 Franken in Form einer Kreditüberschreitung. Ausgeglichen wurden Mehrkosten sowie die Minusstunden des Personals des Spitalverbunds Appenzell Ausserrhoden (SVAR), um fehlende Kurzarbeitszeitentschädigungen zu kompensieren. In erster Linie wurde der SVAR als Grundversorger in die Pflicht genommen, sodass dieser mit 612'000 Franken am meisten erhält. Mit insgesamt 95'000 Franken werden die Berit Klinik AG, die Hirslanden Klinik am Rosenberg, die Rheinburg-Klinik sowie die Klinik Gais AG entschädigt. 50'000 Franken stehen für noch nicht bekannte Mehraufwendungen zur Verfügung. Die Ertragsausfälle der Spitäler, die durch das Verbot von elektiven Eingriffen entstanden sind, sind nicht Gegenstand dieses Beschlusses.

Kanton Basel-Landschaft

<input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitalern	<input type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen
<input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitalern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten
	<input type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten

Der Regierungsrat hat die Entschädigung für die bis Ende März 2020 angefallenen Zusatzkosten bereits bewilligt. Sie belaufen sich für das Kantonsspital Baselland (KSBL) auf knapp 25 Millionen Franken. Derzeit ist eine Vorlage in Bearbeitung betreffend den Ausgabenbeschluss für die Zeit nach der Notlage ab April 2020. Damit sind Mehr- und Zusatzkosten gemeint, aber auch Schutzmaterialien, medizinische Ausrüstungen, Medikamente und Vorhalteleistungen. Eine allfällige Entschädigung für die Ertragsausfälle müsste durch einen Parlamentsentscheid beschlossen werden.

Kanton Basel-Stadt

<input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitalern	<input type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen
<input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitalern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten
	<input type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten

Basel-Stadt hat sich dafür entschieden, erst dann über den Umgang mit Ertragsausfällen zu diskutieren, wenn die Jahresabschlüsse 2020 und 2021 der Spitäler vorliegen. Hingegen beschloss der Grosse Rat am 13.01.2021, dass die Mehr- und Zusatzkosten der basel-städtischen Spitäler in Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie erstattet werden sollen. Auch im Kanton BS sind die Zahlungen an die Bedingung geknüpft, dass die Spitäler damit keinen direkten Gewinn erzielen.

Die Spitäler konnten ihre Mehrkosten anhand eines vorgegebenen Formulars beim Gesundheitsdepartement melden. Bis und mit August 2020 wurde ein Total von 19.53 Mio. Franken eingefordert. Es sind dies Mehrkosten für Personal sowie für den medizinischen Sachaufwand. Hinzu kommen die Mehrkosten für vorgehaltene Betten

auf den Intensiv- und Isolierstationen. Für den Zeitraum vom 12. März bis 31. August 2020 errechnete der Kanton auf Basis des ITAR_K-Kostenträgermodells und der individuellen Bettenauslastung der Spitäler einen Gesamtbetrag von 29.14 Mio. Franken. Ausgehend von dieser Momentaufnahme prognostizierte der Regierungsrat ein Gesamtvolumen von 100 Mio. Franken, wobei 73.05 Mio. Franken für das Jahr 2020 vorgesehen sind und 26.95 Mio. Franken für das Jahr 2021.

Kanton Bern

<input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitalern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen
<input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitalern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten
	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten

Die Regierung des Kantons Bern erliess bereits zu Beginn der ersten Covid-19-Welle eine Verordnung, welche den Spitälern eine gewisse Rechtssicherheit bezüglich Corona-Entschädigungen gab. Der Kanton Bern übernimmt – an gewisse Bedingungen geknüpft – sowohl Mehrkosten als auch Ertragsausfälle der kantonalen Listenspitäler. Und zwar im stationären und ambulanten Bereich; ein All-Inclusive-Angebot sozusagen. Da der Entscheid sehr früh kam, wurde ex ante kein Budget festgelegt.

Bei der Entschädigung der Ertragsausfälle kommen alle Listenspitäler der Akutsomatik zum Zug. Diese erhalten die Differenz der Tarifeinnahmen gemäss KVG aus den beiden Jahren 2019 und 2020 vom Kanton zurückerstattet. Dabei sollen Aufwandminderungen berücksichtigt und die Beiträge an jene Spitäler begrenzt werden, welche eine EBITDA-Marge von über 8 Prozent aufweisen (vgl. dazu H+-Modell, Box auf Seite 36). Über die detaillierte Berechnungsweise der Unterdeckung ist zurzeit noch nichts bekannt.

Der Kanton Bern möchte ebenfalls für die Covid-19-bedingten Mehrkosten für Infrastruktur und Personal aufkommen. Die Spitäler können ein Gesuch beim Kanton einreichen. Dieser spricht das Geld unter Berücksichtigung der Einnahmen aus anderen Quellen. Als dritter Bestandteil des Massnahmenpakets sollen auch etwaige Unterdeckungen bei den Behandlungskosten in Form einer Pauschale pro Covid-19-Patienten gezahlt werden. Auch bei diesen Massnahmen ist über die absolute Höhe des Betrags noch nichts bekannt.

Die Zahlungen dürften im Laufe dieses Jahres ausgelöst werden, sobald die Spitäler die erforderlichen Daten geliefert und die Behörde die notwendigen Berechnungen gemacht haben.

Kanton Genf

<input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitalern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen
<input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitalern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten
	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten

Die Genfer Universitätsklinik HUG hat vom Kanton für die Mehrkosten und Mindererträge im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie 169.5 Mio. Franken erhalten. Dies geht aus einer Mitteilung der HUG hervor. Die Zahlung ist im Rahmen der Defizitgarantie des Kantons zu sehen, welche die Genfer Verfassung der HUG zubilligt. Vier Privatkliniken wurden auf der Grundlage von Leistungsverträgen mit insgesamt 8 Mio. Franken für Defizite kompensiert, die im Zusammenhang mit ungedeckten Struktur- und Betriebskosten sowie Behandlungskosten während des ersten Lockdowns entstanden.



Kanton Graubünden

<input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitalern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen
<input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitalern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten
	<input type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten

Der Regierungsrat hat bereits am 14. April 2020 beschlossen, dass der Kanton Auszahlungen von gemeinwirtschaftlichen Leistungen leisten und zudem für die Ertragsausfälle der Spitäler aufkommen wird.

Als gemeinwirtschaftliche Leistungen gelten gemäss der Regierung «die dem Betrieb durch die Covid-19-Pandemie zusätzlich angefallenen Kosten, insbesondere für Verbrauchsmaterialien (Masken, Schutzkleidung etc.), Testmaterial für Gesundheitsfachpersonal, gemäss Artikel 10 Absatz 5 VKL) zu aktivierende, vom Gesundheitsamt genehmigte Investissements sowie zusätzlicher Personalaufwand» (vgl. Art 2 Regierungsratsbeschluss AGS 2020-017). Wie der Titel der Verordnung bereits sagt, sind die Auszahlungen der gemeinwirtschaftlichen Leistungen ausschliesslich für öffentliche Spitäler bestimmt.

Für die Ermittlung der Einnahmeausfälle werden die Vergütungen der Sozialversicherungen und der Kantone miteinbezogen. Der Regierungsbeschluss sieht dabei explizit vor, dass ambulante und stationäre Ertragseinfälle kompensiert werden sollen. In den Genuss der Zahlungen kommen sämtliche Listenspitäler des Kantons, wobei bei der Höhe der anrechenbaren Ertragsausfälle eine Unterscheidung zwischen öffentlichen und privaten Trägerschaften gemacht wird. Während die Einnahmeausfälle der privaten und ausserkantonalen Spitäler zu 100 Prozent übernommen werden, gilt für die öffentlichen Spitäler ein Wert von 90 Prozent. Weshalb die Regierung diese Differenzierung vornimmt, geht aus der Verordnung nicht hervor. Denkbar ist aber, dass die Regierung verhindern wollte, dass die öffentlichen, akutsomatischen Spitäler des Kantons, welche hauptsächlich für die Behandlung von Covid-19-Patienten verantwortlich sind, nicht überkompensiert werden. So oder so dürften die Ertragsausfälle von COVID-19-Spitalern ohnehin gering ausfallen, da die fehlenden Elektivpatienten zumindest teilweise durch Covid-19-Fälle ausgeglichen wurden.

Die betroffenen Spitäler haben in einem Zweimonatsrhythmus provisorische Zahlungen erhalten. Der Kanton Graubünden rechnet damit, dass per Ende 2021 die definitiven Auszahlungen feststehen werden.

Kanton Luzern

<input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitalern	<input type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen
<input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitalern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten
	<input type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten

Der Kanton Luzern anerkennt in seiner Stellungnahme zum Postulat (P 391) Huser Barmettler Claudia und Mitunterzeichner über den Entscheid zur Beteiligung an den Corona-bedingten Mehrkosten in den Spitalern und der Luzerner Psychiatrie, dass Mehrkosten entstanden und diese vom Kanton zu tragen sind. Die Mehrkosten, welche sich auf (zusätzliche) Vorhalteleistungen sowie ungedeckte Behandlungskosten beziehen, sollen sich über alle Spitäler betrachtet auf schätzungsweise 15 Mio. Franken belaufen. Er anerkennt auch, dass Ertragsausfälle entstanden sind. Um diese zu decken, sei jedoch ein Kantonsratsentscheid nötig. Dazu werden aber noch die Jahresabschlüsse 2020 der Spitäler abgewartet. Die Ertragsausfälle sollen sich schätzungsweise auf 40 Mio. Franken belaufen.

Kanton Neuenburg

<input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitalern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen
<input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitalern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten
	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten

Das Finanzdepartement des Kantons Neuenburg teilte am 7. Januar 2021 der Finanzkommission des Grossen Rates mit, das öffentliche Spital Neuenburg für dessen zusätzlichen Kosten bei der Behandlung von Covid-19-Fällen und für dessen Mindererträge mit insgesamt 30.7 Millionen Franken zu entschädigen. Ende November 2020 hatte der Regierungsrat die Zusatzkosten des Spitals noch mit 14.47 Mio. Franken eingeschätzt. Dank der zusätzlichen Zahlung des Kantons kann das Spital für das Geschäftsjahr 2020 einen ausgeglichenen Jahresabschluss vorlegen. Private Kliniken haben vom Kanton Stand bisher keine Entschädigungen erhalten.

Kanton Obwalden

<input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitalern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen
<input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitalern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten
	<input type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten

Das Kantonsspital Obwalden erhält vom Kanton mehr Geld, um die Ertragsausfälle wegen der Massnahmen gegen das Coronavirus zu kompensieren sowie für die Covid-19-bedingten Mehrkosten. Das Spital, welches im Frühjahr 2020 in massive Liquiditätsengpässe geriet, schätzt seine Covid-19-bedingten Ertragsausfälle auf rund 4 Millionen Franken, für die ausserordentlichen Mehrkosten wurden 673'000 Franken veranschlagt. Das Kantonsparlament hat Ende Mai 2020 eine Kreditüberschreitung von bis zu 4.4 Millionen Franken bewilligt.

Kanton St. Gallen

<input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitalern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen
<input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitalern	<input type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten
	<input type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten

Der Kantonsrat des Kantons St. Gallen hat am 16. Februar 2021 einen Ausgleich von Ertragsausfällen der öffentlichen und privaten Spitäler und Kliniken aufgrund der Covid-19-Pandemie beschlossen. Dafür hat er eine Ausgabe von 42.3 Mio. Franken gesprochen. Die Entschädigungen werden ausgerichtet für Ertragsausfälle im ambulanten und stationären Bereich, wobei inner- und ausserkantonale Patienten berücksichtigt werden.

Die finanzielle Unterstützung wird nur dann geleistet, wenn es während der ersten Welle im Frühjahr 2020 zu einem signifikanten Frequenzeinbruch kam. Sollte der Umsatz bzw. die Frequenz um weniger als 4 Prozent zurückgegangen sein, leistet der Kanton keinen Beitrag. Ebenfalls kommen jene Spitäler nicht in den Genuss der Entschädigungen, bei welchen die Kurzarbeitsentschädigungen den Ertragsausfall übersteigen.

Auf Basis von Berechnungen des Gesundheitsdepartements haben sieben Spitäler und Kliniken im Akutbereich Anspruch auf eine Entschädigung. Die Rosenklinik sowie die Thurklinik gehen dabei leer aus, da der Frequenz- bzw. Umsatzrückgang bei diesen Leistungserbringern zu wenig stark ausgefallen ist. Damit profitiert lediglich die private Klinik Stephanshorn von den Entschädigungen des Kantons. Rund 94 Prozent der Entschädigungen im Akutbereich fliessen an die öffentlich-subventionierten Spitäler des Kantons St. Gallen. Das Kantonsspital St. Gallen erhält rund die Hälfte des Gesamtbudgets.



Kanton Schaffhausen

<input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitalern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen
<input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitalern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten
	<input type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten

Die Spitäler Schaffhausen AG erhielten gemäss eigener Erfolgsrechnung im Jahr 2020 pandemiebedingte Zuschüsse von 14.4 Millionen durch den Kanton. Der Regierungsrat anerkennt einerseits die pandemiebedingten Mehrkosten des Spitals, andererseits werden die Ertragsausfälle zur Kenntnis genommen. Im Rahmenvertrag des Regierungsrats mit den Spitalern Schaffhausen vom 5. / 21. Juli 2016 wurde ein Modus vereinbart, der den Spitalern einen Anspruch auf Zusatzbeiträge des Kantons im Falle einer Pandemie zusichert. Der Mechanismus sieht vor, dass dem Spital eine EBITDA-Marge von 8 Prozent zugesichert wird. Das Spital selbst schätzt seine Ertragsausfälle und die Mehrkosten beim Personal und beim medizinischen Aufwand auf 24.3 Millionen Franken.

Kanton Solothurn

<input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitalern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen
<input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitalern	<input type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten
	<input type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten

Die Solothurner Bevölkerung hat am 25. April 2021 einer Regierungsvorlage für Akontozahlungen an die Spitäler zugestimmt. Die Zustimmung fiel mit 71 Prozent äusserst deutlich aus. Diesem Entscheid voraus ging ein einstimmiger Beschluss des Kantonsrats vom 27. Januar 2021.

Die Vorlage beschränkte sich auf die Deckung der Ertragsausfälle während der ersten Covid-19-Welle im Frühjahr 2020. Die Spitäler und Kliniken haben dem Kanton für die Berechnungen detaillierte Daten zur Verfügung gestellt. Mit einer Akontozahlung von insgesamt 16.2 Mio. Franken sollten rund 75 Prozent der Ertragsausfälle der Spitäler ausfinanziert werden. Es werden ausschliesslich Ertragsausfälle im Zusammenhang mit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie der Invaliden-, Militär- und Unfallversicherung berücksichtigt. Ertragsausfälle im Zusatzversicherungsbereich (halbprivat und privatversicherte Patientinnen und Patienten) gehen zulasten der Spitäler oder der Krankenkassen. Zudem wurde entschieden, dass die berücksichtigten Spitäler für das Jahr 2020 keine Dividenden ausschütten dürfen.

Vom Gesamtbetrag entfallen 3.1 Mio. Franken auf die Pallas Kliniken AG, 1.3 Mio. Franken auf die Privatklinik Obach und 11.8 Mio. Franken auf die Solothurner Spitäler AG. 27 Prozent der Zahlungen fliessen damit an private Trägerschaften. Sobald detaillierte Kostendaten der Spitäler zur Verfügung stehen, soll die definitive Höhe der Abgeltung festgelegt werden. Aber auch über die Vergütung der entstandenen Mehrkosten für Schutzmaterial und das Anwenden von Schutzkonzepten soll zu einem späteren Zeitpunkt entschieden werden.

Kanton Tessin

<input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitalern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen
<input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitalern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten
	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten

Der Regierungsrat des Kantons legte am 5. August 2021 den Betrag von CHF 20 Mio. auf der Grundlage der endgültigen Zahlen des Jahres 2020 fest. Mehrkosten für den Aufbau- und Betrieb von Kapazitäten für die Behan-

dlung von Covid-19 Patienten werden abgegolten und Personalkosten bis zu 70 Prozent kompensiert. Aber auch ungedeckte Behandlungskosten (z.B. Hotelzimmer für Grenzpersonal) werden vergütet. In 2020 hatte der Tessiner Regierungsrat über erlassene Dekrete Vorschüsse an die Spitäler und Kliniken geleistet; das Gesetz über die Anwendung des KVG (LCAMal lässt dies ohne Konsultation des Parlamentes zu.

Anders ist die Situation in Bezug auf die Kompensation der Ertragsausfälle. Dort hat der Tessiner Regierungsrat zunächst die Verpflichtung zur Entschädigung für Ertragsausfälle prinzipiell anerkannt. Er wird jedoch erst über den Betrag entscheiden können, nachdem der Grosse Rat seine Stellungnahme abgegeben haben wird.

Kanton Thurgau

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitalern | <input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen |
| <input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitalern | <input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten |
| | <input type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten |

Der Regierungsrat des Kantons Thurgau konzidierte im Januar 2021, dass der Handlungsspielraum der Leistungserbringer durch die im Jahr 2020 erfolgten Bundesmassnahmen (zeitweises Verbot von elektiven Behandlungen und Verpflichtung zum Aufbau von Infrastruktur zur Behandlung von Covid-19-Patienten) eingeschränkt war. Er sprach deshalb einen Betrag von maximal 16.8 Millionen Franken. Maximal 6.5 Millionen Franken an die Ertragsausfälle für stationäre Leistungen, wenn die Spitäler die Verluste bis Ende 2020 nicht auffangen konnten und maximal 8.8 Millionen Franken auf Gesuch hin für eine Abgeltung an Covid-19-bedingte Zusatzkosten, die nicht über die bestehenden Abgeltungssysteme oder andere Abgeltungen gedeckt sind. Zusätzlich wurden dem Spital Thurgau AG 1.5 Millionen Franken gewährt, weil die Kantonsspitäler in Frauenfeld und Münsterlingen keine Kurzarbeitsentschädigung beantragen konnten. Die Kantonsspitäler des Kantons Thurgau sind keine öffentlich-rechtlichen Institutionen, sind aber eigentumsrechtlich im Besitz des Kantons und gelten damit nach der Definition dieses Berichts als subventioniert.

Kanton Uri

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitalern | <input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen |
| <input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitalern | <input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten |
| | <input type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten |

Im Kanton Uri beteiligt sich die Regierung mit 0.4 Millionen an den Covid-19-Kosten des Kantonsspitals, dies geht aus dem Budget des Kantons Uri für das Jahr 2021 hervor. Ob es sich dabei um eine Abgeltung der Ertragsausfälle, der Mehr- und Zusatzkosten oder der ungedeckten Behandlungskosten handelt, ist nicht klar. Der Beitrag von 400'000 Franken dürfte aber ohnehin nicht hoch genug sein, um das Spital finanziell zu entlasten. Aus dem Jahresbericht 2020 des Kantonsspitals Uri geht hervor, dass die ambulanten und stationären Erträge im Vergleich zum Vorjahr um 3 Millionen Franken zurückgegangen sind. Entsprechend sank auch das Eigenkapitalpolster des Unternehmens.



Kanton Waadt

<input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitalern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen
<input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitalern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten
	<input type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten

Der Staatsrat des Kantons Waadt hat am 26. Juni 2020 kommuniziert, dass er zusätzliche Gelder von 160 Mio. Franken für die Spitäler des Kantons bereitstellen will. Es fehlen allerdings Überlegungen dazu, auf welcher Basis der Gesamtbetrag von 160 Mio. Franken von der Regierung festgelegt wurde. 126.5 Mio. Franken sind als Kompensation für die Ertragsausfälle im stationären Bereich gedacht. Der ambulante Bereich soll zu einem späteren Zeitpunkt berücksichtigt werden; allenfalls in Kombination mit anderen ambulanten Leistungserbringern. Die Zahlungen für den stationären Bereich beschränken sich auf Spitäler «d'intérêt public» im Sinne von Art. 4 des kantonalen Gesetzes über die Spitalplanung und -finanzierung. Das bedeutet, dass nur das CHUV und die Spitäler der Fédération des Hôpitaux Vaudois (allesamt subventionierte Spitäler) in den Genuss dieser Zahlungen kommen; Privatkliniken werden hingegen nicht für Ertragsausfälle entschädigt.

Die restlichen 33.5 Mio. Franken vom Staatsrat gesprochenen Gelder sollen die Mehrkosten der Spitäler für spezifische Leistungen decken. Darunter versteht der Kanton die Covid-19-Schutzausrüstung, spezielle Vorkehrungen für die Versorgung der Covid-19-Patienten, die Testung und das zusätzliche Personal. Das Geld ist für die öffentlichen, subventionierten und privaten Spitäler gedacht. Es fehlen allerdings Angaben, wann die Auszahlung erfolgen und nach welchem Prinzip der Gesamtbetrag auf die verschiedenen Leistungserbringer verteilt werden soll.

Kanton Wallis

<input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitalern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen
<input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitalern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten
	<input type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten

Der Staatsrat des Kantons Wallis entschied am 4. Februar 2021, die finanziellen Verluste der Spitäler wegen Ertragsausfällen und Mehrkosten mit 64 Mio. Franken zu kompensieren. 53.5 Millionen Franken (41.5 Millionen an das Spital Wallis und 6.4 Millionen an das Spital Riviera-Chablais Waadt-Wallis). Der Rest betrifft die Kliniken Valère und CIC Saxon, die Berner, Genfer und Luzerner Klinik in Montana, die Clinique romande de réadaptation und die Leukerbad Clinic. Die finanzielle Entschädigung für die Alters- und Pflegeheime und Tagesstrukturen werden auf 10.5 Millionen Franken veranschlagt. Dieser Betrag wird zwischen dem Kanton (70%) und den Gemeinden (30%) aufgeteilt.

Die zusätzlichen Kosten für den Kanton, die den Spitalern, Kliniken, Alters- und Pflegeheimen und anderen Gesundheitseinrichtungen durch die Pandemie entstanden sind, werden auf 61 Millionen Franken geschätzt. Ein Teil davon, nämlich 30.7 Millionen Franken, kann aus dem Restbudget der Dienststelle für Gesundheitswesen gedeckt werden. Die Budgetüberschreitung von 30.2 Millionen Franken wird dem Parlament im Rahmen der Genehmigung der Rechnung 2020 unterbreitet.

Kanton Zürich

<input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitalern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen
<input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitalern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten
	<input type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten

Der Zürcher Regierungsrat verabschiedete im Sommer 2020 ein Massnahmenpaket zur Unterstützung der Spitäler bei der Bewältigung der finanziellen Folgen der Corona-Pandemie. Der Kanton rechnete damals mit Ertragsausfällen von 7 Prozent der Gesamterträge bzw. 383 Mio. Franken, wovon 164 Mio. Franken auf private Trägerschaften entfallen. Daneben wurden die Zusatzkosten auf 5 bis 15 Mio. Franken geschätzt. Als Zusatzkosten gelten Investitions- und Sachkosten für den Aufbau, die Anpassung und die Umstellung von bestehenden medizinischen Abteilungen und die damit verbundene Anpassung von Prozessen sowie die Bereitstellung zusätzlicher Kapazitäten (Betten, Intensivpflegeplätze und Beatmungsplätze).

Bei den Ertragsausfällen beteiligt sich der Kanton ausschliesslich an jenen Mindereinnahmen im stationären Bereich, die zulasten der OKP oder der Invalidenversicherung abgerechnet worden wären (Massnahme 1; 125 Mio. Franken). Davon deckt der Kanton Zürich 55 Prozent bzw. 20 Prozent. In den Genuss der Zahlungen kommen nebst den Listenspitalern ebenfalls die Vertragsspitäler im Kanton. Bei der Berechnung werden Einnahmen aus Drittquellen (Kurzarbeitsentschädigung, Beiträge von anderen Kantonen) berücksichtigt. Die Beiträge werden zudem gekappt, sollte ein Spital dadurch im Jahr 2020 einen Gewinn erzielen. Bei den Zusatzkosten vergütet der Kanton hingegen 100 Prozent der Kosten (Massnahme 2; 10 Mio. Franken).

Nebst den A-fonds-perdu-Beiträgen gewährt der Kanton Zürich Überbrückungsdarlehen und Bürgschaften (Massnahme 3). Massgebend für die Gewährung solcher Darlehen sind Ertragsausfälle, welche nicht bereits durch die Massnahme 1 abgedeckt werden. Die Kantonsspitäler haben kein Anrecht auf kantonale Darlehen.

Am 11. November 2020 hat der Regierungsrat ein zweites Massnahmenpaket beschlossen, welches die Zusatzkosten der Covid-A- und Covid-B-Spitäler während der zweiten Welle (17.10.2020 – 31.12.2020) decken sollte. Beschlossen wurde eine pauschale Abgeltung pro Bett; 12'800 Franken für ein Intensivpflegebett sowie 3'200 Franken für ein Normalbett. Insgesamt wurde ein zusätzlicher Beitrag von 14.1 Mio. Franken budgetiert.

5.3 Bewertung der Massnahmen

5.3.1 Staatliche Haftung für Ertragsausfälle und Zusatzkosten

Der Bundesrat handelte während der Pandemie auf der Grundlage des Epidemiengesetzes. Nach Art. 7 EpG kann er, «wenn es eine ausserordentliche Lage erfordert, [...] für das ganze Land oder für einzelne Landesteile die notwendigen Massnahmen anordnen». Nach Art. 6 Abs. 1 EpG liegt eine besondere Lage vor, wenn

1. eine erhöhte Ansteckungs- und Ausbreitungsgefahr,
2. eine besondere Gefährdung der öffentlichen Gesundheit und
3. schwerwiegende Auswirkungen auf die Wirtschaft oder auf andere Lebensbereiche bestehen

und die ordentlichen Vollzugsorgane nicht in der Lage sind, den Ausbruch und die Verbreitung übertragbarer Krankheiten zu verhüten und zu bekämpfen.

Der Bundesrat kann in diesem Fall nach Anhörung der Kantone insbesondere Ärztinnen, Ärzte und weitere Gesundheitsfachpersonen verpflichten, bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten mitzuwirken (Art. 6 Abs. 2, Lit. c EpG). Nach weitverbreiteter Meinung war im März 2020 die Lage ausserordentlich und daher der Anlass gegeben, einschränkende Massnahmen zu ergreifen. Eine Beurteilung darüber, ob die konkret erlassenen Massnahmen zweckmässig, wirksam und wirtschaftlich waren, wie sie Art. 81 EpG vom Bundesrat verlangt, steht allerdings bisher aus.



Weiterhin stellt sich die **Haftungsfrage** für die aufgrund der erfolgten Massnahmen entstandenen Schäden. Nach Art. 63 EpG kann die anordnende Behörde Personen, die einen Schaden erleiden, entschädigen, soweit die Schäden nicht anderweitig gedeckt sind. In Art. 10a der Covid-19-Verordnung 2 vom 17. März 2020 sind die anordnenden Behörden, Bund und Kantone, und deren Massnahmen genannt. Der **Bund** wies die Spitäler und Kliniken an, auf nicht dringend angezeigte medizinische Eingriffe und Therapien zu verzichten (Abs. 1). Daher sollte er grundsätzlich für die Ertragsausfälle haften, die aufgrund dieser Anordnung den Spitälern und Kliniken entstanden sind. Ebenfalls erscheinen die **Kantone** in der Pflicht zu sein, für Mehrkosten zu haften, die privaten Spitälern und Kliniken durch die Verpflichtung entstanden, ihre Kapazitäten für die Aufnahme von Patientinnen und Patienten zur Verfügung zu stellen (Abs. 2). Art. 63 EpG verpflichtet die anordnenden Behörden nicht zur Haftung, sondern lässt deren Haftung zu. Ob aus dem «Kann» ein «Muss» wird, werden Gerichte zu klären haben.

Das Epidemiegesezt sieht weiterhin eine Haftung für Schäden durch behördlicher Massnahmen nach den Artikeln 33–38 sowie 41 Absatz 3 vor. Dies betrifft ausschliesslich einzelne Personen. Personengruppen, wie Ärzte und Gesundheitsfachpersonen, werden dagegen in diesen Artikeln nicht explizit adressiert. Ob damit eine Entschädigung von Personengruppen tatsächlich ausgeschlossen ist, ist allerdings fraglich. Es würde dem Sinn des Gesetzes widersprechen. Zudem anerkennen die Kantone faktisch über die beschlossenen Hilfen an Spitäler und Kliniken für finanzielle Schäden aufgrund von Covid-19-Massnahmen ihre Haftungspflicht. Frau Nationalrätin Herzog (SVP) reichte im Parlament eine [Motion](#) ein, wonach das Epidemiegesezt um einen Passus ergänzt werden solle, die Bund und Kantone verpflichtet, die Spitäler für Kosten zu entschädigen, die diesen durch sie angeordnete Massnahmen entstehen.

Die durch die Kantone beschlossenen Kompensationsmassnahmen beziehen sich durchwegs auf den Bereich der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die durch H+ erarbeiteten Vorschläge zur Kompensation von aufgrund von Covid-19-Massnahmen entstandenen Zusatzkosten und Mindererträge schliessen den **Zusatzversicherungsbereich** (VVG) aus. Die Argumentation der Kantone via Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), dass die Ertragsausfälle im VVG-Bereich dem «Betriebsrisiko» zuzuschreiben seien, ist nicht nachvollziehbar. Unternehmen sind zwar zwangsläufig einem mehr oder weniger grossen wirtschaftlichen Risiko ausgesetzt. Die behördlich angeordneten Eingriffe, wie sie während der 1. Welle vom Bundesrat getätigt wurden, haben weder mit dem üblichen betrieblichen Risiko zu tun, da diese nicht zu erwarten waren, noch sind sie das Ergebnis eines Ereignisses von höherer Gewalt. Selbst wenn die Covid-19-Pandemie als seltenes, unabwendbares Ereignis eingestuft wird, hatten die Behörden beim Beschliessen der Massnahmen einen grossen Entscheidungsspielraum. Dass es sich bei den Vergütungen im Zusatzversicherungsbereich um private Einkünfte handelt wie bspw. bei Restaurants, Geschäften oder Fitnesscentern, hat indes keinen Einfluss auf die Haftungsfrage, da lediglich der Kostenträger ein anderer ist.

5.3.2 Beiträge an die Mehrkosten

Die bei einer Covid-19-Erkrankung teilweise erforderliche intensivmedizinische Behandlung der Patienten ist grundsätzlich OKP-pflichtig und daher durch die **Krankenkassen und die Kantone** zu finanzieren. Das BAG attestierte bereits im März 2020, dass «*akut-stationäre Behandlungen von Covid-19 aufgrund der Infektion mit dem neuartigen Corona-Virus SARS-CoV-2 [...] in der [SwissDRG] Version 9.0 nur unzureichend abgebildet [werden]*».²⁴ Als Konsequenz wurde die Tarifversion 9.0 leicht überarbeitet und das Regelwerk angepasst. Dies ist insofern kein Spezialfall, als dass die SwissDRG ein ordentliches Antragsverfahren kennt, bei dem Leistungserbringer und Kostenträger die Aufnahme neuer Leistungen in das Tarifsystem beantragen können. Das SwissDRG-System kann daher flexibel an die medizinische Entwicklung angepasst oder im Falle von Corona um neue Krankheitsbilder erweitert werden. Weil Covid-19-Behandlungen auch künftig stattfinden werden, kann dieser Aspekt im Rahmen der SwissDRG-Vergütung geregelt werden. Ein wichtiger Bestandteil der Covid-19-bedingten Behandlungskosten sind medikamentöse Therapien mit neu entwickelten Medikamenten (z.B. Remdesivir). In diesem Fall haben sich die Tarifpartner auf Zusatzentgelte geeinigt. Die Spitäler können diese Medikamente somit separat in Rechnung

²⁴ «Kostenübernahme für die stationäre Behandlung im Rahmen der COVID-19-Pandemie», Faktenblatt des BAG vom 5. Mai 2020.

stellen. Mittelfristig soll die medikamentöse Therapie allerdings inhärenter Bestandteil der Fallpauschale werden.

Die Covid-19-bedingten medizinischen Leistungen (d.h. ärztliche Leistung, Pflege, Medikamente, Verbrauchsmaterial usw.) sind somit als **OKP-pflichtige Leistungen** zu taxieren. Die Aufteilung der entsprechenden Mehrkosten zwischen Versicherer und Kanton müsste im Verhältnis 55 zu 45 erfolgen. Dies gilt grundsätzlich nicht nur für die direkten Behandlungskosten, sondern für sämtliche im Rahmen der Behandlung von Covid-19-Patienten anfallenden Kosten (z.B. Nutzung der Infrastruktur, wie der Aufbau und Betrieb der Covid-19-Station und der Isolierzimmer, Kosten für die Beschaffung von Beatmungsgeräten sowie die Kosten für die nötige Schutz- und Hygieneausrüstung für das Personal). Insofern diese Leistungen für die Versorgung von Covid-19 zweckmässig, wirksam und wirtschaftlich sind und eingesetzt werden, sind sie von den Kostenträgern anteilig zu finanzieren.

Zahlreiche Kantone sind in diesem Bereich in Vorleistung gegangen. Sie haben rasch und unbürokratisch gehandelt und mit ihren finanziellen Hilfen die kurz- und mittelfristige Liquidität der Spitäler sichergestellt. Dieses Vorgehen ist als pragmatisch zu beurteilen. Nun liegt der Ball beim Bund, eine faire und KVG-konforme Aufteilung der Kosten zwischen den Kantonen und den Krankenversicherern zu erwirken.

5.3.3 Beiträge an die Ertragsausfälle

Damit bleibt die Frage der ambulanten und stationären Ertragsausfälle zu klären. Das Verbot der Durchführung elektiver Eingriffe hatte zum Ziel, die Vorhalteleistungen der Spitäler (Intensivbetten, Personal usw.) kurzfristig zu erhöhen. Dämpfend wirkte dabei die Möglichkeit der privaten Spitäler, in einigen Kantonen eine **Kurzarbeitsentschädigung** beantragen zu können. Die öffentlich-rechtlichen Spitäler hatten in diesem Zusammenhang einen Wettbewerbsnachteil, der grundsätzlich vom Kanton durch angemessene Zahlungen ausgeglichen werden könnte. Die Zahlungen könnten nach den Regeln und Ansätzen der Kurzarbeitsentschädigung durch das SECO erfolgen. Solche Zahlungen könnte man als gemeinwirtschaftliche Leistungen klassifizieren.

Die Kurzarbeitsentschädigung leistet allerdings nur einen Beitrag an die Personalkosten der Spitäler (ca. 63 % der Gesamtkosten). Die unter normalen Umständen anfallenden Erträge aus der Leistungserbringung werden ausserdem dafür benötigt, um die Abschreibungen, sowie die Verzinsung des gebundenen Kapitals (Eigen- und Fremdkapital) finanzieren zu können (ca. 9 %). Eine Sonderstellung nehmen in diesem Zusammenhang die Sachkosten (ca. 28 %) ein, die zumindest teilweise fallabhängig bzw. variabel sind (z.B. medizinischer Bedarf, Energie und Wasser, Lebensmittel) und daher nur dann anfallen, wenn tatsächlich Patienten behandelt werden (Stichwort: Aufwandminderung). All diese teilweise gegenläufigen Effekte machen es schwierig, die effektiven Covid-19-bedingten Einnahmeausfälle netto zu berechnen. Dies zeigt sich u.a. auch daran, dass viele Kantone mit den abschliessenden Auszahlungen zuwarten, bis die definitiven Kosten- und Leistungsdaten der Spitäler vorliegen, oder noch überhaupt keine Zahlungen beschlossen haben.

Gemeinwirtschaftliche Leistungen werden von den Kantonen finanziert. Die BVGer-Entscheidung der letzten Jahre könnten jedoch dazu führen, dass die Kosten für **Vorhalteleistungen** (Spitalbetten, Personal, Notfallstation, Beatmungsgeräte usw.) künftig als **tarifrelevant** eingestuft und daher anteilmässig von den Kantonen und Versicherern getragen werden müssen. Das heutige KVG schliesst eine solche Aufteilung der Kosten für Vorhalteleistungen per se nicht aus. Art. 49 Abs. 3 KVG sagt lediglich aus, dass die Kosten für die universitäre Forschung und Lehre sowie die regionalpolitisch motivierte Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten nicht in den stationären Tarifverträgen berücksichtigt werden dürfen. Für eine eingehende Diskussion zum Thema Vorhalteleistungen sei auf die letztjährige Studie verwiesen (Felder und Meyer, 2020).

5.3.4 Covid-19-Beiträge und die Trägerschaft

Ein Grossteil der kantonalen Covid-19-Zahlungen dürfte an öffentliche und subventionierte Spitäler fliessen. Dies ist nebst dem hohen Marktanteil der Universitäts- und Kantonsspitäler vor allem ihrer zentralen Rolle während der Corona-Pandemie geschuldet. Die öffentlichen und subventionierten Spitäler wurden von den Kantonen über Leistungsverträge beauftragt, den überwiegenden Teil der stationären Covid-19-Patienten zu behandeln



und waren daher mit Mehrkosten für den Aufbau und den Betrieb von Covid-19-Stationen konfrontiert. Dies gilt zumindest für einen Grossteil der Kantone. Daher zahlen die Kantone den Löwenanteil der Entschädigungen für Covid-19-bedingte Mehrkosten an öffentlich getragene Institutionen. In einigen Kantonen kommen die Privatkliniken überhaupt nicht zum Zuge. So leistet die Waadt Entschädigungen für Ertragsausfälle explizit nur an öffentliche Spitäler. Eine abschliessende Aufstellung der Kantonsbeiträge nach Trägerschaft kann erst dann erstellt werden, wenn die Kantone ihre definitiven Beiträge werden ausbezahlt haben. In den Kennzahlen der Schweizer Spitäler wird man im nächsten Jahr die Verbuchungen für 2020 nachvollziehen können.

Angesichts der akuten und dynamischen Lage wäre es für die Kantone schwierig gewesen, die Corona-Leistungsaufträge im Submissionsverfahren zu vergeben. Für künftige Gesundheitskrisen sind die Kantone allerdings angehalten zu evaluieren, wie sie die Ressourcen des privaten Gesundheitsbereichs besser nutzen könnten. Diese Überlegungen gilt es jedoch nicht erst bei einer allfälligen künftigen Krise anzustellen, sondern als Bestandteil in eine kantonale Gesundheitsstrategie aufzunehmen.

Bei den Entschädigungen für die Ertragsausfälle befanden sich die öffentlichen und subventionierten Spitäler im Nachteil, weil sie keinen Zugang zu Kurzarbeitsentschädigungen hatten. Allerdings ist bisher unklar, wie weit die Kurzarbeiterentschädigung ausreichen, die Löhne des unterbeschäftigten Personals bei den privaten Kliniken zu finanzieren. Wie hoch der Nachteil für die öffentlichen und subventionierten Spitäler schliesslich ausfallen wird, lässt sich ebenfalls erst abschätzen, wenn die definitiven Kostenrechnungen der Spitäler vorliegen. Für die Privatspitäler fällt ins Gewicht, dass sich die Kantone auf die Entschädigung der OKP-Einnahmen beschränken. Für die Ertragsausfälle der Zusatzversicherungen, welche bei den Privatkliniken eine grössere Rolle spielen, werden gemäss unserer Recherche keine Entschädigungen gezahlt. Da das vorübergehende Verbot von elektiven Behandlungen vom Bund angeordnet wurde, besteht gemäss Epidemienengesetz grundsätzlich beim Bund eine Haftungspflicht.

Literaturverzeichnis

Bundesamt für Statistik BFS (2019), *Kosten des Gesundheitswesens, Provisorische Ergebnisse für 2017*. [LINK](#)

Fachkommission Rechnungswesen & Controlling (2014), *Entscheid zum Antrag Nr. 14_001, H+ Die Spitäler der Schweiz*, Bern. [LINK](#)

Felder, S., und Meyer, S. (2020), *Tarif- und Finanzierungsunterschiede im akutstationären Bereich zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken 2013-2018*. Studie im Auftrag der Privatkliniken Schweiz (PKS). Universität Basel. [LINK](#)

H+ Die Spitäler der Schweiz (2021), *Quantifizierung und Plausibilisierung der finanziellen Auswirkung von COVID-19 auf die Schweizer Spitäler ausgehend von der Finanzbuchhaltung und der Kostenartenrechnung*. (Version 2.0 vom April 2021). [LINK](#)

PwC (2021), *Whitepaper 4.0 – Finanzielle Auswirkungen der COVID-19 Pandemie auf die Schweizer Spitäler*. (Stand: 4. Juni 2021). [LINK](#)



Anhang I: Datenquellen

Beschreibung	Link
Bundesamt für Gesundheit (BAG) Kennzahlen der Schweizer Spitäler (KZSS)	Daten 2013
	Daten 2014
	Daten 2015
	Daten 2016
	Daten 2017
	Daten 2018
	Daten 2019
	Daten 2008-2019 (Längsschnittdaten)
Bundesamt für Statistik (BFS) Krankenhausstatistik (KS) Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens	Betten und Hospitalisierungen nach Aktivitätstyp 1998-2019
	Fluss der hospitalisierten Patienten nach Wohnkanton und nach Kanton des Leistungserbringers 1999-2019
	Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2019 (prov. Daten)

Anhang II: Tableaun

Tableau A27: Überblick der Spitäler mit Änderung der Kennzahlen aufgrund von Rücksprachen

Kanton	Name des Spitals	Jahre mit korrigierten Werten		
BE	Privatklinik Linde AG	2013	2014	2015
	Lindenhof AG		2013	
	Inselspital Bern	2013	2014	2015
	Hôpital du Jura bernois SA	2013	2014	2015
	Spital Netz Bern AG	2013	2014	
	Regionalspital Emmental AG		2013	
	Hirslanden Bern AG	2013	2014	2015
	SRO Spital Region Oberaargau AG	2013	2014	
	Spitalzentrum Biel		2013	
	Spitäler FMI AG	2013	2014	2015
BS	Universitätsspital Basel		2013	
FR	Clinique Générale – Ste-Anne SA		2013	
GE	Les Hôpitaux Universitaires de Genève HUG		2013-2019	
NE	Hôpital Neuchâtelois HNE	2013	2014	
SZ	Spital Schwyz		2013	
TI	EOC Ente ospedaliero cantonale		2013	
VS	Leukerbad Clinic RZL Rehabilitationszentrum AG	2014	2014	2015
VD	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)	2013	2015-2018	
ZG	Zuger Kantonsspital AG		2013	
ZH	GZO Spital Wetzikon		2014	



Tableau A28: Anteil Fälle nach Herkunft der Patienten nach Kanton, 2019

Kanton	kantonal	Andere Kantone	Ausland
AG	86.1%	11.7%	2.2%
AI	63.5%	34.0%	2.5%
AR	33.7%	65.4%	0.9%
BE	84.5%	14.7%	0.8%
BL	69.6%	27.4%	2.9%
BS	39.6%	54.2%	6.2%
FR	94.2%	5.3%	0.5%
GE	84.8%	7.4%	7.8%
GL	90.5%	8.9%	0.6%
GR	67.6%	24.3%	8.2%
JU	94.1%	5.0%	0.9%
LU	76.1%	22.8%	1.1%
NE	94.7%	4.4%	0.9%
NW	64.6%	33.5%	1.9%
OW	77.0%	22.5%	0.5%
SG	76.5%	18.7%	4.8%
SH	77.7%	17.6%	4.7%
SO	79.5%	19.8%	0.7%
SZ	83.7%	15.6%	0.7%
TG	91.6%	7.3%	1.1%
TI	92.8%	4.1%	3.2%
UR	93.0%	5.2%	1.8%
VD	82.4%	15.0%	2.5%
VS	91.9%	5.2%	3.0%
ZG	77.6%	21.6%	0.8%
ZH	82.8%	15.8%	1.4%
CH	80.4%	17.0%	2.6%

Anmerkung: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2019). Berechnung: Universität Basel.

Tableau A29: Schliessungen, Fusionen und Änderung der Trägerschaft, 2013-2019

A) Wegfall aus der Statistik akuter Einrichtungen (Schliessung, Fusion anderer Aktivitätstyp usw.)	Augenklinik Dr. A. Scarpatetti AG	Schliessung/kein stat. Angebot mehr (2017)	
	Clinique Cecil SA	Fusion mit Hirslanden Lausanne SA; Standort bleibt (2014)	
	Clinique la Métairie SA	A/P/R → P (2014)	
	Clinique Médico-Chirurgicale de Longeraie SA	Schliessung/kein stat. Angebot mehr (2016)	
	Clinique Montbrillant SA	Fusion mit Swiss Medical Network (2014)	
	Geburtshaus Graubünden	Schliessung/kein stat. Angebot mehr (2014)	
	Klinik Pyramide Schwerzenbach	Aufgabe des Standorts (2016)	
	Klinik Schönberg AG	A/R → R (2014)	
	Lukas Klinik	Fusion mit einer anderen Klinik (2014)	
	Maison de naissance Aquila	Schliessung/kein stat. Angebot mehr (2016)	
	Maison de naissance La Grange Rouge	Schliessung/kein stat. Angebot mehr (2016)	
	Maison de naissance Lunaissance	Schliessung/kein stat. Angebot mehr (2016)	
	Maison de naissance Zoé	Schliessung/kein stat. Angebot mehr (2016)	
	Privatklinik Piano	unklar (nicht mehr in der Statistik, 2014)	
	Vista Diagnostics AG	unklar (nicht mehr in der Statistik, 2014)	
	Hôpital du Chablais VD	Fusion mit Hôpital de Vaud (2014)	
	Hôpital Intercantonal de la Broye (HIB) Estavayer le Lac	Zusammenlegung (statistisch) mit dem Standort in Payerne (2014)	
	Schweizerisches Epilepsie Zentrum	Fusion mit Klinik Lengg AG (2014)	
	Felix Platter Spital	A/R → R (2014)	
	Réseau Santé Mentale SA RSM SA	Fusion mit Hôpital du Jura bernois (2014)	
	2019	Klinik St.Georg Goldach AG	Schliessung (2019)
		Clinica Luganese SA Sede San Rocco	Fusion mit Clinica Luganese Moncucco SA (Standort bleibt)
		Hôpital du Valais - Centre hospitalier du Chablais (CHC)	Fusion mit Hôpital du Valais Centre hospitalier du Valais Romand CHVR (Standort bleibt)
B) Aufnahme in die Statistik akuter Einrichtungen (Neueröffnung, anderer Aktivitätstyp usw.)		Hôpital du Valais - Centre hospitalier du Chablais (CHC)	P/R → A/P/R (2015)
		Leukerbad Clinic RZL Reha-bilitationszentrum Leukerbad AG	R → A/R (2015) → R (2016)
	Geriatrische Klinik St. Gallen	R → A/R (2014) → A (2015)	
	Klinik Lengg AG	Ehem. Schweiz. Epilepsie Zentrum (2014)	
	Geburtshaus Maternité Alpine	Neueröffnung (2017)	
Clinique CIC Valais SA	Neueröffnung (2014)		



2019

	Clinique du Grand-Salève Sàrl	Neueröffnung (2018)
	Matthea Geburtshaus	Neueröffnung
	Geburtshaus St.Gallen GmbH	Neueröffnung
	SMN - Klinik Gümligen	Neuer Betrieb aus Teilverkauf der Siloah AG
	Hôpital de Moutier SA	Neuer Betrieb aus Abspaltung des Hôpital de Jura bernois
	Hôpital de Lavaux	R → A/R
	Fondation Rive-Neuve Unité de Soins Palliatifs	R → A/R
C) Änderung der Trägerschaft/ Organisationsstruktur	Spital Affoltern	Verein / Stiftung → öff. Unternehmen (2015)
	Spital Netz Bern AG	Insel Gruppe AG (nicht-universitär) (2016)
	Regionalspital Surselva AG	öff. Unternehmen → AG / GmbH (2015)
	Spital Bülach AG	öff. Unternehmen → AG / GmbH (2015)

Anmerkungen: A: Akutversorgung, P: Psychiatrie, R: Rehabilitation.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013-2019). Darstellung: Universität Basel.

Anhang III: Verzeichnis der Schweizer Akutspitäler 2019

Kt.	Spital	Ort	Typ ¹	Trägerschaft	Aktivitäts- typ ²	Anzahl	Spitalliste ³
AG	SMN - Klinik Villa im Park	4852 Rothrist	K235	privat	A	1	1
AG	Geburtshus Storchenäsch AG	5504 Othmarsingen	K232	privat	B	1	0
AG	Hirslanden Klinik Aarau	5000 Aarau	K112	privat	A	1	1
AR	Berit Paracelsus-Klinik AG	9042 Speicher	K231	privat	A, R	2	1
AR	Hirslanden Klinik Am Rosenberg AG	9410 Heiden	K231	privat	A	1	1
BE	Geburtshaus Luna AG	3072 Ostermundigen	K232	privat	B	1	0
BE	Genossenschaft Geburtshaus Simmental-Saaneland Maternité Alpine	3770 Zweisimmen	K232	privat	B	1	0
BE	Hirslanden Bern AG	3013 Bern	K112	privat	A	5	1
BE	Hirslanden Klinik Linde AG	2503 Biel	K121	privat	A	1	1
BE	Klinik Hohmad AG	3600 Thun	K231	privat	A	1	1
BE	Lindenhofgruppe AG	3012 Bern	K112	privat	A	4	1
BE	Siloah AG	3073 Gümligen	K122	privat	A, R	1	1
BE	SMN - Klinik Gümligen	3073 Gümligen	K231	privat	A	1	1
BE	Stiftung Diaconis Palliative Care	3013 Bern	K123	privat	A	1	1
BL	Ergolz-Klinik	4410 Liestal	K235	privat	A	1	1
BL	Geburtshaus ambra GmbH	4443 Wittinsburg	K232	privat	B	1	1
BL	Geburtshaus Tagmond GmbH	4133 Pratteln	K232	privat	B	1	1
BL	Hirslanden Klinik Birshof	4142 Münchenstein	K231	privat	A	1	1
BL	Hospiz im Park	4144 Arlesheim	K123	privat	A	1	1
BL	Ita Wegman Geburtshaus	4144 Arlesheim	K232	privat	B	1	0
BL	Klinik Arlesheim AG	4144 Arlesheim	K123	privat	A, P	2	1
BL	Praxisklinik Rennbahn AG	4132 MuttENZ	K231	privat	A	1	1
BL	Vista Klinik	4102 Binningen	K235	privat	A	1	1
BS	Bethesda Spital AG	4052 Basel	K121	privat	A, R	1	1
BS	Geburtshaus Basel	4054 Basel	K232	privat	B	1	0
BS	Matthea Geburtshaus	4059 Basel	K232	privat	B	1	1
BS	Merian Iselin Klinik	4054 Basel	K231	privat	A	1	1
BS	Palliativzentrum Hildegard	4052 Basel	K235	privat	A	1	1
BS	SMN - Schmerzklinik Basel	4051 Basel	K235	privat	A	1	1
BS	St. Claraspital	4058 Basel	K112	privat	A	1	1
FR	Clinique Générale - Ste-Anne SA	1700 Fribourg	K231	privat	A	1	1
FR	Hôpital Jules Daler	1700 Fribourg	K122	privat	A	1	1
FR	Maison de Naissance le Petit Prince	1752 Villars-sur-Glâne	K232	privat	B	1	1
GE	Clinique de Carouge	1227 Carouge GE	K231	privat	A	1	0
GE	Clinique de la Plaine	1205 Genève	K231	privat	A	1	0
GE	Clinique des Grangettes SA	1224 Chêne-Bougeries	K122	privat	A	1	1
GE	Clinique Générale-Beaulieu	1206 Genève	K122	privat	A	1	1
GE	Clinique la Colline	1206 Genève	K231	privat	A	1	1
GE	Hôpital de la Tour	1217 Meyrin	K121	privat	A	1	1
GE	Maison de naissance La Roseraie	1205 Genève	K232	privat	B	1	1
GE	Nouvelle Clinique Vert-Pré	1231 Conches	K231	privat	A	1	0
GR	Hochgebirgsklinik Davos AG	7265 Davos Wolfgang	K221	privat	A, R	1	1
GR	Klinik Gut St. Moritz AG	7500 St. Moritz	K231	privat	A	2	1
JU	Maison de naissance Les Cigognes	2824 Vicques	K232	privat	B	1	1
LU	Geburtshaus Terra Alta	6208 Oberkirch LU	K232	privat	B	1	1
LU	Hirslanden Klinik St. Anna AG	6006 Luzern	K112	privat	A	2	1
LU	Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil AG	6207 Nottwil	K235	privat	A, R	1	1
LU	Hirslanden Klinik St. Anna AG Hirslanden Klinik Meggen	6045 Meggen	K231	privat	A	1	1
NE	Clinique Volta SA	2300 La Chaux-de-Fonds	K123	privat	A	1	0
NE	Maison de Naissance Tilia Sàrl	2000 Neuchâtel	K232	privat	B	1	1



Kt.	Spital	Ort	Typ ¹	Trägerschaft	Aktivitäts- typ ²	Anzahl	Spitalliste ³
NE	SMN - Neuchâtel	2001 Neuchâtel	K123	privat	A	3	1
NW	Geburtshaus Stans	6370 Stans	K232	privat	B	1	1
SG	Geburtshaus St. Gallen GmbH	9000 St. Gallen	K232	privat	B	1	1
SG	Hirslanden Klinik Stephanshorn	9016 St. Gallen	K122	privat	A	1	1
SG	Rosenklinik AG	8640 Rapperswil-Jona	K231	privat	A	1	1
SG	Thurklinik AG	9244 Niederuzwil	K231	privat	A	1	1
SH	Hirslanden Klinik Belair	8200 Schaffhausen	K231	privat	A	2	1
SO	Pallas Kliniken AG	4600 Olten	K235	privat	A	1	1
SO	SMN - Privatlinik Obach	4500 Solothurn	K231	privat	A	1	1
SZ	AMEOS Seeklinikum Brunnen AG	6440 Brunnen	K212	privat	A, P	1	0
TG	Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG	8280 Kreuzlingen	K123	privat	A	1	1
TG	Klinik Seeschau AG	8280 Kreuzlingen	K231	privat	A	1	1
TG	Venenklinik Bellevue AG	8280 Kreuzlingen	K231	privat	A	1	1
TI	Cardiocentro Ticino (CCT)	6900 Lugano	K122	privat	A, R	1	1
TI	Clinica Dr. Spinedi c/o Clinica Santa Croce	6644 Orselina	K235	privat	A	1	0
TI	Clinica Fondazione G. Varini	6644 Orselina	K235	privat	A	1	1
TI	Clinica Luganese Moncucco SA	6900 Lugano	K121	privat	A	1	1
TI	Clinica Santa Chiara SA	6600 Locarno	K122	privat	A	1	1
TI	SMN - Clinica Ars Medica	6929 Gravesano	K231	privat	A	1	1
TI	SMN - Clinica Sant'Anna	6924 Sorengo	K122	privat	A	1	1
TI	Ospedale Malcantonese Fondazione Giuseo Rossi	6980 Castelrotto	K212	privat	A, P	1	0
VD	Fondation Rive-Neuve Unité de Soins Palliatifs	1807 Blonay	K235	privat	A, R	1	2
VD	Biotonus, Clinique Bon-Port SA centre de soins médicaux & esthétiques	1820 Montreux	K235	privat	A	1	0
VD	Clinique CIC Riviera	1815 Clarens	K231	privat	A	1	1
VD	Clinique de Genolier	1272 Genolier	K123	privat	A	1	0
VD	Clinique de La Source	1004 Lausanne	K122	privat	A	1	0
VD	Clinique de Montchoisi	1006 Lausanne	K231	privat	A	1	0
VD	Clinique la Prairie SA	1815 Clarens	K235	privat	A	1	0
VD	Hirslanden Lausanne SA	1006 Lausanne	K121	privat	A	2	1
VS	Clinique CIC Valais SA	1907 Saxon	K231	privat	A	1	1
VS	SMN - Clinique de Valère	1950 Sion	K231	privat	A	1	1
ZG	Andreas Klinik	6330 Cham	K122	privat	A	1	1
ZH	Adus Medica AG	8157 Dielsdorf	K231	privat	A	1	1
ZH	Eulachklinik AG	8400 Winterthur	K231	privat	A	1	0
ZH	Geburtshaus Delphys	8003 Zürich	K232	privat	B	1	1
ZH	Geburtshaus Zürcher Oberland AG	8344 Bäretswil	K232	privat	B	2	1
ZH	Klinik Hirslanden AG	8008 Zürich	K112	privat	A	2	1
ZH	Klinik Im Park	8002 Zürich	K121	privat	A	2	0
ZH	Klinik Pyramide am See AG	8008 Zürich	K231	privat	A	1	0
ZH	Klinik Susenberg	8044 Zürich	K235	privat	A, R	1	1
ZH	Klinik Tiefenbrunnen AG	8702 Zollikon	K231	privat	A	1	0
ZH	Limmatklinik AG	8005 Zürich	K231	privat	A	1	1
ZH	Paracelsus-Spital Richterswil AG	8805 Richterswil	K123	privat	A	1	1
ZH	Privatklinik Bethanien - GSMN Schweiz AG	8044 Zürich	K122	privat	A	1	0
ZH	Privatklinik Lindberg - GSMN Schweiz AG	8400 Winterthur	K231	privat	A	1	0
ZH	Schulthess Klinik	8008 Zürich	K231	privat	A	2	1
ZH	Uroviva Klinik AG	8180 Bülach	K231	privat	A	1	1
CH	Private Spitäler	Anzahl	97	Standorte	116		
AG	Asana Gruppe AG Spital Leuggern	5316 Leuggern	K122	subv.	A	1	1
AG	Asana Gruppe AG Spital Menziken	5737 Menziken	K122	subv.	A	1	1
AG	Gesundheitszentrum Fricktal	4310 Rheinfelden	K121	subv.	A	3	1

Kt.	Spital	Ort	Typ ¹	Trägerschaft	Aktivitäts- typ ²	Anzahl	Spitalliste ³
AG	Kantonsspital Aarau AG	5000 Aarau	K112	subv.	A	1	2
AG	Kantonsspital Baden AG	5404 Baden	K112	subv.	A	4	1
AG	Klinik Barmelweid AG	5017 Barmelweid	K221	subv.	A, P, R	3	1
AG	Kreisspital für das Freiamt	5630 Muri AG	K121	subv.	A	1	1
AG	Spital Zofingen AG	4800 Zofingen	K122	subv.	A	1	1
BE	Fürsorgeverein Bethesda	3233 Tschugg	K221	subv.	A, R	1	0
BE	Hôpital de Moutier SA	2740 Moutier	K123	subv.	A, R	1	1
BE	Hôpital du Jura bernois SA	2610 St-Imier	K121	subv.	A, P, R	8	1
BE	Inselspital Bern	3010 Bern	K111	subv.	A, R	1	2
BE	Regionalspital Emmental AG	3400 Burgdorf	K112	subv.	A, P	2	1
BE	Spital Netz Bern AG	3010 Bern	K112	subv.	A, R	5	0
BE	Spital STS AG	3600 Thun	K112	subv.	A, P	4	1
BE	Spitäler Frutigen Meiringen Interlaken AG	3800 Unterseen	K112	subv.	A, P	2	1
BE	Spitalzentrum Biel AG	2502 Biel	K112	subv.	A, R	1	1
BE	SRO AG	4900 Langenthal	K121	subv.	A, P	4	1
GL	Kantonsspital Glarus	8750 Glarus	K122	subv.	A, P	2	1
GR	Center da Sanadad Savognin SA	7460 Savognin	K123	subv.	A	1	1
GR	Center da Sanda Engiadina Bassa Ospidal d'Engiadina Bassa	7550 Scuol	K123	subv.	A, R	1	1
GR	Flury Stiftung Spital Schiers	7220 Schiers	K122	subv.	A	1	1
GR	Kantonsspital Graubünden	7000 Chur	K112	subv.	A	1	2
GR	Regionalspital Surselva AG	7130 Ilanz	K122	subv.	A	1	1
GR	Spital Davos AG Akutabteilung	7270 Davos Platz	K122	subv.	A	1	1
GR	Spital Thusis	7430 Thusis	K123	subv.	A	1	1
GR	Centro Sanitario Valposchiavo Ospedale San Sisto	7742 Poschiavo	K123	subv.	A	1	1
SG	Stiftung Ostschweizer Kinderspital	9006 St. Gallen	K233	subv.	A, P	2	1
SO	Solothurner Spitäler AG	4500 Solothurn	K112	subv.	A, P, R	5	1
SZ	Spital Einsiedeln	8840 Einsiedeln	K122	subv.	A	1	1
SZ	Spital Lachen	8853 Lachen SZ	K121	subv.	A	1	1
SZ	Spital Schwyz	6430 Schwyz	K121	subv.	A, R	1	1
TG	Spital Thurgau AG Kantonsspitäler Frauenfeld & Münsterlingen	8501 Frauenfeld	K112	subv.	A	2	2
VD	EHC Ensemble hospitalier de la Côte	1110 Morges	K112	subv.	A, R	3	2
VD	Hôpital de Lavaux	1096 Cully	K221	subv.	A, R	1	2
VD	Hôpital du Pays d'Enhaut	1660 Château-d'Oex	K123	subv.	A, R	1	2
VD	Hôpital Intercantonal de la Broye (HIB)	1530 Payerne	K122	subv.	A, R	2	2
VD	Hôpital Ophtalmique Jules Gonin Fondation Asile des Aveugles	1004 Lausanne	K235	subv.	A	1	2
VD	Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais	1847 Rennaz	K112	subv.	A, R	7	2
VD	Réseau Santé Balcon du Jura.vd (RSBJ)	1450 Ste-Croix	K123	subv.	A, R	2	2
VD	Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv)	1400 Yverdon-les-Bains	K112	subv.	A, P, R	5	2
VD	Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique (GHOL) SA	1260 Nyon	K121	subv.	A, R	2	2
ZG	Zuger Kantonsspital AG	6340 Baar	K112	subv.	A	1	1
ZH	GZO Spital Wetzikon	8620 Wetzikon ZH	K112	subv.	A	1	1
ZH	Klinik Lengg AG	8008 Zürich	K235	subv.	A, R	1	1
ZH	See-Spital	8810 Horgen	K112	subv.	A	2	1
ZH	Spital Bülach AG	8180 Bülach	K112	subv.	A	1	1
ZH	Spital Männedorf AG	8708 Männedorf	K121	subv.	A	1	1
ZH	Spital Zollikerberg	8125 Zollikerberg	K112	subv.	A	2	1
ZH	Sune-Egge	8005 Zürich	K235	subv.	A	1	1
ZH	Universitäts-Kinderspital Zürich	8032 Zürich	K233	subv.	A, P, R	2	2



Kt.	Spital	Ort	Typ ¹	Trägerschaft	Aktivitäts- typ ²	Anzahl	Spitalliste ³
ZH	Universitätsklinik Balgrist	8008 Zürich	K231	subv.	A, R	1	1
CH	Subventionierte Spitäler	Anzahl	52		Standorte	103	
AI	Kantonales Spital Appenzell	9050 Appenzell	K123	öffentlich	A	1	1
AR	Spitalverbund Appenzell Ausser- rhoden, Akutsomatisches Spital Heiden/Herisau	9100 Herisau	K121	öffentlich	A	2	1
BL	Kantonsspital Baselland	4410 Liestal	K112	öffentlich	A, R	3	2
BS	Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)	4056 Basel	K233	öffentlich	A	1	2
BS	Universitätsspital Basel	4031 Basel	K111	öffentlich	A	1	2
FR	HFR - Hôpital fribourgeois	1708 Fribourg	K112	öffentlich	A, R	5	2
GE	Les Hôpitaux Universitaires de Genève HUG	1205 Genève	K111	öffentlich	A, P, R	5	2
GR	Center da Sanda Val Müstair Aku- tabteilung	7536 Sta. Maria V. M.	K123	öffentlich	A	1	1
GR	Centro Sanitario Bregaglia Reparto Acuto	7606 Promontogno	K123	öffentlich	A	1	1
GR	Spital Oberengadin	7503 Samedan	K122	öffentlich	A	1	1
JU	Hôpital du Jura	2900 Porrentruy	K121	öffentlich	A, P, R	4	1
LU	Luzerner Höhenklinik Montana	3963 Crans-Montana	K221	öffentlich	A, R	1	0
LU	Luzerner Kantonsspital	6004 Luzern	K112	öffentlich	A, R	6	2
NE	Réseau hospitalier neuchâtelois RHNe	2000 Neuchâtel	K112	öffentlich	A, R	6	1
NW	Kantonsspital Nidwalden	6370 Stans	K122	öffentlich	A	1	1
OW	Kantonsspital Obwalden	6060 Sarnen	K121	öffentlich	A	1	1
SG	Geriatrische Klinik St. Gallen	9000 St. Gallen	K234	öffentlich	A	1	1
SG	Kantonsspital St. Gallen	9007 St. Gallen	K112	öffentlich	A	3	2
SG	Spital Linth	8730 Uznach	K122	öffentlich	A	1	1
SG	Spitalregion Fürstenland Toggenburg	9500 Wil SG	K121	öffentlich	A, P	2	1
SG	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland	9445 Rebstein	K112	öffentlich	A	4	1
SH	Spitäler Schaffhausen	8208 Schaffhausen	K112	öffentlich	A, P, R	3	1
TI	EOC Ente ospedaliero cantonale	6500 Bellinzona	K112	öffentlich	A, R	9	1
UR	Kantonsspital Uri	6460 Altdorf UR	K122	öffentlich	A	1	2
VD	CHUV Centre Hospitalier Vaudois Universitaire	1011 Lausanne	K111	öffentlich	A, P, R	3	2
VS	Hôpital du Valais Centre hospita- lier du Valais Romand CHVR	1950 Sion	K112	öffentlich	A, P, R	8	2
VS	Spital Wallis - Spitalzentrum Oberwallis (SZO)	3930 Visp	K112	öffentlich	A, P, R	3	1
ZH	Kantonsspital Winterthur	8400 Winterthur	K112	öffentlich	A, P	3	1
ZH	Spital Affoltern	8910 Affoltern am Albis	K122	öffentlich	A, P	1	1
ZH	Spital Limmattal	8952 Schlieren	K112	öffentlich	A	1	1
ZH	Spital Uster	8610 Uster	K112	öffentlich	A	1	1
ZH	Stadtspital Triemli	8063 Zürich	K112	öffentlich	A	2	1
ZH	Stadtspital Waid	8037 Zürich	K112	öffentlich	A	1	1
ZH	Universitätsspital Zürich	8091 Zürich	K111	öffentlich	A, P	3	2
CH	Öffentliche Spitäler	Anzahl	34		Standorte	90	
CH	Alle Spitäler	Anzahl	183		Standorte	309	

Anmerkungen: ¹Typ (BFS): K111 = Allgemeinspital, Zentrumsversorgung (Niveau 1, Universitätsspital), K112 = Allgemeinspital, Zentrumsversorgung (Niveau 2), K121 = Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 3), K122 = Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 4), K123 = Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 5), K211 = Psychiatrische Klinik (Niveau 1), K212 = Psychiatrische Klinik (Niveau 2), K221 = Rehabilitationsklinik, K231 = Spezialklinik: Chirurgie, K232 = Spezialklinik: Gynäkologie / Neonatologie, K233 = Spezialklinik: Pädiatrie, K234 = Spezialklinik: Geriatrie, K235 = Spezialklinik: Diverse; ²Aktivitätstyp (BFS): A = Akutpflege, B = Geburtshaus, R = Rehabilitation / Geriatrie, P = Psychiatrie.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2019).