



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Position H+

## Die heutige Spitalfinanzierung hat ihre Grenzen erreicht

### Ausgangslage

Die Spitäler und Kliniken leiden unter einer chronischen Unterfinanzierung von Leistungen in der Grundversicherung (OKP). Im ambulanten Bereich erreicht die fehlende Deckung bald 30 Prozent der Kosten; im stationären Bereich sind es auch rund 10 Prozent. Die Inflation, der Fachkräftemangel und die daraus resultierenden Lohnerhöhungen bedeuten für die Spitäler und Kliniken nochmals zusätzliche Kosten und Investitionen, die sie eigentlich über die Tarife finanzieren sollten, aber nicht mehr können. Zudem fehlt in den OKP-Tarifen seit Jahrzehnten eine faire Berücksichtigung der aufgelaufenen prospektiven Kostenentwicklung. Hinzu kommen die demografischen Herausforderungen mit den Babyboomer-Fachkräften, welche die Arbeitswelt in den kommenden zehn Jahren verlassen werden. Auch die Patient:innen werden immer älter, weisen komplexere Krankheitsbilder auf und benötigen eine aufwendigere medizinische Versorgung. Diese Kostenfaktoren sowie die notwendigen Investitionen in den technologischen und digitalen Fortschritt, aber auch die Ambulantisierung und die zunehmende Regulierung durch den Gesetzgeber, werden die Unterfinanzierung der Spitäler und Kliniken weiter verstärken.

Die finanzielle Situation der Spitäler und Kliniken zeigt deutlich, dass das schweizerische Gesundheitssystem nicht mit den Vorgaben und Vorstellungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) vereinbar ist. Mit den Tarifen aus der Grundversicherung müsste sich ein durchschnittlich effizientes Spital wirtschaftlich nachhaltig finanzieren können – dies ist nicht der Fall. H+ fordert, dass die verabschiedeten Finanzierungsgrundsätze des KVGs endlich sauber umgesetzt werden. Mit der politisch motivierten Unterfinanzierung muss Schluss sein. Wird diese Forderung nicht erfüllt, so drohen Qualitätseinbussen bis hin zu Versorgungsausfällen, welche zu Lasten der Bevölkerung gehen.

Wir Spitäler und Kliniken wollen das heutige Leistungs- und Qualitätsniveau erhalten. H+ Die Spitäler der Schweiz stellt aus diesem Grund folgende sechs Forderungen:

1. Eine sachgerechte und nachhaltige Finanzierung der stationären und ambulanten Leistungen der Spitäler und Kliniken, welche durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen werden, damit auch in Zukunft diese Leistungen in der geforderten Qualität erbracht werden zu können.
2. Eine sofortige Anpassung der Tarifpolitik mit:
  - a. einer Erhöhung der Tarife um 5 Prozent, um die aufgelaufene Teuerung und die Personalkostenentwicklung aufzufangen;
  - b. einer Verankerung des Prinzips der prospektiven Indexierung in der OKP-Finanzierung;
  - c. einer sukzessiven Erhöhung der ambulanten Tarife in den kommenden vier Jahren um gesamthaft 15 Prozent, welche die seit Jahren herrschende chronische Unterdeckung von durchschnittlich 30 Prozent abfedert.
3. Die Einführung und Anerkennung eines hin auf Sachgerechtigkeit optimierten Benchmarks bei allen Stakeholdern, der exogene Faktoren – von den Spitalern und Kliniken nicht beeinflussbare Faktoren – bei den Benchmarkberechnungen miteinbezieht.

4. Die Einführung eines sachgerechten ambulanten Tarifsystems bestehend aus Pauschalen und dem Einzelleistungstarif TARDOC muss kostenneutral erfolgen. Die bestehende Kostenunterdeckung von rund 30 Prozent im alten Tarifsystem Tarmed muss unabhängig vom bevorstehenden Tarifsystemwechsel, idealerweise noch unter Tarmed, behoben werden.
5. Alternative Finanzierungslösungen für Aufgaben von Spitälern und Kliniken, die keine medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen (KVG-Leistungen) im eigentlichen Sinne sind.
6. Politik, Behörden und Versicherer sollen in ihren Überlegungen die Versorgungssicherheit und innovative Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung ins Zentrum stellen und davon ausgehend die Bereitstellung der entsprechenden finanziellen Mittel gewährleisten.

## Position

### 1. Sachgerechte und nachhaltige Finanzierung für die qualitativ hochstehenden Leistungen der Schweizer Spitäler und Kliniken

Das bestehende Finanzierungssystem bringt die Spitäler und Kliniken über ihre Grenzen des Machbaren. Mit nicht-kostendeckenden Tarifen im stationären und ambulanten Bereich können die Herausforderungen wie der demografische Wandel, der zunehmende Fachkräftemangel, die Forderungen die Arbeitsbedingungen anzupassen, der technologische Fortschritt, die von Politik und Verwaltung fortlaufend auferlegten Bürden sowie die Erwartungen der Bevölkerung nicht erfüllt werden.

H+ ist der Meinung, dass der bestehende gesetzliche Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes KVG bei korrekter Anwendung, d.h. im Sinn und Geist der 2009 verabschiedeten neuen Spitalfinanzierung, eine angemessene Finanzierung nach wirtschaftlichen Grundsätzen sowohl im stationären als auch im spitalambulanten Bereich ermöglichen muss. Aus diesem Grund setzt sich H+ für einen effizienten Ressourceneinsatz zur Erbringung medizinischer Leistungen in der geforderten Qualität ein und fordert gleichzeitig und nach diesen Grundsätzen eine angemessene, wertschätzende und nachhaltige Finanzierung.

### 2. Sachgerechte Tarife nach KVG-Grundsatz-Idee erfordert eine massive Erhöhung der Tarife

Chronische Unterfinanzierung, Teuerung, Fachkräftemangel, alternde Bevölkerung, technologischer Fortschritt und die Erwartungshaltung der Bevölkerung an die Gesundheitsversorgung haben einen Einfluss auf das konkrete Angebot von medizinischen Leistungen und damit auf die Kosten der Gesundheit im Allgemeinen und auf die Finanzen der Spitäler und Kliniken im Speziellen. Für eine nachhaltige Versorgungssicherung braucht es eine sofortige Anpassung der Tarife um 5 Prozent sowie eine sukzessive Erhöhung der ambulanten Tarife in den kommenden vier Jahren um gesamthaft 15 Prozent, damit die bis anhin chronische Unterdeckung endlich abgedeckt wird. Ebenso müssen die Tarife künftig prospektiv indexiert werden.

- Die **Unterfinanzierung** ist seit Jahren chronisch und hat verschiedene Ursachen: die reine Kostenperspektive von Politik, Behörden und Versicherern verunmöglicht es den Spitalern und Kliniken, trotz effizienter Leistungserbringung mit den Versicherern kostendeckende Tarife auszuhandeln. Hinzu kommt ein veraltetes Tarifwerk im ambulanten Bereich. Die [Studie von PWC zu den Finanzen der Spitäler und Kliniken](#) kommt ebenfalls zum Schluss, dass nur die wenigsten Spitäler und Kliniken die erforderliche EBITDAR-Marge von 10 Prozent erreichen, um langfristig überleben zu können. Gemäss der Finanzierungsidee müssen effiziente Spitäler dies aber – ausschliesslich aus der Grundversicherung – erreichen können.
- Die **Teuerung** sowie die **steigenden Preise für Energie und Güter** haben einen wesentlichen Einfluss auf die Finanzen der Spitäler und Kliniken.

Preissteigerungen im hohen zweistelligen Bereich bei der Energie, Medizintechnik und medizinischem Verbrauchsmaterial, Lebensmittel und Bau sind seit 2022 an der Tagesordnung. In der Folge sollten die Spitäler und Kliniken eigentlich diese höheren Kosten über die Tarife der Spitalleistungen finanzieren können. Eine andere Möglichkeit gibt es nicht! Die Tarife können im Gegensatz zu anderen Wirtschaftsbranchen jedoch nicht selbst vom Leistungserbringer erhöht werden, da diese mit den Versicherern ausgehandelt und von den zuständigen Behörden genehmigt werden müssen. Wenn nun die Versicherer und Behörden nicht mitspielen, bleiben die Spitäler in einer finanziellen Sackgasse stecken und gehen schleichend, aber stetig zu Grunde. Qualität und Zugang sind gefährdet.

- Der **Fachkräftemangel** hat einen entscheidenden Einfluss auf die Finanzen der Spitäler und Kliniken, denn der Anteil des Personals an den Gesamtkosten beträgt zwischen 65 und 80 Prozent. Im heute herrschenden «War of Talents» müssen die Verantwortlichen der Spitäler und Kliniken einen höheren Aufwand betreiben, um die richtigen Fachkräfte zu finden. Dadurch steigen die Kosten für Rekrutierung oder für die Löhne der Temporärmitarbeitenden, aber auch die Lohnspirale für die Festangestellten dreht sich weiter nach oben. Um die Fachkräfte zu halten, müssen die Spitäler und Kliniken schon heute attraktive Arbeitsbedingungen schaffen und dies nicht erst seit der Umsetzung der Pflegeinitiative. Dazu zählen beispielsweise «fringe benefits» oder kürzere Arbeitszeiten. Es braucht eine Erweiterung des finanziellen Handlungsspielraums, damit diese Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen eine nachhaltige Wirkung zeigen können.
- Die Bevölkerung wächst: Zwischen 2011 und 2021 zählt die Schweiz 784'000 mehr Personen (+9.86 Prozent). Parallel steigt der Anteil der älteren Personen im Pensionsalter. Dies hat nicht nur Folgen auf den Fachkräftemarkt, sondern auch auf die medizinische Versorgung. Gemäss Berechnungen des Kompetenzzentrums für Demografie in Basel werden im Zeitraum zwischen 2023 und 2029 insgesamt 788'000 Personen das Alter 65 erreichen. Neue 20-Jährige gibt es im selben Zeitraum 640'000. Dadurch ergibt sich insgesamt zwischen 2023 und 2029 eine Lücke von 148'000 potenziellen Arbeitskräften. Bis 2040 vergrössert sich diese Lücke auf insgesamt 321'000 potenzielle Arbeitskräfte und gleichzeitig wird es mehr ältere Personen mit komplexeren Krankheitsbildern geben, die mehr und medizinische Behandlungen in Anspruch nehmen. Ebenso wird die Anzahl Menschen in den letzten Lebensjahren massiv zunehmen. Diese verursachen die höchsten Gesundheitskosten, da sie häufig mehrere und komplexere Krankheitsbilder haben und mehr medizinische Behandlungen benötigen. Der **demografische Wandel** fordert von den Spitälern und Kliniken die Entwicklung neuer Versorgungsmodelle und Investitionen. Doch dies wird aufgrund der Unterfinanzierung nicht möglich sein.
- Die Effekte des **medizinischen und technologischen Fortschritts** sind nur ungenügend in den Tarifsystemen abgebildet. Nur «lernende» Tarifsysteme, die auf realen Kosten- und Leistungsdaten basieren, können eine realitätsnahe Darstellung der Entwicklungen gewährleisten.
- Die **Erwartungen der Bevölkerung** an die medizinische Versorgung haben sich geändert: Erwartet werden niederschwellige Angebote, rasche Versorgung und einen Zugang möglichst rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr. Forciert wurden diese Erwartungen durch den Umstand, dass weniger Hausärzte für die Grundversorgung zur Verfügung stehen. Aufgrund des Versorgungsauftrages haben sich die Spitäler und Kliniken diesem Wandel angepasst und beispielsweise Notfallpraxen geschaffen.

### 3. Korrekte und faire Benchmark-Berechnungen

Zur Erstellung des Benchmarks stellen der Preisüberwacher und die Krankenversicherer

in einer sehr vereinfachten Art und Weise die stationären Leistungserbringer in einer Reihe auf und ordnen sie nach ihren jeweiligen Fallkosten. Diese Vereinfachung führt dazu, dass die Kosten von Universitätsspitälern mit kleineren Spitälern und Kleinstspitälern sowie mit Geburtshäusern verglichen werden. Das Benchmarking muss selbstverständlich gemäss Fallzahlen bzw. Fallgewicht gewichtet werden, alles andere ist nicht sachgerecht. Obwohl bei den Fallkosten Unterschiede im Patientengut der Spitäler berücksichtigt werden, verbleiben markante Unterschiede zwischen den Betrieben, welche nicht durch Effizienzunterschiede, sondern durch sogenannte exogene Einflussfaktoren zustande kommen. Diese können die Spitäler weitgehend nicht beeinflussen, denn diese exogenen Faktoren beinhalten Unterschiede in Leistungsaufträgen oder standort-spezifische Aspekte, welche in der Tarifstruktur nicht berücksichtigt sind. Beispiele für exogene Faktoren sind: Notfallversorgung an 365 Tagen während 24 Stunden, Hochspezialisierte Medizin, Unispitäler- und Zentrumspitäler-Infrastrukturen, die Breite und Tiefe des Leistungsangebots oder regionale Standortfaktoren wie das Lohnniveau. H+ fordert für einen korrekten und fairen Benchmark, dass diese exogenen Faktoren in die Berechnungen einbezogen werden und ein solcher Benchmark von allen Partnern anerkannt wird. Weitere Informationen zum optimierten Benchmark finden sich auf der [Website des Vereins Spitalbenchmark](#).

#### **4. Einführung eines kohärenten Tarifsystems**

H+ setzt sich für die Einführung eines angemessenen ambulanten Tarifsystems bestehend aus Pauschalen und dem Einzelleistungstarif TARDOC ein. Die Grundlagen dafür hat H+ zusammen mit santésuisse mit der Version 1.0 der ambulanten Pauschalen geschaffen. Diese sollen in der Organisation ambulante Arzttarife (OAA AG) zu einem kohärenten Tarifsystem zusammengeführt werden.

Pauschalen sind klar verständlich und einfach in der Anwendung, sie basieren auf verbindlichen Regeln, definierten Inhalten, überprüfbaren Kriterien und reduzieren den administrativen Aufwand für alle Beteiligten. Jeder Patientenkontakt wird entweder mittels ambulanter Pauschale oder Einzelleistungstarif abgerechnet. Dabei bilden die Pauschalen vor allem die ressourcenintensiven Behandlungen an einem bestimmten Tag ab, während z.B. Konsultationen zur Vor- und Nachbetreuung mit dem Einzelleistungstarif abgerechnet werden. Ambulante Pauschalen decken künftig rund die Hälfte des Volumens im ambulanten Spitalbereich ab und können basierend auf aktuellen Kosten- und Leistungsdaten jährlich weiterentwickelt und ausgebaut werden. Damit ergänzen künftig die ambulanten Pauschalen optimal den Einzelleistungstarif TARDOC und erfüllen das vereinbarte Ziel der Tarifpartner wie auch den klaren Auftrag der Politik.

#### **5. Alternative Finanzierungslösungen**

Der Gesetzgeber überträgt den Spitälern und Kliniken immer mehr zusätzliche Aufgaben, für die keine Finanzierung vorgesehen ist, beispielsweise betreffend Digitalisierung, Bildung, Qualitätssicherung oder Datenschutz. Weiter führen überbordende Bürokratie und Kontrollen zu einem deutlich höheren administrativen Aufwand, der sich in höheren Kosten niederschlägt. H+ fordert aus diesem Grund eine angemessene Finanzierung von zusätzlichen Aufgaben, die keine eigentlichen KVG-Leistungen sind. Dies sind:

- Aufgaben, die der Gesetzgeber und Regulator vorgibt (z.B. EPD);
- Aufgaben, die über die gängigen OKP-Tarife nicht abgedeckt sind (Umsetzung Datenschutz, Umsetzung KVG-Revision Qualität und Wirtschaftlichkeit);
- Gemeinwirtschaftliche Leistungen wie insbesondere die universitäre Aus- und Weiterbildung;
- Umsetzung des Volkswillens in neuen Gesetzen (Pflegeinitiative).

H+ wehrt sich gegen jegliche Art von administrativer Überregulierung, die Kosten ausserhalb des gesetzlichen Rahmens verursacht und somit nicht finanziert ist.

## 6. Versorgung ins Zentrum stellen

Politik, Behörden und Versicherer sollen die Versorgungssicherheit ins Zentrum stellen und weg von der reinen Kostendiskussion kommen. Politik und Behörden müssen aufhören, die Folgen der steigenden Krankenkassenprämien mit Massnahmen zu bekämpfen, die den bestehenden Gesetzesrahmen verletzen und die Spitäler und Kliniken in willkürlicher Art und Weise finanziell einschränken.

Spitäler und Kliniken sind Teil eines Systems, in dem die Krankenversicherer keine Mitverantwortung an der Versorgung tragen (wollen). Doch müssten gerade heute und unter dem Aspekt der multiplen Herausforderungen alle Akteure des Gesundheitswesens ein Interesse daran haben, auch in Zukunft eine hochstehende Versorgung sicherzustellen. Eine sachgerechte Finanzierung für die Gesundheitsversorgung spielt dabei eine zentrale Rolle.

---

**H+ Die Spitäler der Schweiz** ist der nationale Verband der öffentlichen und privaten Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Ihm sind 207 Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen als Aktivmitglieder an 368 Standorten sowie 150 Verbände, Behörden, Institutionen, Firmen und Einzelpersonen als Partnerschaftsmitglieder angeschlossen. H+ repräsentiert Gesundheitsinstitutionen mit rund 200'000 Erwerbstätigen.

---

August 2023