

Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik

Studie im Auftrag von comparis.ch

Dr. Philippe Widmer

Dr. Harry Telser

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Das Wichtigste in Kürze	3
1 Einleitung	7
2 Das Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik	9
3 Aufbau des Regulierungsindex	11
3.1 Systematisierung der Regulierungserfassung	11
3.2 Methodik zur Indexbildung	13
4 Kanton in seiner Hoheitsfunktion	16
4.1 Grundlagen und Analysefokus.....	16
4.2 Berücksichtigte Indikatoren.....	16
4.3 Ergebnisse.....	20
5 Kanton als Mitfinanzierer	25
5.1 Grundlagen und Analysefokus.....	25
5.2 Berücksichtigte Indikatoren und Gewichtungsschema	25
5.3 Ergebnisse.....	30
6 Kanton als Eigentümer von Spitälern	35
6.1 Grundlagen und Analysefokus.....	35
6.2 Berücksichtigte Indikatoren und Bewertungsschema	35
6.3 Ergebnisse.....	39
7 Kanton in seiner politischen Ausgestaltung	43
7.1 Grundlagen und Analysefokus.....	43
7.2 Berücksichtigte Indikatoren.....	43
7.3 Ergebnisse.....	45
8 Gesamtbewertung zur kantonalen Spitalregulierung	50
8.1 Vergleich über die Kantone	50
8.2 Sensitivitätsanalyse.....	54
9 Fazit	56
10 Quellenverzeichnis	57
11 Anhang: Die Regulierungssituation im Jahr 2007	59

Das Wichtigste in Kürze

Mit der Umstellung der Spitalfinanzierung auf das Fallpauschalensystem SwissDRG wurde 2012 ein wichtiger Teil der Spitalregulierung schweizweit harmonisiert, der vorher weitgehend von den Kantonen bestimmt wurde. Mit der Absicht, die Spitäler einem erhöhten Wettbewerb auszusetzen, soll das Kostenbewusstsein in der Spitalversorgung verbessert werden. Damit dies aber möglich ist, müssen die Spitäler ihrerseits über die benötigten unternehmerischen Freiheiten verfügen und ungeachtet ihres Standorts oder ihrer Trägerschaft die gleichen regulatorischen Voraussetzungen und Pflichten haben. Gerade dies dürfte nicht in allen Kantonen gleichermaßen erfüllt sein, da diese aufgrund ihrer Mehrfachrolle als Spitalplaner, Leistungseinkäufer, Tarifgenehmiger und Spitalbetreiber immer noch grossen Einfluss auf die Spitalversorgung nehmen können. Kantonale Regulierungsbehörden, die vor allem regionalpolitische Ziele oder die kurzfristige Sicherung von Arbeitsplätzen verfolgen und deswegen in den Spitalwettbewerb eingreifen, müssen damit rechnen, dass dies eine ineffiziente und überteuerte Spitalversorgung nach sich ziehen kann. Ein Teil der kantonalen Unterschiede bei den Spitalausgaben dürften daher nicht nur auf die unterschiedlichen Leistungsangebote oder die Wirtschaftlichkeit der Spitäler, sondern auch auf die Qualität der kantonalen Regulierung zurückzuführen sein.

Der vorliegende Bericht legt erstmals einen umfassenden Vergleich kantonalen Spitalregulierungen für die Jahre 2007 und 2012 vor. Anhand von 40 Einzelindikatoren ermitteln wir die Regulierungsintensität in den kantonalen Einflussbereichen Hoheitsfunktion, Finanzierung, Eigentum aber auch in der politischen Ausgangslage. Für den Vergleich zwischen den Kantonen beurteilen wir diese Einzelregulierungen im Hinblick auf ihre Wettbewerbsfreundlichkeit und fassen sie in einem Regulierungsindex zusammen. Da viele kantonale Vorhaben in der Spitalregulierung zum jetzigen Zeitpunkt jedoch noch nicht vollständig umgesetzt sind, sind die Resultate als vorläufige Bestandsaufnahme zu sehen. Es ist anzunehmen, dass die Gesetzesarbeit in den kantonalen Regierungen und Parlamenten vor allem in den nächsten beiden Jahren noch einige Änderungen bringen wird.

Die umfassenden Ergebnisse zeigen, dass auch nach der Einführung von SwissDRG die Kantone immer noch viel Spielraum bei der Gestaltung der Spitalversorgung haben. Diesen Spielraum nutzen sie auch, was sich in der grossen Variation der Einzelregulierungen zeigt.

In seiner «Hoheitsfunktion» ist der Kanton zuständig für die Spitalplanung, den Leistungseinkauf und das Tarifwesen. Während einige Kantone ihre Hoheitsfunktion bereits sehr wettbewerbsfreundlich wahrnehmen, versuchen andere den Wettbewerb bewusst einzugrenzen. Dies ist unter anderem möglich, wenn die öffentlichen Spitäler in einer monopolistischen Spitalgruppe zusammengefasst werden. Die daraus resultierende Marktkonzentration eröffnet die Gefahr, dass die Spitalplanung zu stark auf die Spitalgruppe und nicht mehr auf eine optimale Ausgestaltung der Spitalversorgung insgesamt ausgerichtet wird. Ähnliche Grundsätze zeigen sich beim Leistungseinkauf, der meist noch stark auf die eigenen Spitäler ausgerichtet ist. Solange nicht ein transparentes und öffentliches Ausschreibungsverfahren angewendet wird, das nach

objektiven Kriterien vorgeht, besteht die Gefahr, dass eigene Spitäler bevorzugt werden. Am besten schneiden bei der Hoheitsfunktion daher vor allem jene Kantone ab, welche die Spitalplanung und den Leistungseinkauf nicht nur auf die eigenen Spitäler ausrichten. Dies ist am ehesten bei denjenigen Kantonen der Fall, die keine eigenen Spitäler mehr besitzen oder eine sehr marktwirtschaftliche Lösung beim Leistungseinkauf anstreben.

Der Teilindex «Finanzierung» betrachtet die kantonale Vergütung der Betriebs- und Investitionskosten, die Ausgestaltung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen und der Kreditvergabe. Die grössten Unterschiede zeigen sich systembedingt bei den gemeinwirtschaftlichen Leistungen und der Kreditvergabe, die seit der Einführung von SwissDRG das Hauptsteuerungsmittel der Kantone sind. Auffallend ist die Intransparenz bei den gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Da SwissDRG die Kantone bei der eigentlichen Spitalfinanzierung zurückbindet, bieten die gemeinwirtschaftlichen Leistungen sozusagen die Hintertür, durch welche die Kantone weiterhin ihre eigenen Spitäler bevorzugen können. Die verbreitete Intransparenz lässt vermuten, dass das Instrument auch tatsächlich zur verdeckten Subventionierung und damit Strukturhaltung verwendet wird. Es zeigen sich aber auch bei der Vergabe von Krediten grosse Unterschiede. Während einige Kantone den marktwirtschaftlichen Weg beschreiten, der für die Spitäler eine Kapitalaufnahme am Kapitalmarkt vorsieht, versuchen andere ihre Spitäler gezielt durch zusätzliche Kredite zu bevorzugen.

Der Teilindex «Eigentum» erfasst den Einfluss des Kantons auf die strategische und operative Führung der Spitäler und berücksichtigt die Rechtsform sowie die Besitzverhältnisse der Infrastruktur. Grosse Unterschiede ergeben sich beim Marktanteil der Spitäler im Kantonsbesitz und bei den Besitzverhältnissen der Infrastruktur. Optimale Voraussetzungen finden sich in den Kantonen, die über keine Spitäler oder nur über einen sehr geringen Marktanteil verfügen. Die anderen Kantone nutzen ihre Funktion als Eigentümer allesamt dazu aus, mehr oder weniger direkten Einfluss auf die strategische Führung zu nehmen und die Spitalinfrastruktur der eigenen Häuser zu subventionieren. Dies kann den eigenen Spitälern zwar einen kurzfristigen Wettbewerbsvorsprung verschaffen, dürfte sich aber langfristig insbesondere für die lokale Bevölkerung negativ auswirken. Der dadurch erzielte verminderte Wettbewerbsdruck für die Spitäler führt zum Erhalt ineffizienter Strukturen, deren Mehrkosten die Bürger letztlich mit ihren Steuern finanzieren müssen. Die Gefahr besteht insbesondere bei Kantonen, deren Spitäler immer noch Teil der kantonalen Verwaltung sind. Ebenfalls heikel erweist sich der Einfluss bei all denjenigen Kantonen, die immer noch im Besitz der Spitalliegenschaften sind und diese gratis zur Verfügung stellen oder nicht angemessen verzinsen lassen.

Beim letzten Teilindex «Politik», der die politische Ausgangslage im Kanton, das Spitalcontrolling und die Transparenz der Gesetzeslage misst, ergeben sich die grössten Unterschiede bei der Transparenz. Ungeachtet der konkreten Spitalregulierungen weisen die Kantone eine unterschiedlich aktuelle und detaillierte Gesetzeslage auf. Während die beiden Grosskantone Bern und Zürich über eine sehr detaillierte Gesetzeslage verfügen, die insbesondere in Zürich bereits umfassend auf SwissDRG abgestimmt ist, können bei anderen Kantonen meist nur sehr wenig Informationen für die Analyse verwendet werden. Die verbreitete Intransparenz lässt vermuten,

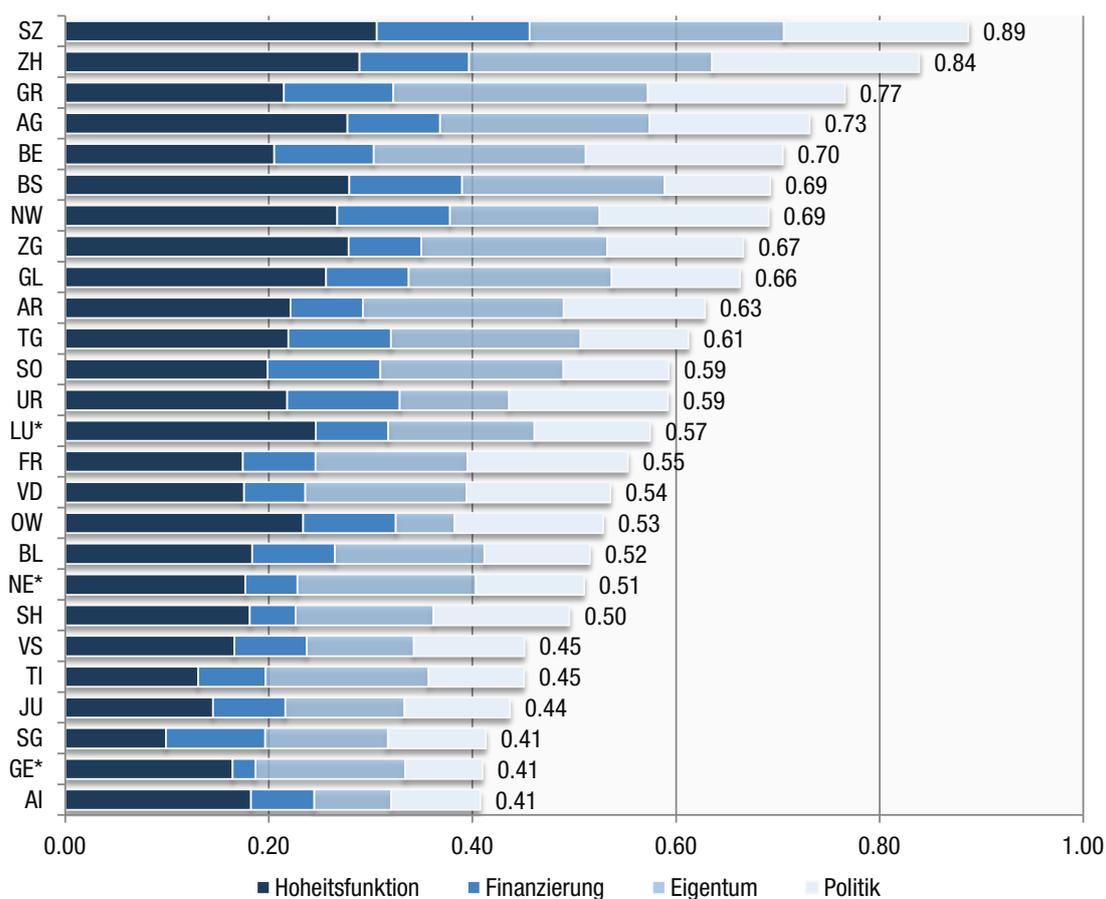
dass die entsprechenden Kantone in ihrer Mehrfachrolle die Spitalregulierung vermehrt zur Verfolgung anderer Ziele verwenden, die einer effizienten Spitalversorgung abträglich sind.

Abbildung 1, zeigt die starke Streuung der kantonalen Spitalregulierung im Überblick. Am wettbewerbsfreundlichsten ist die Spitalregulierung in den Kantonen Schwyz und Zürich. Während Schwyz keine eigenen Spitäler mehr besitzt, keine gemeinwirtschaftlichen Leistungen ausrichtet und auch sonst nicht in den Wettbewerb eingreift, zeichnet sich der Kanton Zürich durch eine konsequente Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung aus. Er ist der einzige Kanton, der über eine umfassende Spitalplanung verfügt und den Leistungseinkauf mit einem öffentlichen Ausschreibungsverfahren nach objektiven Kriterien tätigt. Am andern Ende des Spektrums fallen die Kantone St. Gallen, Genf und Appenzell Innerrhoden auf, welche alle sehr niedrige Indexwerte um 0.4 aufweisen. Es ist davon auszugehen, dass diese Kantone vermehrt regionalpolitische Ziele verfolgen und nicht die Förderung einer wettbewerbsorientierten und kostengünstigen Spitalversorgung in den Vordergrund stellen. Dies zeigt sich insbesondere bei der Bildung von marktmächtigen kantonalen Spitalgruppen sowie bei der intransparenten Vergabe von gemeinwirtschaftlichen Leistungen.

Generell lässt sich zusammenfassen, dass die kantonalen Unterschiede bei der Spitalversorgung meist dadurch zustande kommen, weil die Kantone neben einer effizienten Gesundheitsversorgung noch andere Ziele haben. Die Versuchung mag für manchen Kanton gross sein, mit einem Eingriff in den Spitalwettbewerb solche anderen Ziele kurzfristig zu befriedigen. Langfristig geht eine solche Politik aber zu Lasten einer optimalen Spitalversorgung. Die Spitäler sind weniger gezwungen, auf die Kosten zu achten, um im Wettbewerb bestehen zu können. Dies führt zu einer Überversorgung, die letztlich die Steuerzahler berappen.

Zusätzlich führt die fehlende Wettbewerbsausrichtung mancher kantonalen Spitalpolitik dazu, dass andere Kantone faktisch dazu gezwungen werden, ebenfalls davon abzurücken. Wie die vorliegende Studie zeigt, gibt es einige Kantone, die ihre Spitalpolitik bewusst wettbewerbsfreundlich ausgerichtet haben. Je mehr nun andere Kantone, ihre eigenen Spitäler subventionieren und deren Infrastruktur mit Steuergeldern finanzieren, desto stärker werden die Spitäler in den wettbewerbsfreundlichen Kantonen benachteiligt. Das kann diese in ihrer Existenz bedrohen und die Kantone zum Handeln zwingen, da die Spiesse auf dem Markt nicht für alle gleich lang sind. Es ist denkbar, dass es zu einem eigentlichen Wettrüsten in den Kantonen kommt mit entsprechenden hohen Kostenfolgen für die Steuerzahler.

Abbildung 1 Wettbewerbsfreundlichkeit der kantonalen Spitalregulierung, 2012



* Ergebnisse konnten nicht mit Kantonsvertretern überprüft werden

In der Abbildung sind die Ergebnisse zum Gesamtindex der kantonalen Spitalregulierung für das Jahr 2012 abgebildet. Der erste Abschnitt der Ergebnisbalken pro Kanton gibt dabei Auskunft zum Subindex «Hoheitsfunktion», der zweite zur «Finanzierung», der dritte zum «Eigentum» und der vierte zur «Politik». Ein hoher Indexwert nahe bei eins bedeutet, dass der Kanton die Spitalversorgung wettbewerbsfreundlich ausgestaltet; ein Wert nahe bei null weist auf eine wettbewerbsfeindliche Ausgestaltung hin.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

1 Einleitung

Die Schweiz verfügt historisch bedingt über eine mehrheitlich kantonal organisierte Spitalversorgung. Sie ist das Ergebnis aus 26 «Mini-Gesundheitssystemen» mit eigenständigen Regulierungsbehörden, die sich nicht nur in ihrem Angebot, sondern auch in der Qualität und den Kosten stark unterscheiden. Ungeachtet der dezentralen Organisation müsste im Sinne einer optimalen Spitalversorgung das Ziel gelten, hochwertige medizinische Leistungen im richtigen Umfang und möglichst kostengünstig bereitzustellen. Nur so lassen sich die öffentlichen Ressourcen effizient einsetzen und die stetig wachsenden Gesundheitsausgaben bestmöglich eindämmen (vgl. Widmer und Zweifel, 2012). Die seit 2012 auf nationaler Ebene geltende neue Spitalfinanzierung versucht dies mit einer Vergütung auf prospektiven Fallpauschalen und der freien Spitalwahl bewusst zu fördern. Es ist jedoch anzunehmen, dass auch nach 2012 nicht alle Kantone dieses Ziel gleich gut erreichen. Kantonalen Regulierungsbehörden, die vor allem regionalpolitische Ziele oder die Sicherung von Arbeitsplätzen verfolgen, werden in Versuchung kommen, die Regulierung des stationären Sektors für diese Ziele zu «missbrauchen». Dies kann eine ineffiziente Bereitstellung der medizinischen Leistungen zur Folge haben, die sich vor allem über die Zeit hinweg noch verschlechtern kann. Ein Teil der kantonalen Unterschiede bei den Spitalausgaben dürften daher auch auf die Qualität der Regulierung und nicht nur auf die unterschiedlichen Leistungsangebote zurückzuführen sein, wie es in der Vergangenheit meist begründet wurde.

Die Qualität der kantonalen Spitalregulierung und ihre Auswirkungen auf die Effizienz der Spitalversorgung wurden bisher noch kaum erforscht. Es gibt zwar einige Literatur dazu, ob und weshalb der ausgeprägte Föderalismus in der Schweiz einen Kostentreiber im Gesundheitswesen darstellt (vgl. Camenzind, 2008) oder wie sich unterschiedliche Finanzierungsformen oder Unternehmensstrukturen auf die Effizienz der Spitäler auswirken (vgl. Widmer, 2011; Widmer et al., 2011; Steinmann und Zweifel, 2003). Wie gut die Kantone in diesem Bereich regulieren und was das für konkrete Auswirkungen vor allem im Spitalbereich hat, wurde bisher nicht untersucht. Dies dürfte aber spätestens seit der Einführung von SwissDRG von grossem Interesse sein. Comparis.ch hat deshalb im Jahr 2012 Polynomics beauftragt, einen Quervergleich zu den kantonalen Spitalregulierungen durchzuführen.

Der vorliegende Bericht befasst sich erstmals mit einem umfassenden Vergleich kantonaler Spitalregulierungen für die Jahre 2007 und 2012. Als Vergleichsinstrument dieser vielfältigen Regulierungen wird ein Index gebildet, der die Regulierungsintensität in verschiedenen Bereichen abbilden soll. Da viele kantonale Vorhaben in der Spitalregulierung zum jetzigen Zeitpunkt jedoch noch nicht vollständig umgesetzt sind, sind die Resultate als vorläufige Bestandsaufnahme zu sehen. Die vorliegende Studie konzentriert sich daher auf bereits bestehende Einzelregulierungen, die einen Einfluss auf die Wettbewerbsfähigkeit der Spitäler haben können. Dazu leiten wir in den Kapiteln 2 und 3 zuerst das kantonale Spannungsfeld zwischen den verschiedenen Rollen des Kantons her und dokumentieren das Vorgehen zur Indexbildung. Hierfür

definieren wir nach der grundsätzlichen Ausrichtung der Analyse die relevanten Regulierungsthemen, bevor wir die Normierung der Regulierungsindikatoren und die Zusammenfassung (Gewichtung) zu einem Regulierungsindex thematisieren. In den Kapiteln 4 bis 7 besprechen wir alle berücksichtigten Regulierungsthemen zusammen mit den erfassten Einzelregulierungen und präsentieren die kantonalen Ergebnisse dazu. In Kapitel 8 zeigen wir zusammenfassend die Gesamtergebnisse zum Regulierungsindex über die verschiedenen Themen hinweg. Abgeschlossen wird dieses zusammenfassende Resultatkapitel mit einer Sensitivitätsanalyse, in der wir den Einfluss des Gewichtungsschemas auf die Resultate überprüfen. Der Bericht endet mit dem Fazit in Kapitel 9.

2 Das Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik

In der Schweiz wird die Spitalversorgung historisch bedingt durch private und öffentliche Institutionen bereitgestellt. Im Grundsatz ist sie jedoch eine kantonale Verantwortlichkeit. Gemäss dem 1996 eingeführten Krankenversicherungsgesetz (KVG) hat der Kanton für eine bedarfsgerechte, kosteneffiziente und qualitativ angemessene Spitalversorgung zu sorgen. Dazu ist er zu ordnungspolitischen Aufgaben verpflichtet. Er hat eine Versorgungsplanung durchzuführen, die Zulassung der Leistungserbringer zu prüfen, den Leistungseinkauf zu tätigen aber auch die Tarife zwischen den Vertragspartnern zu genehmigen. Neben diesen hoheitlichen Aufgaben ist der Kanton ebenfalls zur Mitfinanzierung aufgefordert. Zusammen mit den Kranken- und den Unfallversicherern hat er die KVG-relevanten Bereiche nach den Vorsätzen einer kosteneffizienten Bereitstellung zu finanzieren. Seit 2012 geschieht dies auf nationaler Ebene zu fixen Anteilen mit Fallpauschalen, welche die Spitäler für bestimmte Leistungen mit einem festen Preis vergüten.

Diese Aufgaben könnte der Kanton wahrnehmen, ohne eigene Spitäler zu betreiben. Er könnte als reiner Leistungseinkäufer auftreten und die Versorgung von privaten Institutionen des Kantons oder anderer Kantone einkaufen. Ist der Kanton jedoch gleichzeitig auch Leistungserbringer, wie es gegenwärtig in den meisten Kantonen der Fall ist, nimmt er als Eigner und Betreiber sowie Planer, Leistungseinkäufer, Schiedsrichter und Mitfinanzierer eine zu hinterfragende Mehrfachrolle ein.

1. Mit der *Spitalplanung*, dem *Leistungseinkauf* und der *Tarifgenehmigung* erhält der Kanton Instrumente zur quantitativen und qualitativen Steuerung des Angebots. Durch den Leistungseinkauf kann der Kanton seine eigenen Spitäler bewusst begünstigen und den Wettbewerb einschränken. Die seit 2012 geltende freie Spitalwahl kann dem nur bedingt entgegenwirken (vgl. Kapitel 4).
2. Als *Mitfinanzierer* kann er letztlich dafür sorgen, dass die Spitäler die notwendigen Anreize für eine effiziente Bereitstellung erhalten. Durch gezielte finanzielle Zuschüsse an Investitionen, gemeinwirtschaftliche Leistungen aber auch an unerwartete Verluste kann der Kanton diese Anreize jedoch auch gezielt vermindern. Dies verringert nicht nur den Wettbewerbs- sondern auch direkt den Kostendruck auf die Spitäler. Die Folge ist eine Strukturhaltung ineffizienter Institutionen (vgl. Kapitel 5).
3. Als *Eigentümer* kann der Kanton einen direkten Einfluss auf die Unternehmensstruktur und Unternehmensfreiheit nehmen. Über die Spitalstrategie und -führung kann er neben betriebswirtschaftlichen auch regionalpolitische Ziele durchsetzen. Werden dem Spital beispielsweise politische Kriterien zur Organwahl oder zur Standortwahl sowie zur operativen Führung bezüglich Outsourcing oder Partnerschaften mit anderen Leistungserbringern vorgegeben, schränkt dies die Spitäler in ihrer unternehmerischen Freiheit und Wettbewerbsfähigkeit ein (vgl. Kapitel 6).

Handlungsspielraum hat der Kanton genug, denn soweit es die Bundesgesetze zulassen, sind die Kantone in der Ausgestaltung und Ausführung frei und können weiterführende Bestimmungen und Gesetze einführen. Auch die 2012 eingeführte neue Spitalfinanzierung kann daran nicht viel ändern. Der Kanton hat zwar bei der Finanzierung und der Spitalplanung an Handlungsspielraum eingebüsst, insbesondere bei der Vergütung von Infrastrukturen, bei der Vergabe von Krediten und bei nicht KVG-pflichtigen gemeinwirtschaftlichen Leistungen hat er aber immer noch viel Ausgestaltungsmöglichkeiten.

Damit die Spitäler ihre Leistungen bedarfsgerecht und effizient bereitstellen können, müssen die Kantone die notwendigen Voraussetzungen schaffen. Dazu gehört, dass im Grundsatz alle Spitäler unabhängig von ihrer Trägerschaft die gleichen Chancen und Pflichten haben. Darüber hinaus muss der Kanton den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern fördern. Weiter müssen Spitäler unternehmerische Freiheiten haben, ihre Unternehmensstruktur eigenständig bestimmen können und sie müssen Anreize erhalten, ihre Leistungen effizient bereitzustellen (vgl. Widmer und Zweifel, 2010). Dies ist erst dann möglich, wenn sich die Kantone auf ihre eigentliche ordnungspolitische Aufgabe, die Gestaltung der Rahmenbedingungen zurückziehen. Solange dies nicht der Fall ist, befinden sich die Spitäler mit ihrer Versorgung in einem Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik, die ihre Wettbewerbsfähigkeit sowohl in der kurzen als auch in der langen Frist beeinflussen kann. So kann eine Abschottung vom Wettbewerb zwar kurzfristig für die eigenen Spitäler positiv sein, da sie einem niedrigeren Kostendruck ausgesetzt sind. Langfristig kann dies jedoch beträchtliche Wettbewerbsnachteile nach sich ziehen, da die Strukturhaltung zu ineffizienteren Strukturen führt, deren Kosten letztlich von den Steuerzahlern getragen werden müssen. Die vorliegende Studie untersucht erstmals für die Schweiz die kantonalen Rahmenbedingungen, in denen die Spitäler ihre Leistungen bereitstellen müssen.

3 Aufbau des Regulierungsindex

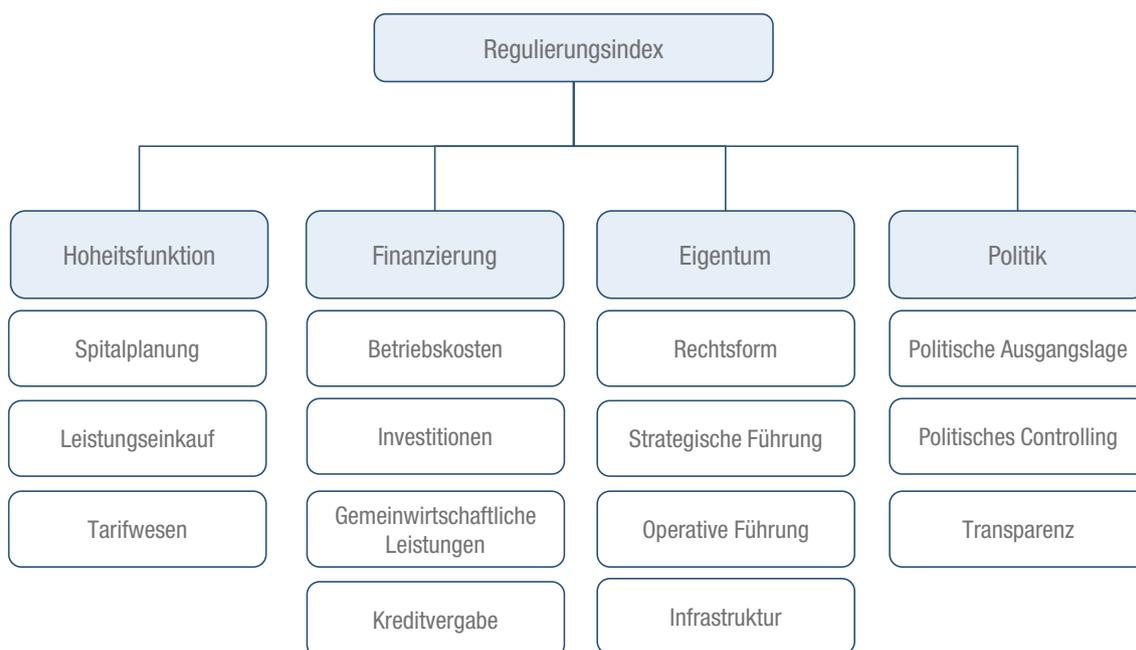
3.1 Systematisierung der Regulierungserfassung

Es ist ein komplexes Unterfangen, die kantonale Spitalregulierung zu erfassen. Dies nicht zuletzt deswegen, weil die kantonalen Gesundheitspolitiker verschiedenste Ziele unter einen Hut bringen müssen, die nicht zwingend mit einer wettbewerbsorientierten und bedarfsgerechten Spitalversorgung einher gehen (vgl. Kapitel 2). Oft spielen auch regionalpolitische Ziele und die lokale Arbeitsplatzerhaltung eine wichtige Rolle. Dazu kommt, dass nicht alle Kantone die gleichen Voraussetzungen haben. Ein Kanton Obwalden oder Uri ist beispielsweise mit einer Spitalversorgung, die auf einem einzigen öffentlichen Spital basiert, ganz anderen Herausforderungen ausgesetzt als die Kantone Bern und Zürich, die verschiedenste öffentliche und private Spitäler aufweisen. Die kantonalen Spitalregulierungen sind daher vielschichtig, was eine umfassende Untersuchung und Gegenüberstellung schwierig macht und bei der Interpretation der Ergebnisse mitberücksichtigt werden muss.

Trotz den Herausforderungen unternehmen wir erstmalig eine quantitative und qualitative Aufarbeitung der gegenwärtigen kantonalen Spitalregulierungen, mit dem Ziel, deren Ausgestaltung in einem Regulierungsindex zusammenzufassen. Um den Schwierigkeiten vorzubeugen, interessieren spezifische Einzelregulierungen, die im Hinblick auf eine wettbewerbsorientierte Spitalversorgung positiv beziehungsweise negativ einwirken. Dies ist insofern von Interesse, weil die 2012 eingeführte Spitalfinanzierung mit Fallpauschalen und die gleichzeitig eingeführte freie Spitalwahl explizit zum Ziel haben, den Wettbewerb zwischen den Spitälern zu fördern und Anreize für eine effiziente Bereitstellung der Spitalleistungen zu setzen. Der Regulierungsindex soll die damit verbundenen kantonalen Unterschiede hinsichtlich der beabsichtigten Ziele beurteilen. Dabei gilt es, die «wichtigen» von den «weniger wichtigen» Regulierungsaspekten zu unterscheiden. Als wichtige Regulierungsthemen werden in dieser Studie diejenigen betrachtet, die im Zusammenhang mit der Mehrfachrolle des Kantons stehen. Dies sind die in Kapitel 2 dargestellten Themen zur Hoheitsfunktion, Finanzierung und zur Eigentumsstruktur der Spitäler. Zusätzlich wird die kantonale Politik im weiteren Sinn betrachtet, um eine Abschätzung zur politischen Ausgestaltung vorzunehmen. Es werden vorliegend somit Einzelregulierungen betrachtet, die unter diesen Regulierungsthemen subsumiert werden können (vgl. Abbildung 2).

Alle vier Regulierungsthemen bestehen aus den Antworten zu Fragen, die sich jeweils auf eine entsprechende Einzelregulierung beziehen. Insgesamt haben wir eine Indikatorenliste von über 100 Fragen mit Hilfe von Ergebnissen aus der wissenschaftlichen Literatur und Expertengesprächen entwickelt. Eine erste Reduktion dieser Fragen fand mit weiteren Expertengesprächen statt. Dabei wurden die Frage nach ihrer Relevanz und Erfassbarkeit bewertet. Übrig bleibt eine Indikatorenliste von rund 40 Fragen, die wir in den Kapiteln 4 bis 7 aufführen und erläutern.

Abbildung 2 Regulierungsindex zur kantonalen Spitalversorgung



Die Abbildung verdeutlicht das Untersuchungsschema zur qualitativen und quantitativen Beurteilung der kantonalen Spitalregulierungen. Insgesamt berücksichtigen wir die vier Regulierungsthemen Hoheitsfunktion, Finanzierung, Eigentum und Politik mit entsprechenden Einzelregulierungen, die zu vier Subindizes und zu einem Gesamtindex zusammengefasst werden. Bewertet werden die Einzelregulierungen mit rund 40 Indikatoren, die bezüglich einer wettbewerbsfreundlichen Spitalversorgung positiv oder negativ wirken.

Quelle: Eigene Darstellung, Polynomics.

Damit die mit der neuen Spitalfinanzierung einhergehenden strukturellen Veränderungen berücksichtigt werden können, erfassen wir im Regulierungsindex alle 26 Kantone für den Zeitpunkt 2012.¹ Da jedoch 2012 ein grosser Teil der kantonalen Regulierungen noch nicht beschlossen und umgesetzt ist, beziehungsweise zum Teil nicht in genügendem Detaillierungsgrad spezifiziert wurde, berücksichtigen wir im Index ausschliesslich jene Veränderungen, die bereits umgesetzt sind. Einzelne Reformvorschläge, die erst in der Planung sind, werden vernachlässigt. Für die abschliessende Erfassung der noch in der Planung stehenden Reformen wäre eine Weiterführung des Regulierungsindex bis 2015 von grossem Interesse, wenn die Kantone die politischen Rahmenbedingungen zur neuen Spitalfinanzierung definitiv umgesetzt haben müssen. Zum heutigen Zeitpunkt ist eine Beurteilung der bereits bestehenden Einzelregulierungen aber noch keine abschliessende Bewertung von Gesamtergebnissen möglich.

¹ Ergänzend zum Jahr 2012 haben wir auch die Regulierungssituation im Jahr 2007 erfasst. Von einem Vergleich der kantonalen Regulierung zwischen 2007 und 2012 sehen wir in diesem Bericht ab, da sich die Regulierungssituation mit der Einführung von SwissDRG grundlegend geändert hat. Die Resultate für das Jahr 2007 finden sich im Anhang (vgl. Kapitel 11).

Die Datenerhebung und Auswertung erfolgt pro Kanton und pro Regulierungsthema und berücksichtigt alle im Kanton ansässigen akutsomatischen Spitäler. Darunter fallen auch private Institutionen, die über einen kantonalen Leistungsauftrag verfügen. Die Rehabilitation und Psychiatrie berücksichtigen wir in dieser Studie nicht. Die Erhebung der Daten erfolgt in drei Schritten. In einem ersten Schritt haben wir für die Jahre 2007 und 2012 die vorhandenen und zugänglichen kantonalen Bestimmungen (Gesetze, Verordnungen und Vollzugsverordnungen) sowie kantonspezifische Informationen auf Webseiten ausgewertet. Für die kantonalen Bestimmungen wurden grösstenteils Informationen der Webseite www.lexfind.ch verwendet, die eine nach Gültigkeitsdatum sortierte Gesetzessammlung zur Verfügung stellt. Ein Teil der Ergebnisse für den Zeitpunkt 2007 basiert auf der Studie «Spitäler zwischen Politik und Wettbewerb» von Avenir Suisse, die für das Jahr 2007 die Autonomie der Schweizer Spitäler untersucht hat (Meister, 2008). Im Gegensatz zu dieser Studie sind jedoch nicht die einzelnen Spitäler sondern die kantonalen Spitalversorgungen Untersuchungsgegenstand. In einem zweiten Schritt wurden die recherchierten Ergebnisse anhand von Telefoninterviews mit Kantonsvertretern und Expertengesprächen überprüft und vervollständigt. Schliesslich haben wir die Ergebnisse kantonsübergreifend mit Experten verifiziert.

Die überwiegende Mehrheit der Kantone hat bereitwillig Auskunft zu den recherchierten Ergebnissen gegeben. Nicht teilgenommen haben die Kantone Luzern, Genf und Neuenburg. Nur zum Teil mitgemacht hat der Kanton Freiburg. Für diese Kantone können die recherchierten Ergebnisse nicht abschliessend beurteilt werden. Sie basieren lediglich auf den öffentlich zugänglichen Informationen und den Abschätzungen durch die oben erwähnten Experten.

3.2 Methodik zur Indexbildung

Das methodische Vorgehen zur Indexbildung orientiert sich an den Usancen von anderen Regulierungsvergleichen (vgl. z. B. Telser und Widmer, 2012). Dabei sind im Vorfeld neben dem Bewertungssystem, das hier auf die Wettbewerbsfreundlichkeit der Regulierungen abzielt, die Normierung der qualitativ erfassten Einzelregulierung und deren Gewichtung im Gesamtindex zu bestimmen.

Normierung der qualitativ erfassten Einzelregulierungen

Damit wir das Regulierungsumfeld über die Kantone analysieren können, ist es nötig, die quantitativ oder qualitativ erfassten Einzelregulierungen zu normieren. Ein gängiges Vorgehen bei der Bildung von Regulierungsindizes ist es, die einzelnen Regulierungsindikatoren auf einer Skala zwischen null und eins zu normieren (vgl. Telser und Widmer, 2012). Auf die Spitalregulierung angewandt, müssen wir darüber befinden, inwieweit einzelne Regulierungen im Hinblick auf ihre Wettbewerbsfreundlichkeit höher zu bewerten sind als andere. Regulierungen mit einem klar negativen Einfluss auf die Wettbewerbsfähigkeit erhalten den Normierungswert null, Regulierungen mit einem klar positiven Einfluss auf die Wettbewerbsfähigkeit den Wert eins. Für Regulierungen, bei denen der Einfluss auf die Wettbewerbsfähigkeit ambivalent ist, ist ein

Zwischenwert zielführend. Die Bewertung orientiert sich wenn immer möglich an der wissenschaftlichen Literatur zum entsprechenden Thema.

Es handelt sich bei diesem Vorgehen um eine absolute Normierung, das heisst wir bewerten und normieren die Einzelregulierungen jedes Kantons nach diesem Schema und nicht relativ zu anderen Kantonen. Der Vorteil der absoluten Bewertung liegt darin, dass es unabhängig von den betrachteten Kantonen ist. Zudem lässt sich im Nachhinein immer noch eine relative Bewertung (z. B. Rangfolge) daraus ableiten.

Gewichtung der Regulierungsthemen

Nach der Normierung aggregieren wir die Einzelregulierungen zuerst zu den vier Subindizes (Eigentum, Finanzierung, Hoheitsfunktion und Politik) und schliesslich zum Gesamtindex. Dafür kommt ein Gewichtungsschema zum Einsatz, das die einzelnen Fragen zuerst zu den Einzelregulierungen und diese anschliessend zu den Subindizes zusammenfasst. Aus den vier Subindizes bilden wir schliesslich den Gesamtindex (vgl. Abbildung 2).

Das Gewichtungsschema richtet sich an der Regulierungssituation im Jahr 2012 aus.² Es werden diejenigen Regulierungsthemen und Einzelregulierungen höher gewertet, die nach der Einführung der neuen Spitalfinanzierung verstärkt in den Fokus der Kantone geraten (vgl. Tabelle 1). Dies sind insbesondere die Regulierungsthemen Hoheitsfunktion (0.35), Eigentum (0.25) und Politik (0.25). Die Finanzierung wird dagegen mit einem Gewicht von 0.15 unterdurchschnittlich gewichtet, da mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung der Handlungsspielraum stark eingeschränkt wird. Dies zeigt sich insbesondere bei den Regulierungen Betriebskosten und Investitionen. Es ist davon auszugehen, dass die Kantone bei der Finanzierung neu verstärkt über die gemeinwirtschaftliche Leistung und Kreditvergabe Einfluss nehmen werden. Die einzelnen Regulierungsfragen werden innerhalb der Einzelregulierungen ebenfalls nach ihrer Relevanz geordnet. Das genaue Vorgehen dazu erläutern wir in den entsprechenden Kapiteln zu den Regulierungsthemen.

Ein subjektiver Ermessensraum ist bei diesem Vorgehen normalerweise nicht auszuschliessen, da zur Bedeutung der Einzelregulierungen häufig nur wenige Anhaltspunkte zu finden sind. Umso wichtiger ist es, die Sensitivität des Gewichtungsschemas zu überprüfen. In dieser Studie geschieht dies mit einer Sensitivitätsanalyse, in der jeweils einzelne Regulierungsthemen höher gewichtet werden. Dies erlaubt es, systematisch zu prüfen, wie stark der Gesamtindex auf das Gewichtungsschema reagiert und welches die kritischen Regulierungsthemen sind. Die Ergebnisse zur Sensitivitätsanalyse sind in Kapitel 8.2 aufgeführt.

² Für das Jahr 2007 wurde ein alternatives Gewichtungsschema entwickelt. Dieses finden sich im Anhang (vgl. Kapitel 11).

Tabelle 1 Gewichtungsschema zum Gesamtindex

Regulierungsthemen	Gewichte 2012
Kanton in seiner Hoheitsfunktion	0.35
Spitalplanung	0.35
Leistungseinkauf	0.45
Tarifwesen	0.20
Kanton als Mitfinanzierer	0.15
Betriebskosten	0.15
Investitionen	0.15
Gemeinwirtschaftliche Leistungen	0.35
Kreditvergabe	0.35
Kanton als Eigentümer	0.25
Rechtsform	0.20
Strategische Führung	0.30
Operative Führung	0.20
Infrastruktur	0.30
Kantonale Politik	0.25
Politische Ausgangslage	0.10
Politisches Spitalcontrolling	0.50
Transparenz	0.40

In der Tabelle sind für die vier Regulierungsthemen und die entsprechenden Einzelregulierungen das Gewichtungsschema für die Subindizes und den Gesamtindex aufgelistet. Von den vier Subindizes ist das Regulierungsthema Finanzierung weniger stark gewichtet, weil durch die Einführung der neuen nationalen Spitalfinanzierung dieses auf der kantonalen Ebene 2012 an Relevanz verliert. Höher gewichtet ist demgegenüber das Regulierungsthema Hoheitsfunktion, da mit der Spitalplanung und dem Leistungseinkauf zentrale Funktionen der kantonalen Spitalregulierung betroffen sind.

Quelle: Polynomics.

4 Kanton in seiner Hoheitsfunktion

4.1 Grundlagen und Analysefokus

Der Kanton ist von Gesetzes wegen verpflichtet, ordnungspolitische Aufgaben zu übernehmen, um eine angemessene und qualitativ hochstehende Spitalversorgung zu garantieren. Mit der Erfüllung dieser Aufgaben erhält der Kanton jedoch auch Instrumente zur quantitativen und qualitativen Steuerung des Angebots, die er zur Bevorzugung eigener Spitäler und zur Einschränkung des Wettbewerbs missbrauchen kann. Nicht erstaunlich ist daher, dass die meisten Kantone noch heute eine Spitalversorgung haben, die eine vorwiegend kantonale Bereitstellung mit öffentlichen Spitälern vorsieht. Ausserkantonale und private Kliniken werden oft nur bei Bedarf subsidiär für die spezialisierten oder hochspezialisierten Leistungen berücksichtigt. Für eine wettbewerbsorientierte Spitalversorgung sollten jedoch alle Spitäler ungeachtet ihres Standorts und Trägerschaft die gleichen Voraussetzungen haben. Es sollten klar ersichtliche und objektive Kriterien existieren, warum ein Spital in welchem Umfang einen Leistungsauftrag erhält. Damit verbundene wettbewerbsverzerrende Auflagen wie Vorgaben zur Patientenzusammensetzung oder zum Leistungsvolumen sollten vermieden werden.

Der nachfolgend beschriebene Subindex «Hoheitsfunktion» erfasst, wie wettbewerbsfreundlich die Kantone ihre ordnungspolitischen Aufgaben erfüllen. Dies geschieht anhand der Spitalplanung, des Leistungseinkaufs und des Tarifwesens. Beim Tarifwesen legen wir den Fokus auf die Tarifsetzung und auf eine mögliche Einschränkung der freien Spitalwahl.

4.2 Berücksichtigte Indikatoren

Die Fragen zu den Einzelregulierungen des Subindex «Hoheitsfunktion» und deren Gewichtung werden nachfolgend anhand der Tabelle 2 bis Tabelle 4 im Detail erläutert.

Spitalplanung

Mit der Spitalplanung übernimmt der Kanton eine wichtige Funktion bei der Ausgestaltung der Spitalversorgung. Zum einen hilft sie den kantonalen Bedarf abzuschätzen und zum anderen, die erforderlichen Leistungen einzukaufen. Wird jedoch die Spitalplanung ausschliesslich auf die eigenen Spitäler ausgerichtet, schadet dies dem anzustrebenden Wettbewerb. Für eine wettbewerbsorientierte Spitalversorgung sollte der Einfluss der eigenen Spitäler auf die Spitalplanung möglichst gering sein. Dies ist nur dann optimal möglich, wenn der Kanton keine eigenen Spitäler besitzt und das Angebot nicht durch marktbeherrschende Spitalgruppen monopolisiert. Zur Überprüfung dieser Voraussetzungen erheben wir drei Indikatoren, die mit unterschiedlichen Gewichten in die Einzelregulierung eingehen.

Tabelle 2 Indikatoren und Gewichtungsschema zur Spitalplanung

Kanton in seiner Hoheitsfunktion	Gewichte 2012
Spitalplanung	0.35
Besitz der Kanton keine eigenen Spitäler?	0.30
Existiert keine kantonale dominierte Spitalgruppe?	0.35
Deckt die Spitalliste alle medizinisch notwendigen Behandlungen ab?	0.35

In der Tabelle sind die Indikatoren und das Gewichtungsschema für die Einzelregulierung «Spitalplanung» aufgeführt. Alle Fragen zu den Indikatoren können in einer wettbewerbsfreundlichen Ausgestaltung bejaht werden. Das Gewichtungsschema gibt für jeden Indikator das Gewicht in der Einzelregulierung an. Zusätzlich ist das Gewicht der Einzelregulierung im Subindex «Hoheitsfunktion» aufgeführt.

Quelle: Polynomics.

Der erste Indikator in Tabelle 2, der ein Indexgewicht von 0.30 in der Einzelregulierung erhält, erfasst den Marktanteil der Spitäler im Kantonsbesitz. Die Hypothese lautet, dass mit zunehmendem Marktanteil, die Spitalplanung verstärkt auf die eigenen Spitäler und nicht primär auf eine bedarfsgerechte Versorgung ausgerichtet ist. Positiv bewertet werden demnach Kantone, die keine eigenen Spitäler oder nur einen sehr geringen Marktanteil bis 33 Prozent haben. Eher durchschnittlich bewertet werden Kantone mit einem Marktanteil zwischen 33 und 66 Prozent; unterdurchschnittlich jene zwischen 66 und 99 Prozent. Eine negative Bewertung erhalten diejenigen Kantone, die ihre Spitalversorgung komplett mit Kantonsspitalern bereitstellen.

Der zweite Indikator bewertet mit einem Gewicht von 0.35, ob der Kanton das kantonale Angebot in einer marktbeherrschenden Spitalgruppe bündelt. Eine solche Konzentration führt zu einer Monopolisierung des Leistungsangebots und folglich zu einer Einschränkung des Wettbewerbs. Die Spitalgruppe kann ihre Marktposition bei der Spitalplanung zu ihren Gunsten ausnutzen. Kantone mit marktbeherrschenden Spitalgruppen werden daher in der Einzelregulierung negativ bewertet. Nicht zusätzlich negativ bewertet werden allerdings die Kantone Uri, Obwalden, Nidwalden und Glarus, die ihre gesamte Versorgung mit einem Kantonsspital bereitstellen. Dies lässt sich auf die geringe Grösse der Kantone zurückführen und die damit einhergehenden geringen Kapazitäten, die nicht effizienter an mehreren Spitalern erbracht werden dürften.

Der dritte Indikator erfasst schliesslich mit einem Gewicht von 0.35, ob die kantonale Spitalliste und der damit verbundene Leistungseinkauf alle erforderlichen Leistungen von der Grundversorgung über die spezialisierte bis hin zur hochspezialisierten Medizin abdeckt. Es ist davon auszugehen, dass dies nicht nur für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung relevant ist. Denn wenn der Kanton auf seiner Spitalliste wissentlich nur das unvollständige kantonale Angebot berücksichtigt, kann er auch nach 2012 die freie Spitalwahl indirekt einschränken. Zwar muss er weiterhin alle medizinisch induzierten Spitalaufenthalte in ausserkantonalen Spitalern mitfinanzieren, die Patienten müssen jedoch für diese Leistungen beim Kantonsarzt vorab eine Kostengutsprache einholen. Dies ermöglicht es dem Kanton, bewusste Zuteilungen zu machen und das ausserkantonale Angebot einzuschränken. Besser sind Kantone,

die mit ihrer Spitalliste alle medizinischen Leistungen abdecken und auch die Tarife nach den entsprechenden Leistungen abstufen. In diesem Fall kann der Patient im Sinne der freien Spitalwahl für jede Leistung das für ihn optimale Spital frei bestimmen. Positiv bewerten wir daher Kantone, die mit ihrer Spitalliste alle Leistungsarten abdecken.

Leistungseinkauf

Neben der Spitalplanung nimmt der Leistungseinkauf durch die Spitäler eine zentrale Rolle bei einer wettbewerbsorientierten Spitalversorgung ein. Für eine optimale Spitalversorgung sollte dieser möglichst transparent und nach objektiven Kriterien erfolgen, so dass alle Spitäler, die einen Leistungsauftrag erhalten möchten, sich danach orientieren können. Leistungsverträge ohne öffentliches Ausschreibungsverfahren und ohne objektive Kriterien können zu einer Bevorzugung der eigenen Spitäler führen und den Wettbewerb zwischen den Spitälern einschränken, da nicht alle die gleichen Chancen und Pflichten haben. Der erste Indikator der Einzelregulierung in Tabelle 3 bewertet daher mit einem Gewicht von 0.40, ob die kantonalen Leistungsvereinbarungen und Leistungsaufträge nach marktwirtschaftlichen Kriterien erfolgen. Negativ beurteilt werden Kantone, die ihre Leistungsaufträge ausschliesslich aufgrund historischer Gepflogenheiten vergeben und keine Abstufung nach verschiedenen Leistungsgruppen machen.

Tabelle 3 Indikatoren und Gewichtungsschema zum Leistungseinkauf

Kanton in seiner Hoheitsfunktion	Gewichte 2012
Leistungseinkauf	0.45
Wird der Leistungsauftrag nach transparenten Ausschreibungsverfahren vergeben?	0.40
Ist die Patientenzusammensetzung frei wählbar?	0.10
Gibt es keine Mengenbeschränkung?	0.25
Müssen alle Spitäler die gleichen Auflagen für Aus- und Weiterbildung erfüllen?	0.15
Kann das Spital die Vergütung für das Kader (Verwaltung und Ärzte) selber wählen?	0.10

In der Tabelle sind die Indikatoren und das Gewichtungsschema für die Einzelregulierung «Leistungseinkauf» aufgeführt. Alle Fragen zu den Indikatoren können in einer wettbewerbsfreundlichen Ausgestaltung bejaht werden. Das Gewichtungsschema gibt für jeden Indikator das Gewicht in der Einzelregulierung an. Zusätzlich ist das Gewicht der Einzelregulierung im Subindex «Hoheitsfunktion» aufgeführt.

Quelle: Polynomics.

Zusätzlich zur Art des Leistungseinkaufs spielt die Ausgestaltung des Leistungsauftrags eine Rolle. Diese sollten möglichst ohne zusätzliche Einschränkungen in der Unternehmensfreiheit wie zum Beispiel einer Beschränkung des Leistungsumfangs oder der Patientenzusammensetzung ausgestaltet sein. Zur Untersuchung allfälliger Einschränkungen wird erstens mit einem Gewicht von 0.10 erfasst, ob die Spitäler in ihrer Patientenzusammensetzung frei sind, oder ob der Kanton eine obere Grenze zum Anteil der Zusatzversicherten vorgibt. Zweitens wird mit einem Gewicht von 0.25 berücksichtigt, ob der Kanton eine Mengenbeschränkung in der Form

einer Bettenbeschränkung oder einer Vergütungsbeschränkung vorgibt. Drittens wird mit einem Gewicht von 0.15 bewertet, ob alle Spitäler mit Leistungsauftrag die gleichen Pflichten zur Aus- und Weiterbildung von Ärzten haben. Schliesslich wird viertens entsprechend der Tabelle 3 mit einem Gewicht von 0.10 berücksichtigt, ob der Kanton das Einkommen des Spitalkaders einschränkt. Positiv beurteilt werden diejenigen Kantone, die bezüglich der Indikatoren keine einschränkenden Vorgaben machen und den Wettbewerb dahingehend nicht beeinflussen.

Tarifwesen

Zur ordnungspolitisch korrekten Erfüllung der Aufgabe müsste der Kanton nur dann bei der Tarifgestaltung eingreifen, wenn die Vertragspartner keine Einigung finden. Die Vertragspartner sollten erstinstanzlich autonom über die Tarife verhandeln und sich einigen können. Aufgrund des Kontrahierungszwangs war dies jedoch in der Vergangenheit und ist auch heute noch relativ schwierig, da die Spitäler im Wissen um die letztinstanzliche Preissetzung durch den Kanton einen Verhandlungsvorteil haben. Diese kann zusätzlich verstärkt werden, wenn der Kanton neben seiner Rolle als Tarifgenehmiger auch als Leistungserbringer bei den Tarifverhandlungen direkt teilnimmt. Ebenfalls kritisch ist in diesem Zusammenhang die Vorgabe von kantonsweit einheitlichen Tarifen, denn die Spitäler können bereits aufgrund exogener Einflussfaktoren unterschiedliche Kostenstrukturen aufweisen. Die Tarife sollten im optimalen Fall diese Unterschiede mitberücksichtigen, um Fehlanreize zu vermeiden (vgl. Widmer et al. 2011). Andernfalls können gut funktionierende Spitäler aus dem Markt ausscheiden, obwohl sie effizient arbeiten. Der erste Indikator in Tabelle 4 bewertet daher mit einem Gewicht von 0.25, ob der Kanton bei der Tarifgenehmigung vorsätzlich Vorgaben zu einer kantonsweiten Tarifstruktur macht. Positiv werten wir diejenigen Kantone, die diesbezüglich eine möglichst passive Rolle einnehmen.

Mit dem zweiten Indikator in Tabelle 4 wird die Vergütung von ausserkantonalen Behandlungen beurteilt. Trotz der schweizweit freien Spitalwahl kann der Kanton durch eine strategische Festlegung der Referenztarife diese einschränken. Falls er den Referenztarif bewusst unterhalb der kantonalen Tarife festlegt oder keine Abstufungen für spezialisierte und hochspezialisierte Leistungen vorsieht, sehen sich die Patienten zunehmend gezwungen, eine Kostengutsprache beim Kantonsarzt einzuholen. Der Kantonsarzt erhält dadurch ein Instrument, mit dem er das Angebot und die Zuteilung zu den ausserkantonalen Spitälern massgeblich beeinflussen kann. Der zweite Indikator, der mit einem Gewicht von 0.75 in die Einzelregulierung eingeht, erfasst mit drei Subindikatoren die Einflussnahme des Kantons auf die freie Spitalwahl.

Der erste Subindikator geht mit einem Gewicht von 0.40 in den Indikator ein. Er erfasst, ob der Kanton den Referenztarif für ausserkantonale Behandlungen nach unterschiedlichen Leistungen abstuft. Positiv bewertet werden Kantone, die nicht nur einen Referenztarif haben, sondern für die spezialisierte und hochspezialisierte Versorgung einen separaten Referenztarif bezahlen.

Tabelle 4 Indikatoren und Gewichtungsschema zum Tarifwesen

Kanton in seiner Hoheitsfunktion	Gewichte 2012
Tarifwesen	0.20
Gibt es keine Vorschriften zu kantonsweit einheitlicher Tarifierung?	0.25
Werden ausserkantonale Spitalaufenthalte nach Referenztarifen verrechnet?	0.75
Ist der Referenztarif nach Leistung abgestuft?	0.40
Entspricht der Referenztarif den kantonalen Tarifen?	0.45
Werden die Referenztarife und die freie Spitalwahl klar kommuniziert?	0.15

In der Tabelle sind die Indikatoren, Subindikatoren und das Gewichtungsschema für die Einzelregulierung «Tarifwesen» aufgeführt. Alle Fragen zu den Indikatoren oder Subindikatoren bejahen sich in einer wettbewerbsfreundlichen Ausgestaltung. Das Gewichtungsschema gibt für jeden Indikator das Gewicht in der Einzelregulierung an. Das Gewicht zu den Subindikatoren verdeutlicht deren Relevanz im Indikator. Zusätzlich ist das Gewicht der Einzelregulierung im Subindex «Hoheitsfunktion» aufgeführt.

Quelle: Polynomics.

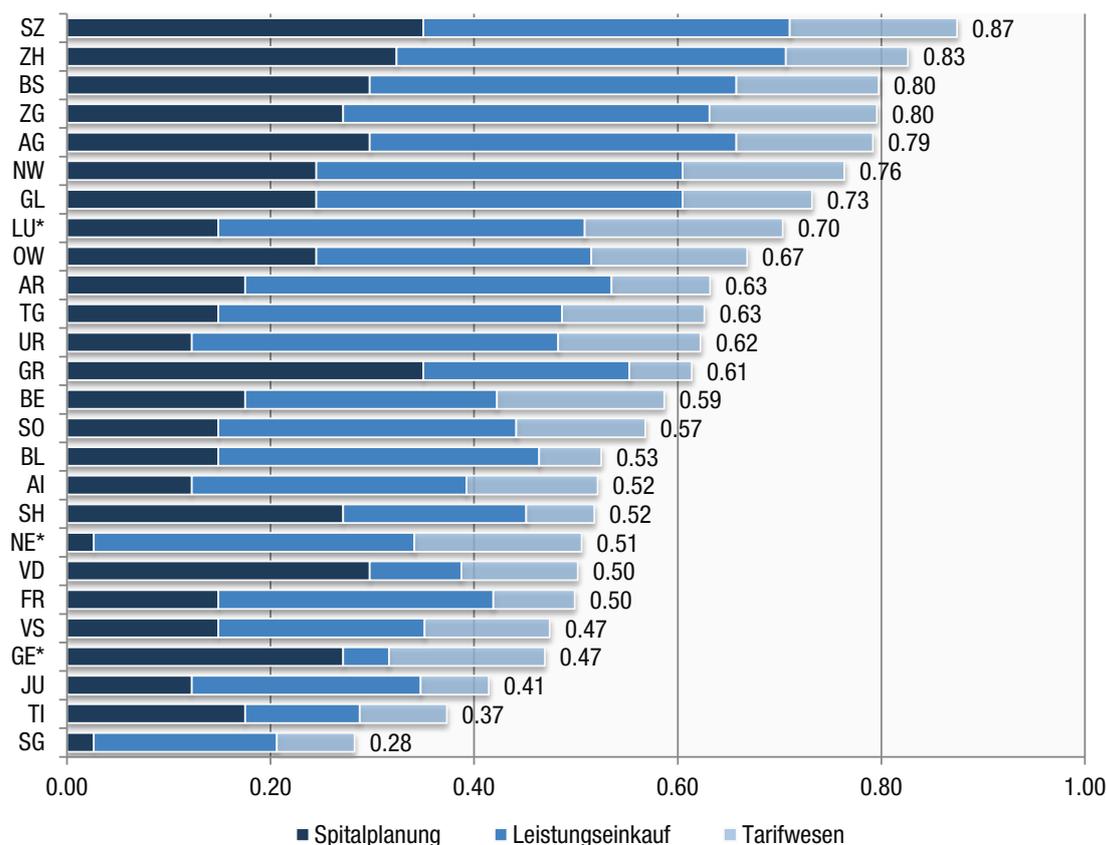
Mit dem zweiten Subindikator, der mit einem Gewicht von 0.45 in den zweiten Indikator ein- geht, wird zudem berücksichtigt, auf welcher Grundlage der ausserkantonale Referenztarif be- stimmt wird. Positiv bewertet werden Kantone, die für die ausserkantonalen Behandlungen mindestens den durchschnittlichen innerkantonalen Tarif bezahlen. Ebenfalls positiv werden Kantone bewertet, die für ausserkantonale Behandlungen den gleichen Tarif bezahlen, den sie ausserkantonalen Spitälern auf der Spitalliste bezahlen. Negativ bewerten wir dagegen jene Kantone, die für den Referenztarif den minimalen kantonalen Tarif oder einen niedrigeren an- wenden.

Der dritte Subindikator misst schliesslich mit einem Gewicht von 0.15 wie gut die Kantone die Möglichkeit der freien Spitalwahl kommunizieren. Dazu wird ein Transparenzindikator erho- ben, der anhand einer Internetrecherche ausgehend von der kantonalen Webseite untersucht, ob die Kantone die Referenztarife transparent ausweisen, und ob sie klare Aussagen zur freien Spi- talwahl machen. Widersprüchliche sowie fehlende Informationen zur Spitalwahl, zu den Refe- renztarifen sowie zu den Spitallisten von anderen Kantonen werden negativ bewertet.

4.3 Ergebnisse

Die Resultate des Subindex «Hoheitsfunktion» und seiner Einzelregulierungen sind in Abbil- dung 3 zusammengefasst. Der erste Abschnitt der kantonalen Ergebnisbalken gibt Auskunft zur Spitalplanung, die mit einem Gewicht von 0.35 in den Subindex eingeht. Der zweite Abschnitt beschreibt mit einem Gewicht von 0.45 die Resultate zum Leistungseinkauf und der dritte mit einem Gewicht von 0.20 das Tarifwesen, wie sie oben im Detail in Tabelle 2 bis Tabelle 4 be- schrieben sind. Die Länge der einzelnen Abschnitte verdeutlicht deren Relevanz im Subindex, dessen Indexwert zusätzlich als Zahl aufgeführt ist.

Abbildung 3 Ergebnisse zum Subindex Hoheitsfunktion, 2012



* Ergebnisse konnten nicht mit Kantonsvertretern überprüft werden

In der Abbildung sind die Ergebnisse zum Subindex «Hoheitsfunktion» abgebildet. Der erste Abschnitt der Ergebnisbalken pro Kanton gibt Auskunft zur Einzelregulierung «Spitalplanung», der zweite zum «Leistungseinkauf» und der dritte zum «Tarifwesen». Ein hoher Indexwert nahe bei eins bedeutet, dass der Kanton die Regulierung wettbewerbsfreundlich ausgestaltet; ein Wert nahe bei null weist auf eine wettbewerbsfeindliche Ausgestaltung hin.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Die Resultate in Abbildung 3 verdeutlichen, dass auch nach der Einführung von SwissDRG die Kantone ihre ordnungspolitischen Aufgaben immer noch unterschiedlich wahrnehmen. Im Hinblick auf eine wettbewerbsorientierte Spitalversorgung haben zumindest fünf Kantone ihre Aufgaben bereits sehr gut wahrgenommen. Spitzenreiter ist der Kanton Schwyz mit einem Indexwert von 0.87, gefolgt von Zürich (0.83), Basel-Stadt (0.80), Zug (0.80) und Aargau (0.79). Insbesondere beim Kanton Schwyz sind klare Tendenzen zu einem wettbewerbsorientierten Spitalmarkt festzustellen. Bei der Einzelregulierung Spitalplanung erhält er den Maximalwert, da der Kanton keine eigenen Spitäler in Besitz hat und das fehlende kantonale Angebot leistungsgerecht mit ausserkantonalen Spitälern anbietet. Beim Leistungseinkauf stützt er sich auf das vom Kanton Zürich entwickelte Leistungsgruppenkonzept ab, das klare Kriterien vorgibt, an denen sich die Spitäler orientieren können. Eine Verbesserung liesse sich einzig erzielen, wenn

die Leistungsaufträge – vergleichbar zum Kanton Zürich – zusätzlich nach einem öffentlichen Ausschreibungsverfahren vergeben würden, bei dem ausserkantonale Spitäler im gleichen Umfang teilnehmen könnten. Auch beim Tarifwesen weist Schwyz einen Spitzenplatz auf. Es gibt keine kantonalen Vorgaben zu den Tarifen, die Referenztarife werden nach dem Spitaltyp unterschieden und entsprechen den Durchschnittstarifen der Spitäler auf der Spitalliste. Den Maximalwert könnte der Kanton Schwyz hier erreichen, wenn er wie in Luzern oder Solothurn, die Referenztarife anstelle nach Spitaltypen nach den existierenden Leistungsgruppen abstufte. Dies würde zusätzlich Klarheit für ausserkantonale Spitalaufenthalte schaffen.

Der zweitklassierte *Kanton Zürich* schneidet insbesondere wegen der Spitalplanung und des Tarifwesens etwas schlechter ab als der Kanton Schwyz. Die Tatsache, dass der Kanton Zürich immer noch im Besitz des Spitals Winterthur und des Universitätsspitals Zürich ist, ermöglicht es ihm, wenn auch in beschränktem Masse, das Spitalangebot mitzugestalten. Die kürzlich durch den Kanton kommunizierten Absichten zur Verselbständigung des Spitals Winterthur deuten jedoch darauf hin, dass sich der Kanton hier zukünftig verbessern wird (vgl. Gesundheitsdirektion Zürich, 2013). Beim Tarifwesen schneidet der Kanton Zürich aufgrund der kantonsweiten Vorgaben für die Tarife etwas schlechter ab. Die Skepsis gegenüber solchen Vorgaben zeigen auch die Widerstände der Spitäler, die gegen diese Tarife beim Bundesverwaltungsgericht mehrheitlich Klage eingereicht haben. Zwar hat der Kanton bereits Abstufungen für das Universitätsspital und das Kinderspital zugelassen, die Höhe dieser Abstufungen bleibt jedoch ein politischer Entscheid, der zu Fehlanreizen beim Leistungsangebot führen kann, falls die Abstufungen nicht die tatsächlichen exogenen Kostenunterschiede widerspiegeln. Absoluter Spitzenreiter ist Zürich dagegen beim Leistungseinkauf. Zürich weist als einziger Kanton einen transparenten Leistungseinkauf auf, der nach objektiven Kriterien und einem öffentlichen Ausschreibungsverfahren stattfindet. Dieses Vorgehen dient in vielen anderen Kantonen als Muster für ihren eigenen Leistungseinkauf. Zudem haben die Spitäler relativ grossen Handlungsspielraum, auch wenn bezüglich der Aus- und Weiterbildung von Ärzten immer noch wettbewerbsverzerrende Auflagen für öffentliche Spitäler existieren. Diese werden aber ab 2013 nicht mehr existieren. Gemäss Aussage der Gesundheitsdirektion müssen spätestens dann auch die privaten Spitäler im gleichen Umfang in die Ausbildung investieren. Dies ist eine notwendige Verbesserung, um zwischen den Spitalern die nötigen gleich langen Spiesse zu schaffen.

Einen unterdurchschnittlichen Indexwert weisen vor allem die beiden Kantone St. Gallen (0.28) und Tessin (0.37) auf. Dies bedeutet zwar nicht zwangsläufig, dass sie ihren ordnungspolitischen Aufgaben ungenügend nachkommen. Im Vergleich mit den anderen Kantonen sind die Rahmenbedingungen jedoch weniger wettbewerbsorientiert ausgelegt. Beim *Kanton St. Gallen* zeigt sich dies beispielsweise deutlich bei der Spitalplanung. Ein Grossteil des kantonalen Angebots wird mit eigenen Spitalern bereitgestellt. Zudem hat die Zusammenführung der Spitäler in vier Spitalregionen eine beträchtliche Marktkonzentration zur Folge, die sich wettbewerbsmindernd auswirken könnte. Entscheidend ist aber, dass der Kanton seit der Aufhebung der Spitalliste durch den Bundesrat im Juni 1999 über keine systematische Spitalplanung und Spitalliste mehr verfügt. Zwar ist der Kanton an der Erarbeitung einer neuen Spitalliste entsprechend dem Zürcher Modell, diese wurde aber 2012 noch nicht angewendet. Auch beim Leistungsein-

kauf und beim Tarifwesen zeigen sich gegenüber den Kantonen Schwyz und Zürich gewisse Unterschiede. Die fehlende Spitalliste führt zwangsläufig dazu, dass kein transparenter und wettbewerbsorientierter Leistungseinkauf stattfinden kann. Im Gegenzug hält sich der Kanton bei Spitälern mit Leistungsauftrag das Recht vor, Einschränkungen bei der Patientenzusammensetzung und bei der Vergütung des Spitalkaders vorzunehmen. Auch beim Tarifwesen gibt es Vorgaben, die zu einer Einschränkung der freien Spitalwahl führen könnten. Zwar gibt es eine Abstufung bei den Tarifen, diese berücksichtigen aber nur die Kantonspitäler Luzern und Aarau, das Triemli sowie die Universitätsspitäler. Die übrigen Spitäler erhalten einen Referenztarif, der unterhalb des Durchschnitts der innerkantonalen Tarife liegt.

Beim *Kanton Tessin* ist der niedrige Indexwert der Tatsache geschuldet, dass eine marktbeherrschende Spitalgruppe existiert und beim Leistungseinkauf Vorgaben zur Patientenzusammensetzung und zum Leistungsumfang gemacht werden. Insbesondere die Mengenbeschränkung hat das Tessin durch einen Bundesgerichtsbeschluss erwirken lassen, was es zum schweizweiten Präzedenzfall macht. Ungeachtet dessen sind beides massgebliche Kriterien, um die Entstehung eines wettbewerbsorientierten Spitalmarktes zu verhindern. Dazu kommt, dass der Referenztarif unterhalb des Durchschnitts der innerkantonalen Behandlungen liegt und die freie Spitalwahl auf der kantonalen Webseite intransparent kommuniziert wird.

Auch die Einzelregulierungen unterscheiden sich zwischen den Kantonen. Bei der *Spitalplanung* erhalten vor allem jene Kantone positive Wertungen, die einen geringen Marktanteil haben, keine marktdominierte Spitalgruppe aufweisen und die Spitalliste alle erforderlichen medizinischen Leistungen abdecken. Dies erreichen neben Schwyz und Zürich die Kantone Graubünden, Aargau, Basel-Stadt, Waadt und Zug sehr gut. Graubünden ist neben Schwyz der einzige Kanton, der keine eigenen Spitäler mehr besitzt. Einen Abschlag für die Spitalgruppe erhalten die Kantone Bern, Appenzell-Ausserrhoden, Basel-Landschaft, Freiburg, Jura, Luzern, Neuenburg, St. Gallen, aber auch Thurgau, Solothurn, Tessin und Wallis. Zusätzlich negativ bewertet wurden die Kantone Appenzell-Innerrhoden, Neuenburg, St. Gallen und Uri, die über keine vollständige Spitalliste verfügen.

Beim *Leistungseinkauf* wurden diejenigen Kantone positiv bewertet, die neben dem Kanton Zürich, Schwyz und Zug in einer abgespeckten Variante das Leistungsgruppenkonzept von Zürich anwenden und die Unternehmensfreiheit der Spitäler möglichst wahren. Einschränkungen zur Patientenzusammensetzung, zur Menge oder zur Vergütung des Spitalkaders, wie sie in unterschiedlichem Masse in den Kanton Wallis, Tessin, Graubünden, Schaffhausen, St. Gallen, Genf, Waadt, Freiburg aber auch in Bern vorherrschen, wurden mit einem Abschlag bewertet. Ein auffälliges Beispiel zur Mengenbeschränkung ist der Kanton Graubünden, der mit seiner Spitalplanung insbesondere Privatspitäler nur mit einer geringen Bettenzahl auf die Spitalliste nimmt, was den Wettbewerb verzerrt. Insbesondere im Kanton Bern ist die Mengenbeschränkung stark umstritten. Sie dürfte daher abgesehen vom Tessin in einigen Kantonen in naher Zukunft wieder fallen gelassen werden. Auch die Vorgaben der Patientenzusammensetzung sind eher ein Relikt aus früherer Zeit, als man den Privatspitälern aufgrund ihrer Ungleichbehandlung beim Leistungsauftrag bestimmte Vorlagen unterbreitet hat. Ebenso dürfte die Benachteiligung

gung der öffentlichen Spitäler gegenüber den Privaten bei der Aus- und Weiterbildung von Ärzten in Zukunft einheitlich gelöst werden. Gegenwärtig sind nur noch in den Kantonen Genf, Solothurn, Waadt und Zürich Unterschiede festzustellen. Andere Kantone wie Bern oder Schwyz sind beispielsweise bereits zu einem Anreizsystem übergegangen, das Spitäler zur Aus- und Weiterbildung von Ärzten motivieren soll.

Beim *Tarifwesen* erhalten diejenigen Kantone einen hohen Indexwert, die den Wettbewerb zu ausserkantonalen Spitälern möglichst fair ausgestalten. Dies sind zum einen Kantone, die im Gegensatz zum Kanton Zürich und Waadt bei der Tarifsetzung keine kantonsweiten Vorgaben machen und zum anderen die Referenztarife so ausgestalten, dass die freie Spitalwahl und somit der Wettbewerb möglichst gefördert wird. Einen guten Ansatz dazu bieten die Kantone Luzern, Glarus und Solothurn, die ihre Referenztarife abgestuft nach ihren Leistungsgruppen kommunizieren. Die Referenztarife sollten aber auch auf durchschnittlichen kantonalen Tarifen basieren und nicht wie in den Kantonen Freiburg, Tessin, St. Gallen, aber auch Glarus, Graubünden, Solothurn und Jura Minimalwerte sein.

5 Kanton als Mitfinanzierer

5.1 Grundlagen und Analysefokus

Die Mitfinanzierung der stationären Leistungen ermöglicht es dem Kanton, über die Vergütung finanzielle Anreize zu schaffen, die sich direkt auf die Betriebswirtschaftlichkeit und Wettbewerbsfähigkeit der Spitäler auswirken können. Die Vergütungsform kann aber auch einen Einfluss auf die Investitionstätigkeit eines Spitals haben. Um Investitionsstaus oder unnötige Investitionen in Überkapazitäten zu vermeiden, sind anreizorientierte Vergütungsformen gefordert, die keine wettbewerbsverzerrenden Wirkungen verursachen. Dazu gehört, dass alle Spitäler mit Leistungsauftrag, ungeachtet ihrer Trägerschaft oder Kantonszugehörigkeit, die gleichen Voraussetzungen und Pflichten haben. Die Finanzierung muss nach objektiven Kriterien erfolgen und darf ineffiziente Strukturen nicht erhalten oder fördern.

Die neue Spitalfinanzierung, die seit 2012 alle Spitäler der Akutsomatik mit fixen Fallpauschalen finanziert, kann die notwendigen Anreize schaffen, sofern keine weiteren Strukturbeiträge oder Investitionskredite durch die Kantone gewährt werden. Um einen auf nationaler Ebene funktionierenden Wettbewerb entstehen lassen zu können, dürfen die Kantone keine weiteren Garantieleistungen für Defizite oder Kredite gewähren oder die Betriebskosten über nicht KVG-pflichtige Leistungen quersubventionieren. Andernfalls entstehen zwischen den Kantonen wettbewerbsverzerrende Situationen, die letztlich über die Finanzkraft der Kantone und nicht über die einzelnen Spitäler ausgetragen werden.

Der nachfolgend beschriebene Subindex «Finanzierung» verdeutlicht die kantonale Ausgestaltung zur Finanzierung der Spitäler mit Leistungsauftrag. Dabei steht zum einen die Gleichbehandlung der öffentlichen und privaten Spitäler mit Leistungsauftrag im Fokus. Andererseits wird die durch den Kanton beeinflusste Wettbewerbsfähigkeit der Spitäler betrachtet. Dazu werden die Vergütungspraktiken der Kantone zu den Betriebskosten, den Investitionen aber auch den gemeinwirtschaftlichen Leistungen untersucht. Im Zentrum der Aufarbeitung stehen ausschliesslich die Subventionen der Kantone. Die Abgeltung durch die Versicherer wird hier nicht betrachtet. Diese können insbesondere vor 2012 von den kantonalen Finanzierungssystemen abweichen.

5.2 Berücksichtigte Indikatoren und Gewichtungsschema

Die Fragen zu den Einzelregulierungen des Subindex «Finanzierung» und deren Gewichtung werden nachfolgend anhand der Tabelle 5 bis Tabelle 8 im Detail erläutert. Da für die vorliegende Studie neben der Regulierungssituation 2012 auch diejenige im Jahr 2007 erfasst wurde, beziehen sich die nachfolgenden Regulierungen nicht nur auf das neue Finanzierungssystem SwissDRG. Im Jahr 2007 war die Spitalvergütung eines der wichtigsten Steuerungsinstrumente der Kantone. Die Resultate für die Regulierungssituation 2007 finden sich im Anhang.

Finanzierung der Betriebskosten

Vor 2012 waren die Kantone bei der Ausgestaltung der Betriebskostenfinanzierung weitestgehend frei. Nicht erstaunlich ist daher, dass sich verschiedenste Varianten etablierten, die unterschiedlich starke Anreize auf die Spitaleffizienz und deren Wettbewerbsfähigkeit hatten. Im Prinzip lassen sich die bis dato existierenden Vergütungssysteme in retrospektive und prospektive Varianten einteilen. Bei den retrospektiven Vergütungssystemen werden die Spitäler direkt nach ihrem tatsächlichen Aufwand vergütet. Die Spitäler tragen dabei kein eigentliches Unternehmensrisiko, da der Kanton jegliche Defizite ausgleicht. Folglich dürften keine positiven Auswirkungen auf die Effizienz existieren, da die Spitäler keinen direkten Kostendruck haben. Bei grossen Kostenanstiegen werden aber auch bei diesen Varianten häufig kantonale Sparmassnahmen auferlegt, um weitere Kostenschübe zu vermeiden. Bei den prospektiven Vergütungssystemen erhalten die Spitäler hingegen lediglich einen im Voraus abgemachten Fixbeitrag, der unabhängig von den individuellen Ausgaben ist. Dies kann in Form eines Globalbudgets oder einer Fallpauschale geschehen, wie es heute in der ganzen Schweiz der Fall ist. Bei diesen Vergütungsmodellen werden die Spitäler bewusst einem operativen Risiko ausgesetzt, das Anreize zu einer effizienten und wettbewerbsfähigen Betriebsstruktur vermittelt (vgl. Widmer, 2011). Zur Erfassung des angewendeten Finanzierungssystems und zu deren Anreizwirkungen werden drei Indikatoren erhoben, die unterschiedliches Gewicht in der Einzelregulierung erhalten (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5 Indikatoren und Gewichtungsschema zu den Betriebskosten

Kanton als Mitfinanzierer	Gewichte 2012
Betriebskosten	0.15
Wird ein prospektives Vergütungssystem angewendet?	0.40
Kommt dazu ein DRG-System zum Einsatz?	0.20
Müssen Defizite gänzlich vom Spital getragen werden?	0.40

In der Tabelle sind die Indikatoren und das Gewichtungsschema für die Einzelregulierung «Betriebskosten» aufgeführt. Alle Fragen zu den Indikatoren können in einer wettbewerbsfreundlichen Ausgestaltung bejaht werden. Das Gewichtungsschema gibt für jeden Indikator das Gewicht in der Einzelregulierung an. Zusätzlich ist das Gewicht der Einzelregulierung im Subindex «Finanzierung» aufgeführt.

Quelle: Polynomics.

Der erste Indikator, der mit einer Gewichtung von 0.40 in die Einzelregulierung eingeht, beschreibt generell die Art des Vergütungssystems. Wir unterscheiden dabei nach dem Grad der Prospektivität, abgestuft nach einer Vergütung gemäss Aufwand, Globalbudget oder Fallpauschalen. Viele der ehemaligen kantonalen Ausgestaltungen lassen sich nicht direkt auf diese drei Kategorien zuordnen, da sie Spezialfälle darstellen. Ihre Wirkung auf die Spitaleffizienz ist jedoch meist vergleichbar mit der einer retrospektiven Spitalvergütung. Sie werden der Einfachheit halber zusammen unter der Kategorie «gemäss Aufwand» zusammengefasst. Bei Kantonen

mit Globalbudget unterscheiden wir zusätzlich zwischen solchen mit und ohne Mengenbeschränkung. Letzteres wird als weniger positiv gewertet, da es sich hierbei meist um Kantone handelt, die ein kantonales und nicht ein spitalspezifisches Globalbudget bestimmen, was keinen eigentlichen prospektiven Charakter hat. Eine informelle Defizitdeckung kann bei diesen Kantonen meist nicht ausgeschlossen werden. Bei den Fallpauschalen wird ebenfalls unterschieden, ob eine mengenabhängige Fallpauschale existiert oder nicht. Anders als beim Globalbudget werten wir hier jedoch eine Mengenbeschränkung weniger positiv, da die Fallpauschale ihre Wirkung auf die Spitaleffizienz auch ohne Mengenbeschränkung entfalten kann.³

Der zweite Indikator der Einzelregulierung erfasst mit einem Gewicht von 0.20 den positiven Einfluss eines DRG-Systems. Die Anwendung eines DRG-Systems werten wir als positiv, da dadurch die Spitalleistungen kalkulierbarer und transparenter werden. Kantone, die bis 2012 anstelle eines DRG-Systems abteilungs- oder klinikspezifische Pauschalen berechnet haben, werden nicht separat berücksichtigt, da sie meist mit Tagespauschalen kombiniert wurden. Ihre positive Wirkung gegenüber Tagespauschalen dürfte daher nur unwesentlich besser sein.

Der dritte Indikator erfasst mit einem Gewicht von 0.40, ob der Kanton den Spitälern eine gesetzlich verankerte Defizitgarantie zusichert. Auch ein prospektives Vergütungssystem ist nicht ohne Fehlanreize, wenn der Kanton am Ende des Jahres ein allfälliges Defizit durch Staatsgelder ausgleicht. Mit der Existenz einer zugesicherten Defizitdeckung wird hier ein negativer Einfluss assoziiert. Nicht negativ gewertet werden informelle Defizitdeckungen, da aufgrund der Datenlage eine Erfassung nicht möglich ist.

Finanzierung der Investitionen

Neben den Betriebskosten konnte der Kanton bis 2012 auch die Finanzierung der Investitionen weitestgehend frei ausgestalten. Im Prinzip lassen sich zwei Arten von Finanzierungstypen feststellen, die sich unterschiedlich auf die Wettbewerbsfähigkeit der Spitäler auswirken können. Die einen Kantone finanzieren Investitionen separat direkt nach Aufwand, wobei Spitäler für ihre Investitionen meist zuerst einen Investitionsantrag beim Kanton einreichen mussten. Die anderen Kantone gewährten den Spitälern entweder Globalkredite oder vergüteten die Investitionen wie heute mit einer Investitionspauschale auf den Fallpauschalen. Dies gibt den Spitälern einen grösseren Handlungsspielraum und dürfte zu einer bedarfsgerechteren und effizienteren Bereitstellung führen. Vorausgesetzt wird hierfür jedoch, dass das zur Verfügung gestellte Investitionsbudget eine angemessene Refinanzierung möglich macht und die Spitäler sich in einem ausreichenden Qualitätswettbewerb befinden. Andernfalls kann es zu einem Investitionsstau und zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität kommen. Um diese Ausprägungen

³ Solange keine angebotsinduzierte Nachfrage vorliegt, sollte die Menge nicht von vorneherein beschränkt werden. Andernfalls kommt es zu einer allokativ ineffizienten Bereitstellung, da sich die Spitäler nicht mehr an der optimalen Menge ausrichten können.

im Regulierungsindex möglichst detailliert erfassen zu können, haben wir zwei Indikatoren berücksichtigt, die mit gleichem Gewicht die Einzelregulierung abbilden (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6 Indikatoren und Gewichtungsschema zu den Investitionen

Kanton als Mitfinanzierer	Gewichte 2012
Investitionen	0.15
Wird ein prospektives Vergütungssystem angewendet?	0.50
Dürfen Investitionen ohne kantonale Bewilligungen getätigt werden?	0.50

In der Tabelle sind die Indikatoren und das Gewichtungsschema für die Einzelregulierung «Investitionskosten» aufgeführt. Alle Fragen zu den Indikatoren können in einer wettbewerbsfreundlichen Ausgestaltung bejaht werden. Das Gewichtungsschema gibt für jeden Indikator das Gewicht in der Einzelregulierung an. Zusätzlich ist das Gewicht der Einzelregulierung im Subindex «Finanzierung» aufgeführt.

Quelle: Polynomics.

Der erste Indikator berücksichtigt, ob die Investitionsbeiträge separat nach Aufwand vergeben, oder ob sie im Rahmen der Betriebskostenfinanzierung über ein Globalbudget oder Fallpauschalen abgegolten werden. Im Grundsatz gilt: Je unabhängiger die Spitäler ihre Investitionen tätigen können, desto positiver ist dies für die Unternehmensentwicklung und somit die Wettbewerbsfähigkeit der Spitäler.

Zusätzlich zur Art der Investitionsbeiträge erfassen wir, ob die Spitäler für jede Investition vorab beim Kanton eine Bewilligung einholen müssen. Auch hier gilt, je eigenständiger die Spitäler ihre Investitionen tätigen können, desto positiver wird dies gewertet. Nur wenn die Spitäler selber entscheiden können, in welche Projekte sie ihr Geld investieren wollen, können sie sich optimal den Marktbedürfnissen anpassen und eine bedarfsgerechte und qualitativ hochstehende Bereitstellung garantieren.

Zu erwähnen bleibt, dass für den Zeitpunkt 2007 unter dieser Einzelregulierung nur Investitionen in Mobilien bis zu einem bestimmten Projektvolumen berücksichtigt werden; dies aus dem Grund, da ab einem bestimmten Volumen die meisten Kantone nach Aufwand finanzierten und eine Bewilligung erforderlich war.

Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL)

Viele Spitäler bieten aufgrund ihres Leistungsauftrages oder darüber hinaus weiterführende Dienstleistungen an, die nicht direkt KVG-relevant sind. Diese Dienstleistungen werden in den meisten Kantonen zusätzlich vergütet. Dies ist nicht grundsätzlich problematisch, solange die Vergütung nach objektiven und transparenten Kriterien erfolgt und der Kanton die Leistungen explizit einkauft. Problematisch wird die Vergütung erst dann, wenn der Verwendungszweck und der bezahlte Beitrag nicht genau erkennbar sind. In diesem Fall ist eine sachgerechte Abgrenzung der Kosten unmöglich; es besteht die Gefahr, dass diese Beiträge verwendet werden,

um die KVG-pflichtigen Leistungen zu quersubventionieren. Insbesondere seit 2012, seitdem die Spitäler alle prospektiv nach fixen Pauschalen vergütet werden, kann dies zu einem wettbewerbsverzerrenden Steuerungsinstrument verkommen. Werden nämlich die eigenen Spitäler bewusst mit Hilfe von GWL-Beiträgen quersubventioniert, wird ihre Wettbewerbsfähigkeit kurzfristig auf Kosten der Steuerzahler erhöht. Dies führt zu Fehlanreizen und setzt die anderen Kantone unter Zugzwang, damit ihre Spitäler ebenfalls im Wettbewerb mithalten können. Es kann zu einem regelrechten «Wettrüsten» kommen. Vor allem im Bereich der hochspezialisierten Medizin dürfte dies nicht unwahrscheinlich sein, wo sich die Kantone in direktem Standortwettbewerb zueinander befinden.

Nicht überraschend ist daher, dass die Kantone nur ungern über das Thema Auskunft geben. Um trotzdem eine Beurteilung der kantonalen Ausgestaltung machen zu können, wenden wir ein indirektes Vorgehen an. Zu diesem Zweck fragten wir die Kantone in einem ersten Schritt, ob sie GWL vergüten oder nicht. Ausgeschlossen von dieser Frage wurden Beiträge für die Aus- und Weiterbildung von Ärzten, da diese gesetzlich vorgeschrieben sind. Falls sie die Frage mit ja beantworteten, führten wir in einem zweiten Schritt eine Internetrecherche durch, um herauszufinden, ob öffentlich zugängliche Informationen zu den einzelnen Leistungen und der Summe der bezahlten Beiträge verfügbar sind (vgl. Tabelle 7). Dazu wurde ausgehend von der jeweiligen kantonalen Webseite eine Internetsuche gestartet. Kantone, bei denen innerhalb einer vordefinierten Zeit keine Angaben gefunden werden konnten, bewerten wir negativ. Kantone, die ausschliesslich den Gesamtbetrag ausweisen, werden durchschnittlich bewertet. Die verbleibenden Kantone mit Informationen zu den Einzelleistungen werden bei der Beurteilung der Subindikatoren positiv bewertet. Die Höhe der Beiträge kann dabei nicht gewertet werden; lediglich, ob die Beiträge transparent ausgewiesen werden.

Tabelle 7 Indikatoren und Gewichtungsschema zu den gemeinwirtschaftlichen Leistungen

Kanton als Mitfinanzierer	Gewichte 2012
Gemeinwirtschaftliche Leistungen	0.35
Werden gemeinwirtschaftliche Leistungen vergütet?	1.00
Wird die Anzahl vergüteter Leistungen transparent ausgewiesen?	0.50
Publizieren die Kantone die Höhe der geleisteten Beiträge?	0.50

In der Tabelle sind die Indikatoren, Subindikatoren und das Gewichtungsschema für die Einzelregulierung «Gemeinwirtschaftliche Leistungen» aufgeführt. Alle Fragen zu den Indikatoren oder Subindikatoren bejahen sich in einer wettbewerbsfreundlichen Ausgestaltung. Das Gewichtungsschema gibt für jeden Indikator das Gewicht in der Einzelregulierung an. Das Gewicht zu den Subindikatoren verdeutlicht deren Relevanz im Indikator. Zusätzlich ist das Gewicht der Einzelregulierung im Subindex «Finanzierung» aufgeführt.

Quelle: Polynomics.

Die Informationen der Subindikatoren werden schliesslich zu gleichen Teilen im Indikator gewichtet. Am besten werden dabei jene Kantone bewertet, die keine GWL bezahlen. Dies aus dem Grund, da sie damit keine Möglichkeit zur Quersubventionierung der KVG-pflichtigen Leistungen haben. Ebenfalls positiv bewerten wir diejenigen Kantone, die zwar GWL bezahlen, aber beide Subindikatoren hinsichtlich der Transparenz positiv erfüllen. Die übrigen Kantone werden negativ bewertet.

Kreditvergabe und Strukturbeiträge

Die letzte Einzelregulierung im Subindex «Finanzierung» bewertet die Möglichkeit der Spitäler, über die Kantone direkt oder mit Hilfe ihrer Bürgschaften Grosskredite aufzunehmen. Für eine objektive und marktwirtschaftliche Ausgestaltung der Spitalversorgung sollten sich alle Spitäler gleichermaßen refinanzieren können. Dazu gehört, dass ein Kredit risikogerecht verzinst wird. Können die Spitäler ihre Kredite über den Kanton beziehen, oder gewährt der Kanton bei der Geldaufnahme über den Kapitalmarkt Bürgschaften, wird das Kreditrisiko und somit die Verzinsung zu Gunsten des Spitals verzerrt. Die Spitäler können sich besser stellen, was ihre Wettbewerbsfähigkeit auf Kosten der Steuerzahler kurzfristig verbessert. Der Indikator wird positiv beurteilt, wenn ein Kanton keine Kredite oder Bürgschaften vergibt (vgl. Tabelle 8). Ebenfalls eine Rolle spielt hier die Handhabung früherer Subventionen zur Errichtung neuer Infrastrukturen. Für eine optimale Ausgestaltung sollten die kantonalen Spitäler ungeachtet ihres Investitionszyklus aufgrund früherer Subventionsbeiträge nicht bevorzugt oder benachteiligt sein. Positiv bewertet werden daher zusätzlich jene Kantone, die mit dem Übergang zur Fallpauschalenfinanzierung zwischen den Spitälern eine vergleichbare Ausgangslage geschaffen haben.

Tabelle 8 Indikator und Gewichtungsschema zur Kreditvergabe

Kanton als Mitfinanzierer	Gewichte 2012
Kreditvergabe	0.35
Müssen Kreditaufnahmen über den Kapitalmarkt ohne kantonale Hilfe passieren?	1.00

In der Tabelle sind die Indikatoren und das Gewichtungsschema für die Einzelregulierung «Kreditvergabe» aufgeführt. Die Frage zum Indikator kann in einer wettbewerbsfreundlichen Ausgestaltung bejaht werden. Das Gewichtungsschema gibt für jeden Indikator das Gewicht in der Einzelregulierung an. Zusätzlich ist das Gewicht der Einzelregulierung im Subindex «Finanzierung» aufgeführt.

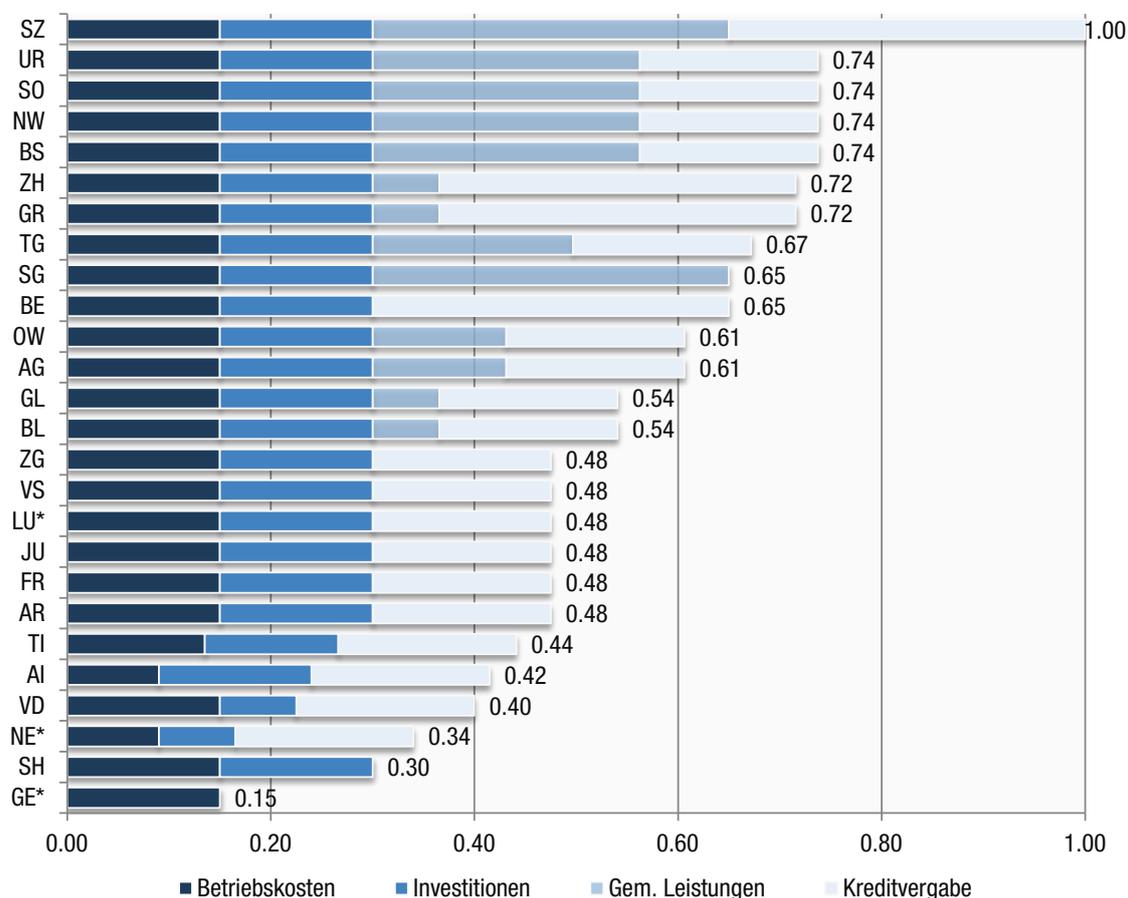
Quelle: Polynomics.

5.3 Ergebnisse

Die Resultate des Subindex «Finanzierung» und seiner Einzelregulierungen sind in Abbildung 4 zusammengefasst. Die vier Balkenabschnitte pro Kanton widerspiegeln die Einzelregulierungen, wie sie oben in Tabelle 5 bis Tabelle 8 im Detail beschrieben sind. Der erste Abschnitt zeigt die Finanzierung der Betriebskosten, die mit einem Gewicht von 0.15 in den Subindex eingeht. Der

zweite Abschnitt beschreibt mit einem Gewicht von 0.15 die Resultate zu den Investitionen, der dritte mit einem Gewicht von 0.35 die Resultate zu den gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Der vierte Balkenabschnitt gibt mit einem Gewicht von 0.35 Auskunft zur Kreditvergabe.

Abbildung 4 Ergebnisse zum Subindex Finanzierung, 2012



* Ergebnisse konnten nicht mit Kantonsvertretern überprüft werden

In der Abbildung sind die Ergebnisse zum Subindex «Finanzierung» abgebildet. Der erste Abschnitt der Ergebnisbalken pro Kanton gibt Auskunft zur Einzelregulierung «Betriebskosten», der zweite zu den «Investitionen», der dritte zu den «Gemeinwirtschaftlichen Leistungen» und der vierte zur «Kreditvergabe». Ein hoher Indexwert nahe bei eins bedeutet, dass der Kanton die Regulierung wettbewerbsfreundlich ausgestaltet; ein Wert nahe bei null weist auf eine wettbewerbsfeindliche Ausgestaltung hin.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Die Resultate in Abbildung 4 zeigen erneut grosse Unterschiede zwischen den Kantonen, die hauptsächlich aufgrund der unterschiedlichen Ausgestaltung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen und der Kreditvergabe entstehen. Die Ergebnisse zu den Betriebskosten und Investitionen sind dagegen dank SwissDRG bereits sehr homogen ausgestaltet.

Es lassen sich rund sechs Kantone ausmachen, die eine wettbewerbsfreundliche Ausgestaltung der Finanzierung betreiben. Spitzenreiter ist erneut der *Kanton Schwyz*, der für den Subindex den Maximalwert von 1.00 erhält. Er setzt sowohl die neue Spitalfinanzierung konsequent um und betreibt bezüglich der gemeinwirtschaftlichen Leistungen und der Kreditvergabe eine ausgesprochen liberale Haltung. Dies erstaunt nicht, da der Kanton Schwyz bereits seit 2004 eine Finanzierung mit Fallpauschalen hat und damit nach Waadt zu den ersten Kantonen mit einem prospektiven Finanzierungssystem in der Schweiz gehört. Dazu kommt, dass Schwyz neben St. Gallen der einzige Kanton ist, der seit 2012 keine gemeinwirtschaftlichen Leistungen mehr bezahlt, und auch bezüglich der Kreditvergabe ist er sehr konsequent. Im Kanton Schwyz müssen sich die Spitäler vorrangig über den Kapitalmarkt oder private Investoren refinanzieren. Darüber hinaus hat der Kanton bei der Umstellung auf ein DRG-System im Jahre 2004 durch eine einmalige Ausgleichszahlung zwischen den Spitälern versucht, die ungleich langen Spiesse aufgrund früherer Investitionsbeiträge auszugleichen.

Ebenfalls wettbewerbsfreundlich verhalten sich die *Kantone Basel-Stadt, Nidwalden, Solothurn und Uri*, die allesamt mit einem Indexwert von 0.74 etwas abgeschlagen auf dem zweiten Platz landen. An dritter Stelle sind die Kantone *Graubünden (0.72) und Zürich (0.72)*. Im Gegensatz zum Kanton Schwyz vergüten diese Kantone zwar gemeinwirtschaftliche Leistungen, diese werden aber immerhin transparent und detailliert ausgewiesen. Vorbildlich ausgestaltet ist dies vor allem im Kanton Basel-Stadt aber bedingt auch im Kanton Uri, Nidwalden und Solothurn, die für alle bezahlten Leistungen Einzelpositionen transparent ausweisen. Die Kantone Zürich und Graubünden schneiden hier etwas schlechter ab, da nur das Gesamtergebnis öffentlich publiziert wird. Dafür vertreten diese beiden Kantone eine etwas liberalere Haltung bei der Kreditvergabe. Vergleichbar zum Kanton Schwyz setzen sich die Kantone gegen die kantonale Kreditvergabe oder Bürgschaften für die Spitäler ein.

Anders sieht es bei den Kantonen Genf und Schaffhausen aus. Der *Kanton Genf* erzielt mit einem Indexwert von 0.15 das niedrigste Ergebnis. Trotz der Einführung von SwissDRG gibt es in Genf immer noch kantonale Vorgaben, die das Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) gegenüber anderen Spitälern finanziell begünstigen. So werden Investitionen zusätzlich zur Investitionspauschale über die Staatsrechnung finanziert. Dafür unterliegt das HUG der Bewilligungspflicht durch den Kanton. Auch bei den GWL und bei der Kreditvergabe lässt sich das Vorgehen in Genf nicht mit den restlichen Kantonen vergleichen. Es existiert keine Transparenz bezüglich der bezahlten Leistungen, und Kredite werden vom Kanton direkt vergeben. Das HUG hat keine Möglichkeit, über den Kapitalmarkt Geld aufzunehmen.

Im Gegensatz zu Genf setzt der *Kanton Schaffhausen* zwar die neue Spitalfinanzierung konsequent um, da die gemeinwirtschaftlichen Leistungen jedoch ebenfalls sehr intransparent vergütet werden und die Leistungen nicht zwischen der dazugehörigen psychiatrischen Klinik und dem Pflegeheim abgegrenzt werden können, entsteht die Möglichkeit zur Quersubventionierung der KVG-pflichtigen Leistungen. Bei der Kreditvergabe ist Schaffhausen wie Genf sehr restriktiv. Kredite müssen über den Staat bezogen werden, was die Möglichkeit schafft, die eigenen Spitäler zu bevorzugen.

Auch beim Subindex «Finanzierung» lassen sich die Einzelregulierungen separat beurteilen. Angefangen bei den *Betriebskosten*, erhalten insbesondere jene Kantone eine schlechtere Bewertung, bei denen eine Defizitdeckung trotz der Einführung der Fallpauschalen nicht ausgeschlossen werden kann. Dies betrifft insbesondere den Kanton Appenzell-Innerrhoden aber auch in gewissem Masse den Kanton Neuenburg. Der Kanton Tessin schneidet hier gegenüber den verbleibenden Kantonen ebenfalls etwas schlechter ab, da er immer noch eine Vergütung strikt nach Globalbudget vorsieht. Ein Globalbudget ist zwar nicht grundsätzlich falsch, damit verbunden sind aber Mengenbeschränkungen, die Spitäler in ihrer Unternehmensfreiheit einschränken.

Bei der Einzelregulierung zu den *Investitionen* erhalten vorwiegend jene Kantone eine negative Wertung, bei denen die Spitäler ihre Investitionsvorhaben immer noch nicht selber planen und ausführen dürfen. Ausser beim bereits erwähnten Kanton Genf trifft dies auch auf die Kantone Waadt und Neuenburg zu. Das genaue Vorgehen in den Kantonen Genf und Neuenburg ist jedoch nicht klar ersichtlich. Da beide Kantone ein Interview verweigert haben, müssen die Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden.

Die *gemeinwirtschaftlichen Leistungen* werden in den meisten Kantonen sehr verschwiegen behandelt. Positiv zu werten sind daher vor allem jene Kantone, die überhaupt keine Leistungen vergüten. Gegenwärtig sind dies nur der Kanton Schwyz und gemäss Aussage des Kantonsvertreters auch St. Gallen. Alle anderen Kantone bezahlen in irgendeiner Form Beiträge an nicht KVG-pflichtige Leistungen. Es lassen sich insbesondere bezüglich der Transparenz deutliche Unterschiede ausmachen. Als Vorbild ist der Kanton Basel-Stadt zu nennen, der bemüht ist, die Beiträge nach objektiven und messbaren Kriterien auszugestalten. Gute Ergebnisse erzielte die Internetrecherche auch bei Nidwalden, Solothurn und Uri. Diese weisen nicht nur das gesamte Leistungsspektrum transparent aus, sondern geben auch bezüglich der einzelnen Leistungen den Betrag pro Spital an. Bei den übrigen Kantonen konnte meist nur der Gesamtbetrag ausfindig gemacht werden, was bezüglich der Ausgestaltung immer noch viel Spielraum lässt.

Zuletzt lassen sich auch bezüglich der *Kreditvergabe* Unterschiede zwischen den Kantonen feststellen. Eine positive Wertung erhalten diejenigen Kantone, die zumindest vorläufig keine Kredite oder Bürgschaften vorsehen. Dies ist gemäss Expertenbefragung in den Kantonen Schwyz, Graubünden, Zürich und Bern der Fall. Bei den meisten Kantonen aber kann nicht per se ausgeschlossen werden, dass der Kanton im Falle einer Refinanzierung den Spitalern in irgendeiner Form finanzielle Mittel zur Verfügung stellt. Besonders negativ werden hier Genf, Schaffhausen und St. Gallen bewertet, bei denen ein Antrag für einen Grosskredit über die Kantone erfolgen muss. Die Kreditvergabe alleine reicht jedoch nicht für eine umfassende Beurteilung aus. Dazu sollte ebenfalls berücksichtigt werden, wie vergangene Investitionsbeiträge im Zuge der neuen Spitalfinanzierung bewertet wurden, um für alle Spitäler gleiche Ausgangslagen zu schaffen. Am transparentesten wird dies beim Kanton Zürich ausgewiesen, der zur Einführung von SwissDRG alle früheren Investitionsbeiträge in verzinsliche und zurückzahlbare Darlehen umgewandelt hat. Dies schafft bei einer angemessenen Verzinsung möglichst gleiche Ausgangslagen, unabhängig vom Investitionszyklus der Spitäler. Die meisten übrigen Kantone

sind diesbezüglich sehr intransparent, was vermuten lässt, dass frühere Beiträge als Subventionen zu Gunsten der betroffenen Spitäler ausgefallen sind. Probleme, die bei einer solchen Übergangslösung entstehen können, zeigen sich beispielhaft am Kanton Bern, der noch heute mit den Folgen seines Investitionsfonds zu kämpfen hat. Viele Spitäler haben vor 2012 noch Investitionsanträge eingereicht, um unter der neuen Spitalfinanzierung eine möglichst gute Ausgangslage zu erhalten. Obwohl dieser Fonds unter der neuen Spitalfinanzierung aufgelöst werden soll, ergeben sich nun bereits Finanzierungslücken, die im schlechtesten Fall wiederum auf Kosten des Steuerzahlers ausgeglichen werden müssen.

6 Kanton als Eigentümer von Spitälern

6.1 Grundlagen und Analysefokus

Historisch bedingt verfügen die meisten Kantone über eigene Spitäler, bei denen sie auch auf das operative Geschäft Einfluss nehmen. Insbesondere seit 2012, seit dem die privaten Spitäler mit Leistungsauftrag den üblichen Spitälern gleichgestellt sind und untereinander im Wettbewerb stehen sollen, kann dies für die betroffenen Spitäler nicht nur von Vorteil sein. Politische Fesseln wie beispielsweise das Verbot von strategischen Partnerschaften oder die Beschränkung des Einkaufs auf lokale Anbieter können die Wettbewerbsfähigkeit der betroffenen Spitäler gegenüber den Privatkliniken verringern. Damit dies nicht passiert, müssen die Spitäler die gleichen unternehmerischen Freiheiten wie Privatkliniken haben. Nur dann können sie gleichsam ihr Angebot und die Kostenstruktur den Markterfordernissen anpassen. Dafür sollte sich der Kanton wenn möglich als Eigentümer zurückziehen.

Der nachfolgend beschriebene Subindex «Eigentum» beschreibt den kantonalen Einfluss auf die Unternehmensfreiheit. Dabei stehen die Rechtsform der eigenen Spitäler sowie der damit verbundene Einfluss auf die strategische und operative Führung im Zentrum. Ebenfalls relevant sind die Eigentumsverhältnisse der Spitalinfrastrukturen. Diese gewinnen insbesondere nach 2012 an Bedeutung, seitdem die Spitäler für ihre Investitionen einen festen Zuschlag auf die Fallpauschalen erhalten.

Um den kantonalen Einfluss gesamthaft beurteilen zu können, wird der Einfluss auf die eigenen Spitäler zusätzlich mit deren kantonalem Marktanteil gewichtet. Kantone, die keine eigenen Spitäler besitzen, erhalten dabei automatisch den Maximalwert 1.00. Kantone, die 100 Prozent Marktanteil haben, werden vollständig nach ihrem direkten Einfluss auf die eigenen Spitäler bewertet.

6.2 Berücksichtigte Indikatoren und Bewertungsschema

Die Fragen zu den Einzelregulierungen des Subindex «Eigentum» und deren Gewichtung werden nachfolgend anhand Tabelle 9 bis Tabelle 12 im Detail erläutert.

Rechtsform

Ein notwendiges aber nicht hinreichendes Kriterium für die Unabhängigkeit und Handlungsfreiheit eines Spitals ist seine Rechtsform. Auch wenn sie nicht abschliessend die unternehmerischen Freiheiten abbilden kann, so gibt sie doch einen ersten Eindruck darüber, wie stark die Spitalfuhrung von der kantonalen Verwaltung beeinflusst wird. Positiv zu werten ist in diesem Fall eine Rechtsform, die eine eigene Rechtspersönlichkeit mit eigenen Statuten und einem unabhängigen Aufsichtsorgan hat (vgl. Tabelle 9). Dies sind insbesondere Aktiengesellschaften aber auch Stiftungen oder Vereine, die in der Einzelregulierung einen Maximalwert erhalten. Weniger positiv zu werten sind selbständige Institutionen nach dem üblichen Recht. Eine

geringe Unabhängigkeit wird schliesslich jenen Spitälern zugestanden, die eine unselbständige öffentlich-rechtliche Rechtsform haben, beziehungsweise Teil der kantonalen Verwaltung sind.

Tabelle 9 **Indikator und Gewichtungsschema zur Rechtsform**

Kanton als Eigentümer	Gewichte 2012
Rechtsform	0.20
Haben die Spitäler eine eigenständige Rechtspersönlichkeit?	1.00

In der Tabelle sind der Indikator und das Gewichtungsschema für die Einzelregulierung «Rechtsform» aufgeführt. Die Frage zum Indikator kann in einer wettbewerbsfreundlichen Ausgestaltung bejaht werden. Das Gewichtungsschema gibt für den Indikator das Gewicht in der Einzelregulierung an. Zusätzlich ist das Gewicht der Einzelregulierung im Subindex «Eigentum» aufgeführt.

Quelle: Polynomics.

Strategische Führung

Ungeachtet der Rechtsform kann der Kanton über seine Eigentumsverhältnisse Einfluss auf die strategische Führung nehmen. Dies kann er einerseits anhand von Richtlinien zur Ausgestaltung der strategischen Führung oder durch eine Teilnahme mit Regierungsvertretern in den Aufsichtsgremien bewirken. Dies ist auch bei einer Aktiengesellschaft möglich, wo der Kanton an der Generalversammlung über seine Stimmrechtsmehrheit seine Interessen einbringen oder einen Sitz im Verwaltungsrat einfordern kann.

Um den Einfluss des Kantons auf die strategische Führung zu messen, wird ein Indikator erfasst (vgl. Tabelle 10). Dieser misst, ob der Kanton das strategische Führungsorgan ist, oder ob ein unabhängiges Aufsichtsorgan existiert, das über die strategischen Belange des Spitals befindet. Negativ bewertet werden Kantone, bei denen die strategische Führung direkt durch den Kanton ausgeübt wird. Kantone, die ein unabhängiges Aufsichtsorgan haben, werden grundsätzlich positiv bewertet. Die Bewertung hängt jedoch von der Ausprägung drei weiterer Subindikatoren ab, die zusätzlich zu gleichen Teilen den Einfluss des Kantons auf die Aufsichtsorgane messen.

Der erste Subindikator erfasst, ob der Kanton bei der Wahl der Vertreter ein Mitbestimmungsrecht hat. Positiv bewerten wir Kantone, die keinen Einfluss auf die Wahl der Vertreter nehmen.

Der zweite Subindikator misst, ob der Kanton mit mindestens einem Regierungsvertreter im Aufsichtsrat vertreten ist. Wir unterscheiden hier, ob der Regierungsrat oder ein Vertreter des Departements teilnimmt. Positiv bewertet werden Kantone, deren Spitäler eine strategische Führung ohne Regierungsvertreter haben. Je unabhängiger die Aufsichtsgremien sind, desto geringer ist die Gefahr, dass Kantone politische Interessen in die Spitalführung mit einbringen.

Tabelle 10 Indikatoren und Gewichtungsschema zur strategischen Führung

Kanton als Eigentümer	Gewichte 2012
Strategische Führung	0.30
Existiert ein unabhängiger Aufsichtsrat für die strategische Führung?	1.00
Wird der Aufsichtsrat ohne Einwirkung der Regierung bestimmt?	0.33
Wird der Aufsichtsrat ohne Regierungsvertreter besetzt?	0.33
Kann das Präsidium unabhängig bestimmt werden?	0.33

In der Tabelle sind die Indikatoren, Subindikatoren und das Gewichtungsschema für die Einzelregulierung «Strategische Führung» aufgeführt. Alle Fragen zu den Indikatoren oder Subindikatoren bejahen sich in einer wettbewerbsfreundlichen Ausgestaltung. Das Gewichtungsschema gibt für jeden Indikator das Gewicht in der Einzelregulierung an. Das Gewicht zu den Subindikatoren verdeutlicht deren Relevanz im Indikator. Zusätzlich ist das Gewicht der Einzelregulierung im Subindex «Eigentum» aufgeführt.

Quelle: Polynomics.

Der dritte Subindikator misst den Einfluss des Kantons auf die Wahl des Präsidiums. Unterschieden wird hier zwischen Kantonen, bei denen die Spitäler das Präsidium selber bestimmen dürfen und Kantonen, bei denen die Wahl oder das Präsidium in der Verantwortung des Kantons ist. Positiv bewertet werden Kantone, die keinen Einfluss auf die Wahl und die Vertreter des Präsidiums nehmen.

Operative Führung

Neben der strategischen Führung kann der Kanton auch Einfluss auf die operative Führung nehmen. Dies ist insbesondere bei unselbständig öffentlich-rechtlichen Institutionen der Fall, bei denen die strategische Führung durch die kantonale Verwaltung wahrgenommen wird. Die Hypothese dazu lautet: Je stärker der Kanton Einfluss nimmt, desto eingeschränkter ist das Spital in seiner Unternehmensfreiheit. Ineffiziente Strukturen können dadurch länger erhalten bleiben, was die Wettbewerbsfähigkeit schmälert. Den kantonalen Einfluss auf die operative Führung erfassen wir mit vier Indikatoren, die unterschiedlich gewichtet in die Einzelregulierung eingehen (vgl. Tabelle 11).

Der erste Indikator erfasst mit einem Gewicht von 0.40, ob der Kanton die Leitung der operativen Führung selber bestimmt, oder ob sie durch das strategische Aufsichtsorgan bestimmt werden. Positiv werten wir, wenn der Kanton keinen direkten Einfluss auf die Wahl der operativen Führung hat.

Der zweite Indikator untersucht mit einem Gewicht von 0.20, ob der Kanton Vorgaben zur Art des Führungsmodells macht. Es gibt Kantone, die den Spitälern eine sogenannte «Dreibein-Führung» vorgeben, bei der neben der administrativen Leitung auch das medizinische und pflegerische Personal vertreten sein muss. Häufiger ist in der Schweiz das Managementmodell anzutreffen, das eine CEO-Struktur mit administrativem Fachpersonal aufweist. Negativ bewertet

wird in der Einzelregulierung, wenn das Spital sein Führungsmodell ungeachtet der Vor- und Nachteile der beiden Führungsmodelle nicht selber bestimmen kann.

Tabelle 11 Indikatoren und Gewichtungsschema zur operativen Führung

Kanton als Eigentümer	Gewichte 2012
Operative Führung	0.20
Werden die Vertreter ohne Regierungseinfluss bestimmt?	0.40
Kann das Führungsmodell selbständig ausgestaltet werden?	0.20
Ist das Spital in seiner Gewinnverwendung frei?	0.20
Gibt es existenzsichernde Vorgaben zur Kapitalstruktur?	0.20

In der Tabelle sind die Indikatoren und das Gewichtungsschema für die Einzelregulierung «Operative Führung» aufgeführt. Alle Fragen zu den Indikatoren können in einer wettbewerbsfreundlichen Ausgestaltung bejaht werden. Das Gewichtungsschema gibt für jeden Indikator das Gewicht in der Einzelregulierung an. Zusätzlich ist das Gewicht der Einzelregulierung im Subindex «Eigentum» aufgeführt.

Quelle: Polynomics.

Der dritte Indikator geht mit einem Gewicht von 0.20 in die Einzelregulierung ein und untersucht, ob der Kanton Vorgaben zur Gewinnverwendung macht. Als Eigentümer hat der Kanton zwar ein Anrecht darauf; vergleichbar zur Privatwirtschaft, wo die Aktionäre an der Generalversammlung über die Gewinnverwendung abstimmen können. In der Praxis ist jedoch eine Vorgabe zur Gewinnverwendung meist willkürlich festgelegt und oft mit einer Garantie zur Defizitdeckung verknüpft. Negativ bewertet werden in diesem Indikator deshalb Vorgaben, die eine zweckgebundene Verwendung des operativen Gewinns vorsehen.

Der vierte Indikator erfasst abschliessend mit einem Gewicht von 0.20, ob der Kanton Vorgaben zur Kapitalstruktur macht. Mit der neuen Spitalfinanzierung sind die Spitäler vermehrt unternehmerischen Risiken ausgesetzt. Zur Absicherung dieser Risiken braucht das Spital eine solide Kapitalstruktur mit genügend Risikokapital. Kantonale Vorgaben zur Kapitalstruktur, welche das unternehmerische Fortbestehen schützen, werden daher als positiv gewertet. Sie garantieren eine sichere und zukunftsorientierte Spitalversorgung unter marktwirtschaftlichen Bedingungen.

Infrastruktur

Neben dem Einfluss auf die strategische und operative Führung kann der Kanton auch über die Besitzverhältnisse der Infrastruktur einen Einfluss auf die Wettbewerbsfähigkeit der Spitäler ausüben. Noch heute gibt es viele Kantone, die im Besitz der Spitalinfrastrukturen sind. Sie stellen diese den Spitalern im Nutzrecht zur Verfügung und verlangen dafür im Idealfall einen angemessenen Mietzins. Bei der Festsetzung des Mietzinses ist der Kanton jedoch weitestgehend frei, so dass er diesen Spielraum zur finanziellen Begünstigung der eigenen Spitäler nutzen kann. Diese werden dadurch gegenüber den anderen Spitalern kurzfristig besser gestellt, da sie in einem Fallpauschalensystem mit einer fixen Vergütung der Anlagenutzungskosten ihre Leis-

tungen kostengünstiger anbieten können. Um diese Fehlanreize zu verhindern, ist es von Vorteil, wenn die Kantone ihre Liegenschaften in den Besitz der Spitäler übergeben. So verlieren sie zwar an Einflussnahme, das Spital kann jedoch seine Infrastruktur frei nach den Marktdürfnissen ausgestalten. Dazu gehört auch die Standortwahl, die insbesondere seit 2012 aufgrund des verstärkten Wettbewerbs zwischen den Spitälern von grösserer Bedeutung ist. Zudem werden ineffiziente Infrastrukturen weniger lang aufrechterhalten und die Spitäler sind weniger von der Finanzkraft und der Investitionswilligkeit der Kantonsvertreter abhängig.

Die Wirkung der Eigentumsverhältnisse bewerten wir mit einem Indikator und zwei Subindikatoren (vgl. Tabelle 12). Der Indikator erfasst, ob der Kanton oder das Spital im Besitz der Infrastruktur ist. Ist das Spital im Besitz der Liegenschaften, bewerten wir dies positiv. Noch positiver wird es gewertet, wenn frühere Beiträge an Infrastrukturen mit der Übergabe der Infrastrukturen in verzinsliche Darlehen umgewandelt wurden. Dieser zusätzliche Einfluss wird mit dem ersten Subindikator gemessen. Negativ fliesst dagegen ein, wenn der Kanton im Besitz der Liegenschaften ist. Dieser Einfluss wird zudem mit dem zweiten Subindikator verstärkt, wenn er die Nutzung der Liegenschaften ohne Nutzungsentgelt (Mietzins) zur Verfügung stellt.

Tabelle 12 Indikatoren und Gewichtungsschema zur Infrastruktur

Kanton als Eigentümer	Gewichte 2012
Infrastruktur	0.30
Ist die Infrastruktur im Eigentum des Spitals?	1.00
Falls nein, wird ein Zins verrechnet?	1.00
Falls ja, werden frühere Strukturbeiträge marktgerecht verzinst?	1.00

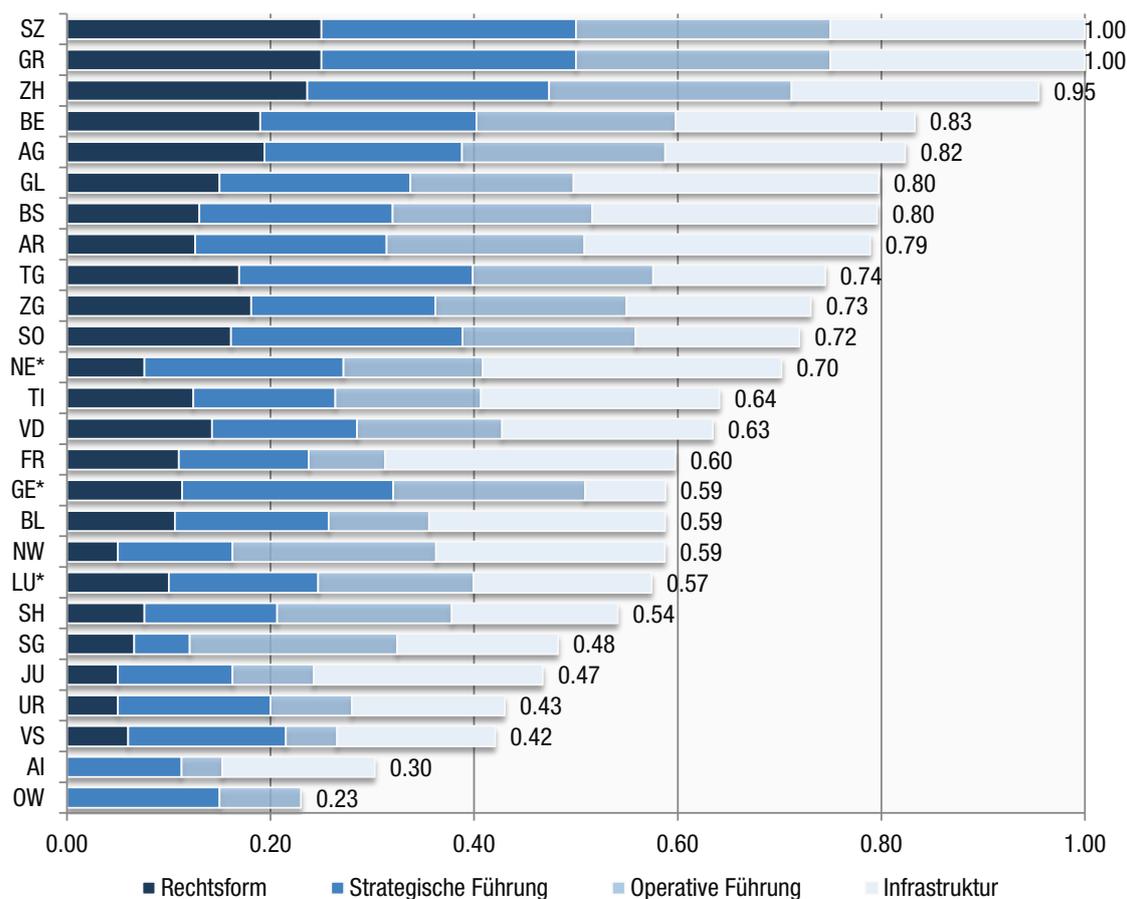
In der Tabelle sind der Indikator, Subindikatoren und das Gewichtungsschema für die Einzelregulierung «Infrastruktur» aufgeführt. Die Fragen zum Indikator und zu den Teilindikatoren bejahen sich in einer wettbewerbsfreundlichen Ausgestaltung. Das Gewichtungsschema gibt für den Indikator das Gewicht in der Einzelregulierung an. Die Teilindikatoren werden mit entsprechendem Gewicht mit dem Indikator verrechnet. Zusätzlich ist das Gewicht der Einzelregulierung im Subindex «Eigentum» aufgeführt.

Quelle: Polynomics.

6.3 Ergebnisse

Die Resultate des Subindex «Eigentum» und seiner Einzelregulierungen sind in Abbildung 5 zusammengefasst. Die vier Balkenabschnitte pro Kanton widerspiegeln die vier Einzelregulierungen, wie sie oben in Tabelle 9 bis Tabelle 12 im Detail beschrieben sind. Der erste Abschnitt gibt Auskunft zur Rechtsform, die mit einem Gewicht von 0.20 in den Subindex eingeht. Der zweite Abschnitt beschreibt mit einem Gewicht von 0.30 die Resultate zur strategischen, der dritte mit einem Gewicht von 0.20 Ergebnisse zur operativen Führung. Der vierte Abschnitt gibt mit einem Gewicht von 0.30 Auskunft zu den Besitzverhältnissen der Infrastruktur.

Abbildung 5 Ergebnisse zum Subindex Eigentum, 2012



* Ergebnisse konnten nicht mit Kantonsvertretern überprüft werden

In der Abbildung sind die Ergebnisse zum Subindex «Eigentum» abgebildet. Der erste Abschnitt der Ergebnism Balken pro Kanton gibt Auskunft zur Einzelregulierung «Rechtsform», der zweite zur «Strategischen Führung», der dritte zur «Operativen Führung» und der vierte zur «Infrastruktur». Ein hoher Indexwert nahe bei eins bedeutet, dass der Kanton die Regulierung wettbewerbsfreundlich ausgestaltet; ein Wert nahe bei null weist auf eine wettbewerbsfeindliche Ausgestaltung hin.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Vergleichbar zu den vorangehenden Subindizes zeigen auch die Ergebnisse zur Eigentumsstruktur in Abbildung 5 nennenswerte Unterschiede zwischen den Kantonen. Die Indexwerte reichen vom Maximalwert 1.00 bis zu einem eher wettbewerbsfeindlichen Wert von 0.23. Bestklassiert sind die beiden Kantone Schwyz und Graubünden, die beide über keine eigenen Spitäler mehr verfügen. Die kantonalen Spitäler sind entweder in Gemeindebesitz, im Besitz von Zweckverbänden, Stiftungen oder haben andere private Trägerschaften. Der Kanton selber verfügt jedoch über keine eigenen Spitäler mehr. Diese Ausgangslage ermöglicht es den Spitalern, ihre Leistungen weitgehend unabhängig von politischen Einflüssen auszugestalten. Eine Verbesserung könnten die beiden Kantone und im Speziellen der Kanton Graubünden einzig dann erlangen, wenn die Gemeinden ihre Spitäler ebenfalls an private Trägerschaften abgeben würden. Diese

unterliegen zwar nicht direkt der Mehrfachrolle des Kantons; Gemeinden können jedoch auch im erhöhten Mass Einfluss auf die Spitalversorgung nehmen. Dieser Einfluss wird in der vorliegenden Studie allerdings nicht weiter untersucht, da auch in anderen Kantonen wie zum Beispiel im Kanton Zürich die Spitalversorgung teilweise an die Gemeinden delegiert wurde.

Die verbleibenden Kantone stellen zumindest einen Teil des kantonalen Angebots mit eigenen Spitälern bereit. Ausgesprochen wettbewerbsfreundlich geschieht dies in absteigender Reihenfolge in *Glarus, Bern, Aargau, Solothurn, Thurgau* und in bedingtem Masse in *Zug*. Bei allen Kantonen wurden die Spitälern in eine Aktiengesellschaft umgewandelt oder werden wie im Falle des Inseleospitals in Bern als Stiftung geführt. Dementsprechend wettbewerbsfreundlich gestaltet sich auch der Einfluss des Kantons auf die strategische und operative Führung. Der Verwaltungsrat wird zwar auch bei diesen Kantonen mehrheitlich durch die Regierung gewählt, Regierungsvertreter im Verwaltungsrat gibt es jedoch nur in den Kantonen Aargau, Glarus und Zug. Vorbildlich geschieht dies in Bern, wo im Spitalgesetz ausdrücklich festgehalten wird, dass keine Regierungsvertreter in die Verwaltungsräte gewählt werden dürfen. Zum Kanton Aargau muss erwähnt werden, dass obwohl ein Regierungsvertreter im Verwaltungsrat sitzt, das Spitalgesetz klare Richtlinien vorgibt, um den Einfluss des Kantons einzuschränken. So darf zum Beispiel der Regierungsvertreter das Präsidium nicht übernehmen. Unter den genannten Kantonen zeigt sich einzig für den Kanton Zug eine negative Tendenz ab. Hier versucht man neu mit einem Regierungsvertreter wieder verstärkt Einfluss auf das Spital zu nehmen. Abschliessend bleibt zu diesen Kantonen festzuhalten, dass trotz der grossen unternehmerischen Freiheiten, der Kanton immer noch indirekt über seine Stimmrechtsmehrheit Einfluss auf die operative Führung nehmen kann, wie dies auch in der Privatwirtschaft durch Grossaktionäre erfolgen kann. Dieser Einfluss lässt sich aber in dieser Studie nicht abschliessend beurteilen.

Auf der anderen Seite weist der *Kanton Zürich* ebenfalls einen hohen Indexwert auf, dieser begründet sich aber hauptsächlich mit dem geringen Marktanteil der eigenen Spitälern. Trotz der selbständig öffentlich-rechtlichen Rechtsform hat der Kanton einen grossen Einfluss auf die strategische und operative Führung der beiden eigenen Spitälern. So ist der Kanton massgebend an der Wahl des Präsidiums beteiligt und macht im Spitalgesetz Vorgaben zur Zusammensetzung der operativen Geschäftsführung. Ebenfalls ist im Spitalgesetz verankert, dass der Kantonsrat sowohl über die Gewinnverwendung als auch über die Übernahme eines allfälligen Verlusts befindet. Am schlechtesten schneiden jedoch die beiden *Kantone Obwalden* und *Appenzell-Innerrhoden* ab. Beide Kantone besitzen Spitälern mit unselbständig öffentlich-rechtlicher Rechtsform. Kombiniert mit dem hohen Marktanteil an der gesamten Spitalversorgung erhalten sie die niedrigsten Indexwerte.

Über alle Kantone betrachtet weist neben Appenzell-Innerrhoden und Obwalden nur noch der Kanton Waadt eine unselbständige *Rechtsform* auf. Die meisten Kantone haben ihre Spitälern bereits verselbständigt oder wie oben aufgezeigt sogar in eine privatrechtliche Organisation umgewandelt. Generell lässt sich sagen, dass insbesondere im Zuge von SwissDRG eine verstärkte Tendenz zur Verselbständigung der Spitälern stattgefunden hat. Auffälligstes Beispiel ist die 2011 durchgeführte Umwandlung des Kantonsspitals Glarus von einer unselbständigen öf-

fentlich-rechtlichen Anstalt in eine Aktiengesellschaft. Andere Kantone wie der Kanton Bern, Aargau oder Zug haben 2007 oder bereits zuvor ihre Spitäler in eine Aktiengesellschaft umgewandelt. In Zukunft dürfte dieser Trend anhalten, wie das neuste Beispiel von Zürich zeigt. Gemäss Gesundheitsdirektion soll das Spital Winterthur in absehbarer Zeit ebenfalls in eine privatrechtliche Rechtsform umgewandelt werden, wobei der Kanton nicht ausschliessen möchte, auch die Mehrheit der Aktien abzugeben (Gesundheitsdirektion Zürich, 2013)

Neben der Rechtsform spielt auch der *Einfluss auf die strategische und operative Führung* eine Rolle. Gut bewertet werden hier all jene Kantone, die ungeachtet der Rechtsform möglichst wenig Einfluss nehmen. Positiv hervorzuheben sind hier jedoch auch die Kantone Nidwalden, St. Gallen, Schaffhausen, Luzern und Basel-Stadt, die zusätzliche Vorgaben zur Kapitalstruktur machen. Da mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung die Spitäler bewusst einem erhöhten operativen Risiko ausgesetzt werden, können Vorgaben zur Ausgestaltung der Kapitalstruktur das Fortbestehen der Spitäler erhöhen und ein mögliches Eingreifen des Kantons im Krisenfall minimieren. Die Ausgestaltung dieser Vorschriften ist jedoch sehr unterschiedlich. Der Kanton Nidwalden fordert beispielsweise, dass das Kantonsspital über eine Eigenkapitalquote zu verfügen hat, die im Durchschnitt von vier Jahren mindestens ein Drittel der Bilanzsumme beträgt. Es wird aber nicht explizit erwähnt, ob das Eigenkapital durch Einbehalten von Gewinnen oder durch eine Aufstockung des Dotationskapitals erfolgen muss. Der Kanton St. Gallen oder Luzern geben andererseits vor, dass mindestens ein Fünftel eines allfälligen Gewinns den Reserven zugewiesen werden muss. In Schaffhausen müssen die Reserven bis zu 10 Prozent des Jahresumsatzes geäuftet werden. Ungeachtet der Vorgehensweise führt dies zu einer Anhäufung von Risikokapital, das in schlechten Zeiten zur Deckung eines Betriebsverlustes verwendet werden kann, ohne dass gleich der Kanton zur Hilfe eilen muss.

Bezüglich der Besitzverhältnisse zur *Infrastruktur* sind die Kantone zweigeteilt. Während die einen ihre Liegenschaften im Zuge der neuen Spitalfinanzierung an die Spitäler übergeben, wollen andere die Liegenschaften im Kantonsbesitz behalten. Kantone, die ihre Liegenschaften noch in Kantonsbesitz haben sind Appenzell-Innerrhoden, Genf, Luzern, Obwalden, St. Gallen, Schaffhausen, Solothurn, Thurgau, Uri, Waadt, Wallis, Zug aber auch Zürich. In Zürich ist der Kanton immer noch im Besitz der Liegenschaften des Universitätsspitals und des Spitals Winterthur. Frühere Beiträge an die Regionalspitäler wurden aber in verzinsliche Darlehen umgewandelt, welche die Spitäler über eine bestimmte Zeitperiode zurückbezahlen müssen.

7 Kanton in seiner politischen Ausgestaltung

7.1 Grundlagen und Analysefokus

Der letzte Subindex «Politik» erfasst zusätzlich zu den drei Regulierungsthemen die kantonale Politik im Generellen. Es ist davon auszugehen, dass unabhängig von der Ausgestaltung der einzelnen Spitalregulierungen die kantonale Einstellung gegenüber einem kostenbewussten Umgang mit Steuergeldern und einer qualitativ guten Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung von grosser Bedeutung für die langfristige Wettbewerbsfähigkeit der Spitäler ist. Die Erfassung dieser Einflüsse ist jedoch äusserst anspruchsvoll, da sie unzählige Facetten aufweist. Der nachfolgende Index bezieht sich daher ausschliesslich auf einzelne Aspekte der kantonalen Politik, die für eine kostenbewusste und qualitativ gute Spitalversorgung von Bedeutung sein können. So wird zum einen die politische Ausgangslage erfasst, andererseits wird die Ausgestaltung des Spitalcontrollings berücksichtigt, und es werden die Transparenz und der Detaillierungsgrad der heutigen Gesetzeslage beurteilt.

7.2 Berücksichtigte Indikatoren

Die Fragen zu den Einzelregulierungen des Subindex «Politik» und deren Gewichtung werden nachfolgend anhand Tabelle 13 bis Tabelle 15 im Detail erläutert.

Politische Ausgangslage

Mit der politischen Ausgangslage kann ein grundsätzlicher Eindruck zum kantonalen Umgang mit den öffentlichen Ressourcen gewonnen werden. Die Erfassung ist jedoch nicht ganz einfach, da sehr viele Einflussfaktoren eine Rolle spielen. Diese können beispielsweise die Zusammensetzung des Parlaments oder die politische Ausrichtung des Regierungsrats sein. Des Weiteren können die Fachkenntnisse der Mitarbeiter in den Ämtern eine Rolle spielen. Eine Quantifizierung dieser Faktoren ist nicht möglich, insbesondere da sie sich nicht pauschalisieren lassen. Ein messbarer Indikator, der stellvertretend für all diese Einflüsse berücksichtigt wird, ist die Existenz und die Ausgestaltung einer kantonalen Schuldenbremse. Dazu werden die Ergebnisse einer Studie von BAK Basel verwendet, die kantonale Schuldenbremsen anhand objektiver Kriterien untersucht hat (vgl. Müller, 2012). Positiv bewertet werden Kantone, die eine aktive Schuldenbremse haben, die möglichst ausgabendämmenden Kriterien unterliegen. Dazu gehört, dass sie nicht langfristig ausgelegt ist, auf die Ausgaben und nicht auf die Einnahmen abzielt und keine Ausnahmeregeln beinhaltet. Negativ beurteilen wir Kantone, die keine Schuldenbremse haben oder diese nicht aktiv anwenden (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13 Indikator und Gewichtungsschema zur politischen Ausgangslage

Kanton in seiner politischen Ausgestaltung	Gewichte 2012
Politische Ausgangslage	0.10
Existiert eine Schuldenbremse?	1.00

In der Tabelle sind der Indikator und das Gewichtungsschema für die Einzelregulierung «Politische Ausgangslage» aufgeführt. Die Frage zum Indikator kann in einer wettbewerbsfreundlichen Ausgestaltung bejaht werden. Das Gewichtungsschema gibt für den Indikator das Gewicht in der Einzelregulierung an. Zusätzlich ist das Gewicht der Einzelregulierung im Subindex «Politik» aufgeführt.

Quelle: Polynomics.

Politisches Spitalcontrolling

Einen direkten Einfluss auf die Umsetzungsqualität der Spitalregulierung hat das Spitalcontrolling. Ungeachtet der politischen Ausgangslage können die politischen Vorgaben und Kontrollinstrumente dazu beitragen, dass sich die Spitäler im Sinne einer qualitativ angemessenen und wettbewerbsorientierten Spitalversorgung verhalten. Berücksichtigt wird diese Einzelregulierung mit drei Indikatoren (vgl. Tabelle 14).

Tabelle 14 Indikatoren und Gewichtungsschema zum Spitalcontrolling

Kanton in seiner politischen Ausgestaltung	Gewichte 2012
Politisches Spitalcontrolling	0.50
Wird zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit ein Betriebsvergleich durchgeführt?	0.40
Existieren gesetzliche Vorgaben zur Qualitätssicherung (ANQ)?	0.20
Wird der Rechnungslegungsstandard vorgegeben?	0.40

ANQ = Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken

In der Tabelle sind die Indikatoren und das Gewichtungsschema für die Einzelregulierung «Politisches Spitalcontrolling» aufgeführt. Alle Fragen zu den Indikatoren können in einer wettbewerbsfreundlichen Ausgestaltung bejaht werden. Das Gewichtungsschema gibt für jeden Indikator das Gewicht in der Einzelregulierung an. Zusätzlich ist das Gewicht der Einzelregulierung im Subindex «Politik» aufgeführt.

Quelle: Polynomics.

Der wichtigste Indikator, der mit einem Gewicht von 0.4 in die Einzelregulierung eingeht, erfasst, ob der Kanton einen Betriebskostenvergleich durchführt und diesen für die Ausgestaltung des Leistungsauftrags und die Tarifsetzung mitberücksichtigt. Dabei wird unterstellt, dass Kantone, die einen Kostenvergleich durchführen, sich viel intensiver mit den Kostenentwicklungen auseinandersetzen und die Spitäler ihrerseits eher danach kontrolliert werden. Positiv werden daher alle Kantone bewertet, die einen Betriebskostenvergleich durchführen und diesen zur Steuerung des Leistungsangebots verwenden.

Zusätzlich zum Betriebsvergleich kann der Kanton durch Vorgabe einer Mitgliedschaft beim Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) das Qualitätsbewusstsein der Spitäler erhöhen. Mit einem Gewicht von 0.20 werden daher diejenigen Kantone positiv bewertet, die den Spitalern eine Teilnahme vorschreiben. Nicht unterschieden wurde dabei der Grad der Mitgliedschaft. Einzig der Abschluss eines sogenannten «Q-Vertrags» gemäss der Mitgliederliste von ANQ wird bewertet.

Der letzte Indikator berücksichtigt mit einem Gewicht von 0.4, ob die Kantone Vorgaben zum Rechnungslegungsstandart Swiss GAAP FER⁴ machen. Eine Umsetzung von Swiss GAAP FER führt zu einer Verbesserung der Transparenz und erhöht die Qualität der Buchführung eines Spitals. Kantone mit Vorgaben zum Rechnungslegungsstandard werden daher positiv gewertet.

Transparenz zu den politischen Regulierungen

Die letzte Einzelregulierung berücksichtigt, wie transparent und detailliert die einzelnen Kantone in ihren Gesetzestexten Hinweise zur Beantwortung der Einzelregulierungen und deren Indikatoren liefern. Negativ beurteilen wir Kantone, bei denen anhand der öffentlich zugänglichen Gesetzestexte und der angefragten Kontaktpersonen die für den Index notwendigen Fragen nur unzureichend beantwortet werden konnten. Gut bewerten wir andererseits Kantone, bei denen die Recherche gute Resultate ermöglichte und diese mit den Ergebnissen aus den Interviews mit Kantonsvertretern und Fachexperten übereinstimmten (vgl. Tabelle 15).

Tabelle 15 Indikator und Gewichtungsschema zur Transparenz

Kanton in seiner politischen Ausgestaltung	Gewichte 2012
Transparenz zu den politischen Regulierungen	0.40
Ist die Gesetzeslage zu den einzelnen Spitalregulierungen transparent?	1.00

In der Tabelle sind der Indikator und das Gewichtungsschema für die Einzelregulierung «Transparenz» aufgeführt. Die Frage zum Indikator kann in einer transparenten Ausgestaltung der Spitalregulierung bejaht werden. Das gibt für den Indikator das Gewicht in der Einzelregulierung an. Zusätzlich ist das Gewicht der Einzelregulierung im Subindex «Politik» aufgeführt.

Quelle: Polynomics.

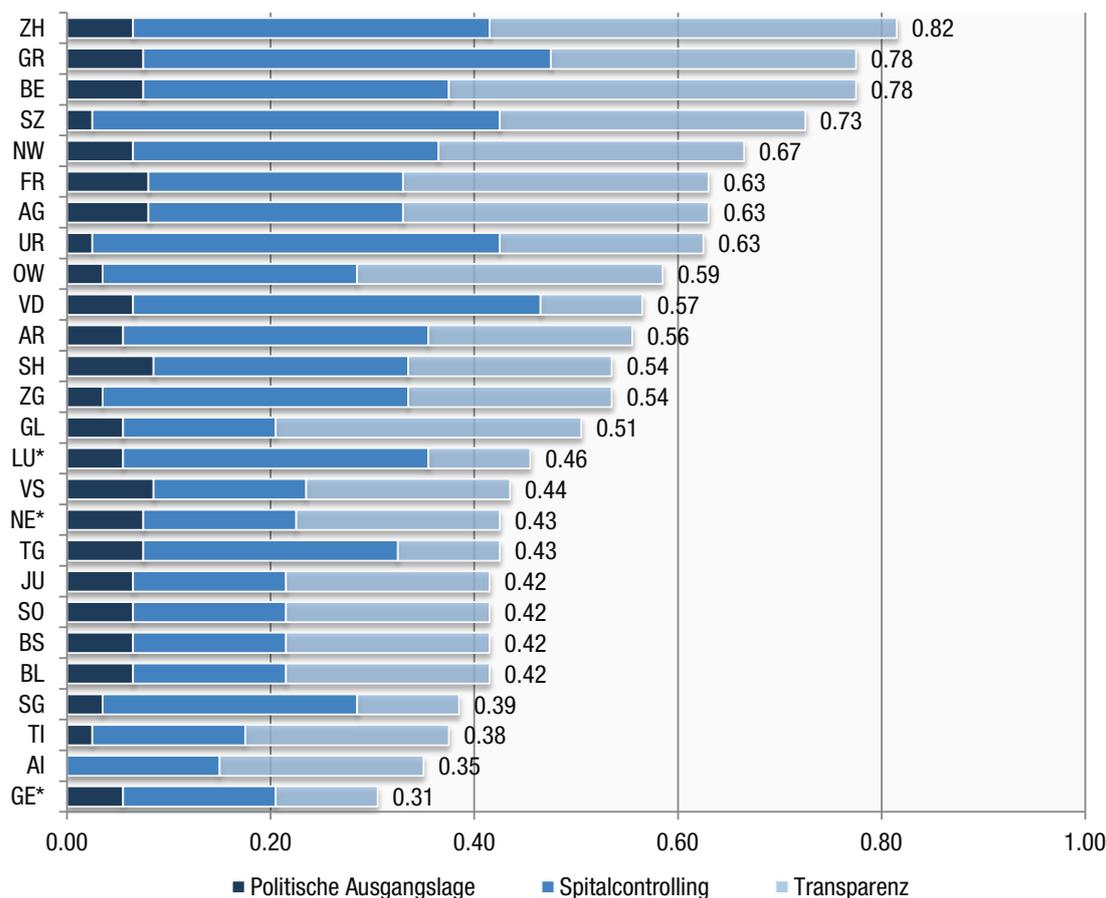
7.3 Ergebnisse

Die Resultate des Subindex «Politik» und seiner Einzelregulierungen sind in Abbildung 6 zusammengefasst. Die drei Balkenabschnitte pro Kanton widerspiegeln die drei Einzelregulierungen, wie sie oben in Tabelle 13 bis Tabelle 15 im Detail beschrieben sind. Der erste Abschnitt

⁴ Swiss GAAP FER = Swiss General Accepted Accounting Principle gemäss der Fachempfehlung für Rechnungslegung

gibt Auskunft zur politischen Ausgangslage, die mit einem Gewicht von 0.10 in den Subindex eingeht. Der zweite Abschnitt beschreibt mit einem Gewicht von 0.50 die Resultate zum politischen Spitalcontrolling und der dritte Abschnitt gibt mit einem Gewicht von 0.40 Auskunft zur Transparenz bei der Gesetzeslage.

Abbildung 6 Ergebnisse zum Subindex Politik, 2012



*Werte konnten nicht mit Kantonsvertretern überprüft werden

In der Abbildung sind die Ergebnisse zum Subindex «Politik» abgebildet. Der erste Abschnitt der Ergebnisbalken pro Kanton gibt Auskunft zur Einzelregulierung Politische Ausgangslage, der zweite zum politischen Spitalcontrolling und der dritte zur Transparenz. Ein hoher Indexwert nahe bei eins bedeutet, dass der Kanton die Regulierung wettbewerbsfreundlich ausgestaltet; ein Wert nahe bei null weist auf eine wettbewerbsfeindliche Ausgestaltung hin.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Die Resultate in Abbildung 6 zeigen wiederum eine grosse Varianz bei den Indexwerten auf. Der Maximalwert von 0.82 erreicht diesmal der Kanton Zürich, gefolgt von Graubünden (0.78) und Bern (0.78). Das Spitzenresultat des Kantons Zürich basiert zu einem grossen Teil auf der guten und übersichtlichen Gesetzeslage, die sehr zeitnah ist. Hervorzuheben sind dabei das neu geschaffene Spitalplanungs- und Finanzierungsgesetz oder die Verordnung über die Umwand-

lung von Investitionsbeiträgen an Spitäler. Insbesondere mit der Verordnung zur Umwandlung von früheren Investitionsbeiträgen schafft der Kanton eine sehr transparente und gute Ausgangslage für eine wettbewerbsorientierte Spitalversorgung. Verbessern könnte sich Zürich, wenn er die Ausgestaltung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen, die Rahmenbedingungen für die Kreditgewährung und im speziellen die Gleichbehandlung der öffentlichen und privaten Spitäler transparenter ausweise. Für letzteres könnte der Kanton Aargau als gutes Beispiel dienen, der von allen Kantonen die Rahmenbedingungen für die privaten und öffentlichen Spitäler am transparentesten ausgestaltet. Ebenfalls Spitzenreiter ist der Kanton Zürich beim Spitalcontrolling. Er ist der einzige Kanton, der einen ausgereiften Betriebsvergleich unter den Spitälern durchführt und deren Ergebnisse öffentlich kommuniziert. Dies erhöht die Transparenz zu den Betriebskosten und fördert das Kostenbewusstsein der Spitäler. Nicht optimal ist jedoch, dass Zürich den Rechnungslegungsstandard Swiss GAAP FER noch nicht offiziell durchsetzt. Dieser wird jedoch ab 2013 für alle Spitäler vorgegeben.

Besser wird der Rechnungslegungsstandard bereits beim zweitklassierten *Kanton Graubünden* und drittklassierten *Kanton Bern* umgesetzt. Beide Kantone verlangen seit 2012 entweder Swiss GAAP FER oder den höheren International Financial Reporting Standard (IFRS). Dies erhöht die Vergleichbarkeit der Finanzkennzahlen der Spitäler, was in einer wettbewerbsorientierten Spitalversorgung von grosser Wichtigkeit sein kann. Ebenfalls besser als der Kanton Zürich schneiden die beiden Kantone bei der politischen Ausgangslage ab, die hier mit der Ausgestaltung der Schuldenbremse bewertet wird. Es weisen zwar alle drei Kantone eine Schuldenbremse auf, gemäss Müller (2012) ist diese jedoch insbesondere im Kanton Graubünden etwas restriktiver ausgelegt als in Zürich, da es keine Ausnahmeregeln gibt und der Konjunkturzyklus bei der Ausgestaltung der Schuldenbremse mitberücksichtigt wird. Schlechter schneiden die beiden Kantone bei der Ausgestaltung des Spitalbenchmarkings ab. Der Kanton Graubünden stützt sich zwar ähnlich wie der Kanton Zürich auf einen Vergleich der Betriebskosten, dieser basiert jedoch nicht auf eigenen Berechnungen und die Ergebnisse werden nicht öffentlich kommuniziert. Die Wirkung dürfte daher geringer ausfallen als in Zürich. Ebenfalls schlechter schneidet Graubünden bei der Transparenz zur Gesetzeslage ab. Sie ist zwar im schweizweiten Vergleich gut, kommt aber nicht an jene von Zürich und Bern heran. Auch Bern verfügt über eine gute Gesetzeslage, die detailliert Auskunft zur Spitalversorgung gibt.

Eine hintere Rangierung im Subindex erhalten die Kantone Tessin (0.38), Appenzell-Innerrhoden (0.35) und Genf (0.31). Das schlechte Abschneiden des *Kantons Genf* kommt hauptsächlich aufgrund der Einzelregulierung Spitalcontrolling zustande. Der Kanton verfügt weder über einen systematischen Betriebsvergleich noch konnten Hinweise gefunden werden, dass der Kanton den Spitälern ein Rechnungslegungsstandard vorgibt. Ebenfalls negativ wirkt sich die Transparenz bei der Gesetzeslage aus. Anhand der verfügbaren Informationen liessen sich nur beschränkt qualifizierte Antworten zu den Einzelregulierungen finden. Einzig beim Verein ANQ sind die Spitäler Mitglied. Die Ergebnisse müssen aber mit Vorsicht beurteilt werden, da wir für den Kanton Genf kein Interview mit Kantonsvertretern durchführen konnten. Anders sieht es beim *Kanton Appenzell-Innerrhoden* aus, der auf dem drittletzten Platz liegt. Appenzell-Innerrhoden ist der einzige Kanton, der gegenwärtig noch keine Schuldenbremse

oder fiskalische Einschränkungen aufweist. Dazu kommt, dass der Kanton bezüglich der öffentlich verfügbaren Gesetzestexte nicht die notwendige Transparenz und den Detaillierungsgrad aufweist, wie dies in Zürich oder Bern der Fall ist.

Im Quervergleich erweist sich die Einzelregulierung zur politischen Ausgestaltung sehr homogen. Bis auf den Kanton Appenzell-Innerrhoden verfügen alle Kantone über eine *Schuldenbremse* oder Fiskalregelung. In ihrer Ausgestaltung unterscheiden sie sich jedoch sehr stark. Die meisten Kantone haben eine Schuldenbremse mit einer langfristigen Optik, die das Eigenkapital als Zielgrösse hat. Gemäss Müller (2012) haben nur gerade die Kantone Aargau, Basel-Stadt, Freiburg, Jura, Nidwalden, Schaffhausen und Wallis die restriktivere Brutto- oder Nettoschuld als Zielgrösse. Ebenfalls vergleichsweise wenige Kantone verwenden die Ausgabenreduktion als Steuerungsmittel. Es sind dies einzig Basel-Stadt und Zürich. Alle anderen Kantone steuern entweder über den Saldo oder die Einnahmen, was im Gegensatz zu einer Ausgabensteuerung nicht gleich restriktiv auf die Kosten wirkt. Ebenfalls unterschiedlich fällt die Ausgestaltung bezüglich Ausnahmeregeln, Sanktionsregeln oder einer Berücksichtigung des Konjunkturzyklus aus. Die meisten Kantone verfügen aber in irgendeiner Form über solche Instrumente.

Bei der Einzelregulierung *Spitalcontrolling* gibt es zwischen den Kantonen einige Unterschiede. Auffallend ist hier bezüglich des Indikators Spitalbenchmarking der Kanton Zürich, der bereits seit mehreren Jahren einen eigenständigen Betriebsvergleich durchführt und die Ergebnisse für die Tarifverhandlungen verwendete. Es betreiben zwar einige weitere Kantone interne Betriebsvergleiche, diese basieren jedoch nicht auf so ausgereiften Berechnungen. Die Kantone verwenden dazu entweder die Ergebnisse des Vereins Spitalbenchmark oder greifen auf andere Bezugsquellen für einen Produktivitätsvergleich zurück. Die Ergebnisse werden allerdings nicht wie in Zürich publiziert und haben nicht den gleichen Stellenwert bei der Tarifverhandlung, was ihre Wirkung etwas abschwächen dürfte. Beim zweiten Indikator, der die Mitgliedschaft bei ANQ erfasst, zeigt sich erfreulicherweise, dass bereits alle Kantone beim Verein mitmachen. Bei den Vorgaben zu den Spitälern sieht es jedoch etwas anders aus. Während einige Kantone den Spitälern klar vorgeben, dass sie beim ANQ mitmachen sollen, überlassen es andere Kantone den Spitälern. Es ist aber eine klare Tendenz zur Teilnahme festzustellen, wie die Übersichtsliste zu den teilnehmenden Spitälern zeigt, die vom Verein auf der Webseite in der Liste Messbeteiligung publiziert wird. Auch beim letzten Indikator zum Rechnungslegungsstandard zeigt sich ein klarer Trend zu Swiss GAAP FER. Obwohl die meisten Spitäler noch nach öffentlichem Recht oder nach Schweizerischem Obligationenrecht abschliessen, gibt es bereits einige Kantone wie Zug, Schwyz, Uri, Nidwalden, Luzern, Bern, Jura und Aargau, welche den Standard Swiss GAAP FER in ihren Spitälern durchsetzen. Andere Kantone wie Basel-Stadt, Basel-Landschaft und Solothurn haben sogar gemeinsam mit Aargau vereinbart, die Standardisierbarkeit und Vergleichbarkeit zu erhöhen, indem sie den Standard Swiss GAAP FER bis spätestens 2014 umsetzen. Auch der Kanton Zürich hat sich dazu bekannt, den Standard ab 2013 für alle Spitäler verbindlich vorzugeben.

Die letzte Einzelregulierung, welche die *Transparenz der Gesetzeslage* untersucht, zeigt trotz seines subjektiven Charakters, eindeutige Unterschiede zwischen den Kantonen. Auffallend ist

dabei, dass insbesondere die grossen Kantone ihr Vorgehen bei der Spitalregulierung transparenter und detaillierter ausweisen als kleine Kantone. Spitzenreiter sind daher die beiden Kantone Bern und Zürich. Nicht schlecht schneiden auch die Kantone Aargau, Graubünden und Freiburg ab, wobei insbesondere Aargau bei der Gleichbehandlung der öffentlichen und privaten Spitäler überdurchschnittlich viele Informationen publiziert. Unter den kleinen Kantonen sind die beiden Kantone Nidwalden und Obwalden positiv zu erwähnen. Trotz ihrer kleinen Grösse und der geringen Anzahl Spitäler werden viele Informationen öffentlich bereitgestellt, welche gute Hinweise zum Vorgehen liefern. Negativ bewertet wird bei dieser Einzelregulierung vor allem der Kanton Thurgau. Obwohl er keine wettbewerbsfeindliche Spitalregulierung aufweist, kann man anhand der veröffentlichten Informationen keine Rückschlüsse dazu machen. Für die Auswertung waren wir stark auf die Hilfe der Kantonsvertreter angewiesen. Ebenfalls unterdurchschnittlich war die Gesetzeslage in den Kantonen St. Gallen, Genf, Luzern und Waadt. Insbesondere beim Kanton Luzern war nicht nur die Gesetzeslage unzureichend. Auch für ein Expertengespräch haben sich die angefragten Kantonsvertreter nicht zur Verfügung gestellt. Sie waren die einzigen, die eine Teilnahme ausdrücklich verweigerten, was etwas Zweifel an der Transparenz zur Spitalversorgung aufkommen lässt.

8 Gesamtbewertung zur kantonalen Spitalregulierung

Zusätzlich zu den vier Subindizes aus den Kapiteln 4 bis 7 ist es möglich, die Gesamtergebnisse zu beurteilen. Dazu fassen wir die bisherigen Ergebnisse zu einem Gesamtindex zusammen. Hierfür wird wiederum das Gewichtungsschema aus Tabelle 1 verwendet, das den Subindex Hoheitsfunktion mit einem Gewicht von 0.35, die Finanzierung mit einem Gewicht von 0.15, das Eigentum mit einem Gewicht von 0.25 und die politischen Ausgestaltung mit einem Gewicht von 0.25 bewertet.

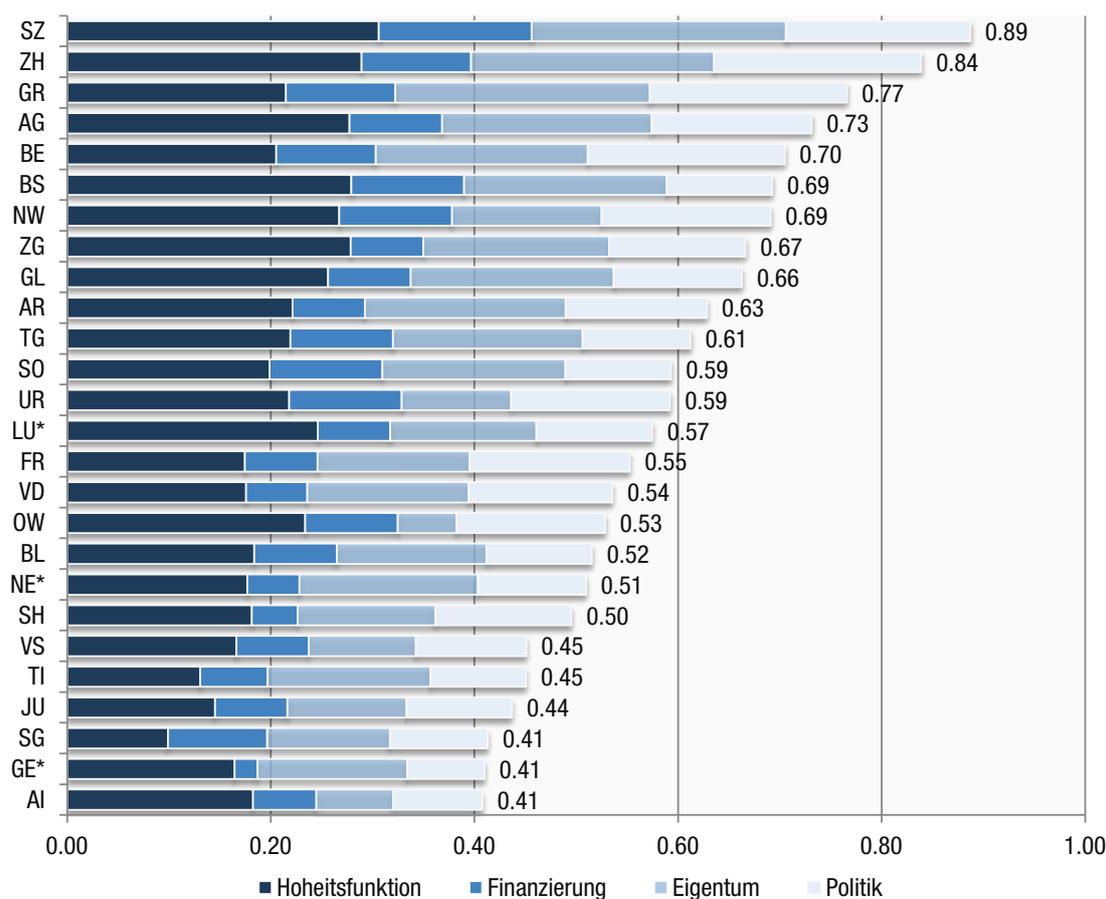
8.1 Vergleich über die Kantone

Abbildung 7 stellt den Gesamtindex unterteilt nach den Subindizes dar. Der erste Abschnitt der Balken pro Kanton beschreibt die Ergebnisse der Hoheitsfunktion, der zweite die Finanzierung, der dritte das Eigentum und der vierte den Anteil der politischen Ausgestaltung.

Auch der Gesamtindex weist grosse Unterschiede zwischen den Kantonen auf. Er reicht von 0.41 bis 0.89, wobei ein Grossteil der Kantone zwischen 0.50 und 0.60 liegen. Am grössten fallen die Unterschiede beim *Subindex Finanzierung* aus, der im Gewichtungsschema 2012 das Hauptgewicht auf die Einzelregulierungen gemeinwirtschaftliche Leistungen und Kreditvergabe legt (vgl. Tabelle 1). Trotz der nationalen Harmonisierung der Spitalfinanzierung auf ein Fallpauschalensystem gibt es bei den verbleibenden Einflussbereichen grosse Unterschiede. Diese können gezielt zur Subventionierung der eigenen Spitäler verwendet werden, was den angestrebten Wettbewerb zwischen den Spitälern behindert. Verlierer im Wettbewerb sind absorderweise deshalb gerade diejenigen Kantone, die ihre Spitäler nicht zusätzlich subventionieren.

Ebenfalls grosse Unterschiede ergeben sich beim *Subindex Eigentum*, der neben der unterschiedlichen Rechtsform auch den Einfluss auf die strategische und operative Führung sowie die Besitzverhältnisse der Infrastruktur erfasst. Obwohl es in den vergangenen Jahren einen klaren Trend zur Verselbständigung der Spitäler gegeben hat, besitzen noch nicht alle Spitäler die gleichen unternehmerischen Freiheiten. Bei vielen Kantonsspitälern wird auch heute noch die strategische und operative Führung massgebend durch den Kanton mitbestimmt. Dies schränkt die Spitäler ein und kann zu unnötigen Strukturerehaltungen führen. Auch der bestehende Trend zur Übergabe der Liegenschaften an die Spitäler ist nicht bei allen Kantonen in gleichem Masse vollzogen worden. Für Spitäler, die nicht im Besitz ihrer Liegenschaften sind, dürfte es schwieriger sein, bedarfsgerechte Bauten zu erstellen, da sie immer von der Investitionswilligkeit der Kantone abhängen. Ebenfalls dürften die verrechneten Mietzinse – falls überhaupt vorhanden – nicht den marktüblichen Preisen entsprechen, was wiederum lediglich die kurzfristige Wettbewerbsfähigkeit auf Kosten des Steuerzahlers erhöht.

Abbildung 7 Ergebnisse zum Gesamtindex, 2012



* Ergebnisse konnten nicht mit Kantonsvertretern überprüft werden

In der Abbildung sind die Ergebnisse zum Gesamtindex abgebildet. Der erste Abschnitt der Ergebnisbalken pro Kanton gibt Auskunft zum Subindex «Hoheitsfunktion», der zweite zur «Finanzierung», der dritte zum «Eigentum» und der vierte zur «Politik». Ein hoher Indexwert nahe bei eins bedeutet, dass der Kanton die Spitalversorgung wettbewerbsfreundlich ausgestaltet; ein Wert nahe bei null weist auf eine wettbewerbsfeindliche Ausgestaltung hin.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Am geringsten sind die Unterschiede beim Subindex *Hoheitsfunktion*. Obwohl die Kantone ihre ordnungspolitischen Aufgaben unterschiedlich wahrnehmen und eine grosse Varianz zwischen den Kantonen zu erwarten wäre, können die erhobenen Indikatoren zu den Einzelregulierungen Spitalplanung, Leistungseinkauf und Tarifwesen auch aufgrund der grossen Intransparenz bei der Ausgestaltung nicht gänzlich erfasst werden. Es ist daher insbesondere bei der Hoheitsfunktion mit einer Unterschätzung der Unterschiede zu rechnen.

Ungeachtet der verschiedenen Ausgangslagen in den einzelnen Subindizes zeigen die Resultate zumindest für vier Kantone eine ausgesprochen wettbewerbsfreundliche Spitalversorgung. Am besten gestaltet sie sich beim Kanton Schwyz, der bereits bei allen Subindizes gut abgeschnitten hat, gefolgt vom Kanton Zürich, Graubünden und Aargau. Der kleine Kanton hat die besten

Voraussetzungen für eine wettbewerbsorientierte Spitalversorgung. Ausschlaggebend für die gute Ausgangslage ist unter anderem der Subindex Eigentum. Der Kanton besitzt bereits seit längerem keine eigenen Spitäler und Liegenschaften mehr. Die Spitäler haben wie das Spital Einsiedeln oder Schwyz eine private Trägerschaft oder sind wie das Spital Lachen im Besitz der Bezirke March und Höfe. Die Spitäler erhalten dadurch sehr grosse unternehmerische Freiheiten, die sie für eine optimale Ausrichtung im neu geschaffenen Wettbewerbsumfeld ausnutzen können. Einzig beim Spital Lachen ist aufgrund der öffentlichen Trägerschaft in begrenztem Masse von einem politischen Einfluss zu rechnen. Da aber auch hier der Kanton nicht direkt beteiligt ist, dürfte die Mehrfachrolle nicht stark zum Tragen kommen. Der Kanton kann vorrangig nur über seine ordnungspolitischen Aufgaben wie der Betriebsbewilligung oder dem Leistungsauftrag Einfluss auf das Geschehen der Spitäler nehmen. Diese gestalten sich aber beide auch sehr wettbewerbsfreundlich. Der Kanton Schwyz weist eine umfassende Spitalplanung auf, verfügt über ein diskriminierungsfreies Tarifwesen und tätigt den Leistungseinkauf nach objektiven Kriterien, an denen sich die Spitäler orientieren können. Insbesondere letzteres verhindert, dass der Kanton Willkür bei der Bestimmung der Leistungsaufträge walten lassen kann. Zu guter Letzt ist der Kanton auch bei der Finanzierung sehr fortschrittlich; dies auch, da der Kanton bereits seit 2004 über ein Vergütungssystem mit Fallpauschalen verfügt. Die Spitäler werden konsequent über die Fallpauschalen finanziert, das heisst im Gegensatz zu den meisten Kantonen werden keine zusätzlichen gemeinwirtschaftlichen Beiträge mehr bezahlt, die vom Kanton zur Quersubventionierung der KVG-pflichtigen Leistungen missbraucht werden könnten. Gerade dadurch können den Spitälern jedoch auch Nachteile entstehen, wenn andere Kantone durch Strukturbeiträge über die gemeinwirtschaftlichen Leistungen Strukturerhaltung betreiben und das Angebot vermeintlich – jedoch zu Lasten der lokalen Bürger – kostengünstig halten.

Generell lässt sich sagen, dass der zweitklassierte *Kanton Zürich* die neue Spitalfinanzierung am konsequentesten umgesetzt hat. Spitzenreiter ist er auch bei den ordnungspolitischen Aufgaben. Er ist der einzige Kanton, der über eine umfassende Spitalplanung verfügt und den Leistungseinkauf mit einem öffentlichen Ausschreibungsverfahren nach objektiven Kriterien tätigt. Das vom Kanton Zürich entwickelte Leistungsgruppenkonzept dient vielen Kantonen als Vorbild bei deren Umsetzung. Obwohl der Leistungseinkauf sehr transparent stattfindet, diskriminiert Zürich bis 2012 immer noch bei der Aus- und Weiterbildung der Ärzte. Bisher wurden nur die öffentlichen Spitäler zur Aus- und Weiterbildung verpflichtet. Diese Diskriminierung wird aber 2013 abgeschafft. Auch bei der Vergabe der gemeinwirtschaftlichen Leistungen bestünde noch Verbesserungspotenzial. Diese werden gegenwärtig im Gegensatz zu Basel-Stadt oder Nidwalden intransparent behandelt. Es wird zwar die Gesamtsumme öffentlich publiziert, wünschenswert wäre aber, wenn für jedes Spital die Anzahl Leistungen und die Summe der Vergütung bekannt wären. Nur so lässt sich abschätzen, ob es zwischen den kantonalen Spitälern zu Diskriminierungen kommt. Gegenüber dem erstklassierten Kanton Schwyz weist Zürich auch beim Tarifwesen Nachteile auf. Neben der Waadt ist er der einzige Kanton, der kantonsweit einheitliche Tarife vorgibt. Dies ist zwar zur Eindämmung der Kosten förderlich, schafft jedoch Fehlreize, wenn bestimmte Spitäler aufgrund ihres Leistungsauftrags oder regionalen Standorts un-

terschiedliche Kostenstrukturen aufweisen. Spitäler mit einer systematisch höheren Kostenstruktur werden durch kantonsweit einheitliche Tarife benachteiligt, können sogar trotz effizienter Bereitstellung in eine finanzielle Notlage geraten. Ein weiterer Nachteil von Zürich ist, dass er mit dem Spital Winterthur und dem Universitätsspital immer noch im Besitz von zwei Spitälern ist, die trotz ihrer selbständig öffentlich-rechtlichen Rechtsform noch stark vom Kanton beeinflusst werden. Eine Verselbständigung und ein Rückzug des Kantons aus diesen Spitälern, wie es kürzlich durch die Gesundheitsdirektion angekündigt wurde, führen in Zukunft in die richtige Richtung, um die Mehrfachrolle des Kantons abzubauen (Gesundheitsdirektion Zürich, 2013).

Einen niedrigen Indexwert erhalten in absteigender Form die Kantone Wallis, Tessin, Jura, St. Gallen, Genf und Appenzell-Innerrhoden. Zu erwähnen ist, dass aufgrund des niedrigen Indexwertes nicht automatisch darauf geschlossen werden kann, dass diese Kantone ihre ordnungspolitischen Aufgaben ungenügend wahrnehmen, oder dass sie eine qualitativ schlechte Versorgung aufweisen. Der Index gibt einen Hinweis darauf, wie wettbewerbsfreundlich die kantonale Spitalversorgung ausgestaltet ist. So ist davon auszugehen, dass insbesondere in den *Kantonen Genf und Appenzell-Innerrhoden* die Mehrfachrolle des Kantons vermehrt für regionalpolitische Zwecke und nicht zur Förderung einer wettbewerbsorientierten und kostengünstigen Spitalversorgung verwendet wird. Dies zeigt sich bei den beiden Kantonen in unterschiedlichem Mass in den drei Subindizes Hoheitsfunktion, Eigentum und Finanzierung. Im Gegensatz zu den wettbewerbsfreundlichsten Kantonen haben die Kantonsspitäler hier einen hohen Marktanteil. Es erstaunt daher nicht, dass auch der Leistungseinkauf sehr intransparent stattfindet. So werden die Spitäler auf der Spitalliste und deren Leistungen nicht nach Leistungsgruppen ausgewiesen, wie dies in Kantonen der Fall ist, die das Züricher Leistungsgruppenkonzept als Vorbild haben. Gemäss Experteneinschätzungen dürften insbesondere in Genf beim Leistungseinkauf weitere wettbewerbshindernde Auflagen zur Aus- und Weiterbildung der Ärzte und zur Vergütung des Spitalkaders existieren. Auch beim Subindex Finanzierung ergeben sich gegenüber den wettbewerbsfreundlichsten Kantonen grosse Unterschiede. So ist es für das HUG zwingend nötig, die finanziellen Mittel für Investition über den Kanton zu beziehen. In Appenzell-Innerrhoden wird zwar die neue Spitalfinanzierung konsequenter umgesetzt als in Genf, beide Kantone weisen aber bezüglich der vergüteten gemeinwirtschaftlichen Leistungen eine grosse Intransparenz auf. Es werden weder die vergüteten Leistungen noch die bezahlten Beträge klar publiziert. Zuletzt schneiden die Kantone auch beim Subindex Eigentum schlechter ab, da die Kantonsspitäler insbesondere auf der Ebene der strategischen Führung immer noch stark von der kantonalen Verwaltung beeinflusst werden. Auch sind die Kantone immer noch im Besitz der Spitalliegenschaften, für deren Nutzung Genf einen zu niedrigen Mietzins verlangt. In Appenzell-Innerrhoden wird zwar ein Mietzins verlangt, dieser wird aber mit dem Budget für das Spital verrechnet.

Ungeachtet der Ausgangslage zeichnen sich auch in diesen Kantonen Reformvorhaben ab, welche die Wettbewerbsfreundlichkeit künftig verbessern dürften. Hervorzuheben ist der Kanton Appenzell-Innerrhoden, der zukünftig bei den ordnungspolitischen Aufgaben vermehrt mit Appenzell-Ausserrhoden zusammenarbeitet, um die Spitalversorgung besser aufeinander abzu-

stimmen. Zudem planen die beiden Kantone die Spitäler kantonsübergreifend in einem Spitalverbund zu organisieren, was die Unabhängigkeit zur kantonalen Verwaltung verbessern dürfte. Zum Kanton Genf ist abschliessend festzuhalten, dass keine gesamthafte Beurteilung möglich ist, da er sich nicht für eine Überprüfung der Ergebnisse zur Verfügung stellt. Die Resultate basieren lediglich auf öffentlich zugänglichen Informationen und Expertengesprächen, die zum Teil von der tatsächlichen kantonalen Praxis abweichen können.

8.2 Sensitivitätsanalyse

Um abzuschätzen, welchen Einfluss das Gewichtungsschema auf die Resultate hat, bietet es sich in einer Sensitivitätsanalyse an, jeweils einzelne Regulierungsthemen höher zu gewichten. Dies erlaubt es, systematisch zu prüfen, wie stark der Gesamtindex auf das Gewichtungsschema reagiert und welches die kritischen Regulierungsthemen sind. Tabelle 16 gibt einen Überblick über die in dieser Sensitivitätsanalyse verwendeten Gewichtungsschemata.

Tabelle 16 Gewichtungsschemata für die Sensitivitätsanalyse

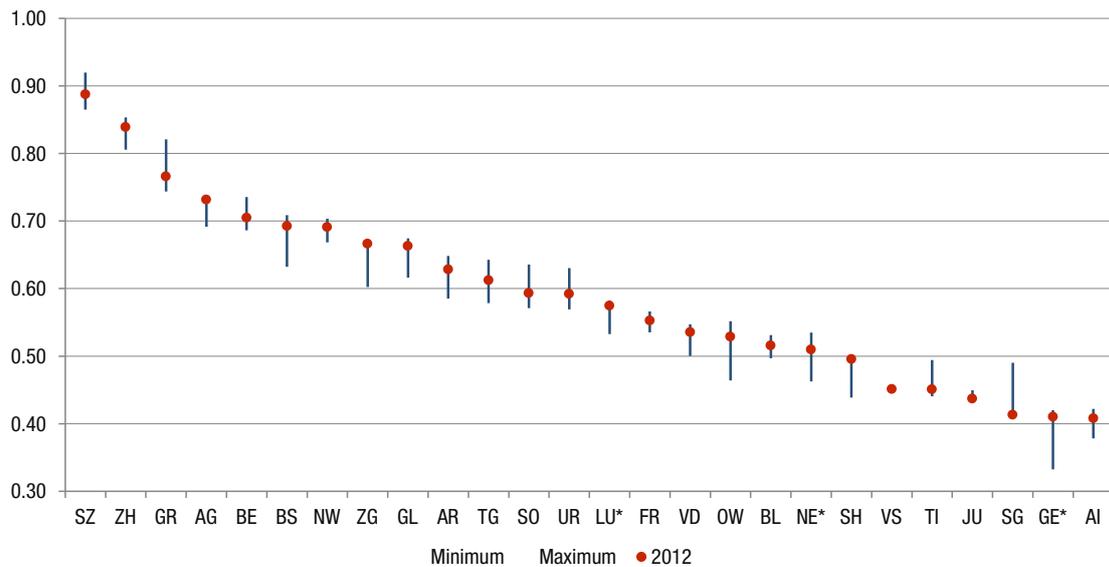
Regulierungsthemen	Szenario Basis	Szenario Hoheitsfunktion	Szenario Finanzierung	Szenario Eigentum	Szenario Politik
Kanton in seiner Hoheitsfunktion	0.25	0.40	0.20	0.20	0.20
Kanton als Mitfinanzierer	0.25	0.20	0.40	0.20	0.20
Kanton als Eigentümer	0.25	0.20	0.20	0.40	0.20
Kantonale Politik	0.25	0.20	0.20	0.20	0.40

In der Tabelle sind die Gewichtungen der vier Regulierungsthemen für fünf Sensitivitätsszenarien abgebildet. Unterschieden wird zwischen einem Szenario Basis, das alle Regulierungsthemen gleich gewichtet; zwischen einem Szenario Hoheitsfunktion, Szenario Finanzierung, Szenario Eigentum und Szenario Politik, die jeweils ihr entsprechendes Regulierungsthema höher gewichten.

Quelle: Polynomics.

Insgesamt werden fünf verschiedene Gewichtungsschemata für die Sensitivitätsanalyse definiert, mit welchen die Resultate des verwendeten Gewichtungsschema 2012 überprüft werden sollen. Die Ausgangslage bildet ein Szenario Basis, das entsprechend dem «normalen» Vorgehen bei der Bildung von Indizes alle Regulierungsthemen gleich gewichtet. Die Einzelregulierungen und die Indikatoren bleiben jedoch entsprechend dem Gewichtungsschema 2012, wie sie in den Kapitel 4 bis Kapitel 7 erläutert wurden. Zusätzlich berechnen wir je ein Szenario Hoheitsfunktion, Finanzierung, Eigentum und Politik, in welchen das entsprechende Regulierungsthema mit 0.40 höher gewichtet ist.

Abbildung 8 Sensitivität der Spitalregulierung



* Ergebnisse konnten nicht mit Kantonsvertretern überprüft werden

Alternative Gewichtungsszenarien haben vor allem in jenen Kantonen einen grossen Einfluss, deren Indexwert stark von einem Regulierungsthema negativ oder positiv getrieben wird. Dies ist beispielsweise in den Kantonen Basel-Stadt, Obwalden und Genf der Fall. An der grundsätzlichen Klassifizierung ändert sich aber nichts. Die Resultate können daher als robust angesehen werden.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Abbildung 8 zeigt die Sensitivität zum Regulierungsindex auf die Veränderung des Gewichtungsschemas, wie sie in Tabelle 16 aufgeführt sind. Abgebildet sind die Gesamtindexwerte der fünf Szenarien für jeden Kanton in einem Minimum-Maximum-Diagramm. Die Resultate zeigen, dass die Wahl des Gewichtungsschemas keinen wesentlichen Einfluss auf die Resultate hat. Unabhängig davon, welche Regulierungsthemen stärker gewichtet werden, ändert sich an der grundlegenden Situation nichts. Die Kantone Schwyz und Zürich liegen immer gleichauf an der Spitze; die Kantone Genf und Appenzell-Innerrhoden belegen immer die hinteren Ränge. Auch die Kantone im Mittelfeld weisen relativ robuste Rangfolgen auf. Einzig bei Kantonen, deren Indexwert stark durch ein Regulierungsthema positiv oder negativ getrieben ist, zeigt die Sensitivitätsanalyse eine grössere Abweichung beim Indexwert, wobei die meisten Kantone vom gewählten Gewichtungsschema 2012 profitieren. Die Resultate im Bericht können insgesamt zumindest bezüglich der Rangfolge als robust betrachtet werden.

9 Fazit

Im Jahr 2012 wurde in der ganzen Schweiz die Spitalfinanzierung auf das Fallpauschalensystem SwissDRG umgestellt, mit dem Ziel, die Spitäler unter anderem einem erhöhten Wettbewerb auszusetzen. Mit diesem Schritt wurde ein wichtiger Teil der Spitalregulierung schweizweit harmonisiert, der vorher weitestgehend von den Kantonen bestimmt wurde. Wie in den obigen Kapiteln detailliert ausgeführt, zeigt die erstmalige Aufarbeitung der kantonalen Spitalregulierung, dass auch nach der Einführung von SwissDRG die Kantone immer noch viel Spielraum bei der Gestaltung der Spitalversorgung haben. Diesen Spielraum nutzen sie auch, was sich in der grossen Variation der Ergebnisse zeigt.

Auffallend ist insbesondere die Intransparenz, die viele Kantone bei den gemeinwirtschaftlichen Leistungen an den Tag legen. Da die Kantone durch SwissDRG bei der eigentlichen Spitalfinanzierung durch die nationale Regulierung zurückgebunden wurden, bieten die gemeinwirtschaftlichen Leistungen sozusagen die Hintertür, durch welche die Kantone weiterhin ihre eigenen Spitäler bevorzugen können. Die verbreitete Intransparenz lässt vermuten, dass das Instrument auch tatsächlich zur verdeckten Subventionierung und damit Strukturhaltung verwendet wird.

Ähnliche wettbewerbsfeindliche Regulierungen zeigen sich auch bei anderen Themen. Gewisse Kantone nutzen ihre Funktion als Eigentümer dazu, die Spitalinfrastruktur der eigenen Häuser zu subventionieren. Andere versuchen in ihrer Hoheitsfunktion als Spitalplaner monopolistische Spitalgruppen zu bilden. Meistens kommen diese Eingriffe in den Wettbewerb zustande, weil die Kantone neben einer effizienten Gesundheitsversorgung auch noch andere vor allem regionalpolitische Ziele verfolgen. Die Versuchung mag für manchen Kanton gross sein, mit einem Eingriff in den Spitalwettbewerb solche anderen Ziele kurzfristig zu befriedigen. Langfristig geht eine solche Politik aber zu Lasten einer effizienten Spitalversorgung. Die Spitäler sind nicht mehr gezwungen auf die Kosten zu achten, um im Wettbewerb bestehen zu können. Dies führt zwangsläufig zu einer Überversorgung, die letztendlich die Steuerzahler berappen.

Zusätzlich führt die fehlende Wettbewerbsausrichtung mancher kantonalen Spitalpolitik dazu, dass andere Kantone faktisch dazu gezwungen werden, ebenfalls davon abzurücken. Wie die vorliegende Studie zeigt, gibt es einige Kantone, die ihre Spitalpolitik bewusst wettbewerbsfreundlich ausgerichtet haben. Je mehr nun andere Kantone, ihre eigenen Spitäler subventionieren und deren Infrastruktur mit Steuergeldern finanzieren, desto stärker werden die Spitäler in den wettbewerbsfreundlichen Kantonen benachteiligt. Das kann diese in ihrer Existenz bedrohen und die Kantone zum Handeln zwingen, da die Spiesse auf dem Markt nicht für alle gleich lang sind. Es ist denkbar, dass es zu einem eigentlichen Wettrüsten in den Kantonen kommen kann mit entsprechenden hohen Kostenfolgen für die Steuerzahler.

10 Quellenverzeichnis

Zitierte Literatur

- Gesundheitsdirektion Zürich (2013), Aktiengesellschaft ist die zweckmässigste Rechtsform für das Kantonsspital Winterthur, http://www.zh.ch/internet/de/aktuell/news/medienmitteilungen/2013/082_ksw_ag.html, abgerufen am 14.6.2013.
- Müller, U. (2012), Sparpaket II des Kantons St. Gallen dauerhafte Stabilisierung des Staatshaushaltes: Analyse der Schuldenbremse, BAK Basel Economics: Basel.
- Camenzind, P. (2008), Erklärungsansätze regionaler Kostenunterschiede im Gesundheitswesen, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan): Neuchâtel.
- Crivelli, L., M. Filippini und I. Mosca (2006), Federalism and Regional Health Care: An Empirical Analysis for the Swiss Cantons, *Health Economics* 15, 535–541.
- Meister, U. (2008), Spitäler zwischen Politik und Wettbewerb: Betriebliche Autonomie im Kantonsvergleich, Avenir Suisse: Zürich.
- Steinmann, L. und P. Zweifel (2003), On the (In)efficiency of Swiss hospitals, *Applied Economics* 35, 361–370.
- Telser, H. und P. Widmer (2012), Pharmaregulierung im internationalen Vergleich, metrobasel: Basel.
- Widmer, P. und P. Zweifel (2012), Fiscal Equalization, Tiebout Competition, and Incentives for Efficiency in a Federalist Country, *Public Finance Review* 40(1), 3–29.
- Widmer, P., M. Farsi und P. Zweifel (2011), Accounting for Unobserved Heterogeneity in the Measurement of Hospital Performance, Working Paper ECON 52, University of Zurich
- Widmer, P. (2011), Does Prospective Payment Increase Hospital (In)efficiency: Evidence from the Swiss Hospital Sector, Working Paper ECON 53, University of Zurich
- Widmer, P. und P. Zweifel (2010), Zur Relevanz des Benchmarking bei der Spitalfinanzierung mit Fallpauschalen, unveröffentlichte Studie im Auftrag der Schulthess Klinik: Zürich.

Expertengespräche

Expertengespräche wurden durchgeführt mit Vertretern folgender Kantone:

- Aargau
- Appenzell-Innerrhoden
- Appenzell-Ausserrhoden
- Bern
- Basel-Landschaft
- Basel-Stadt
- Glarus
- Graubünden

- Jura
- Nidwalden
- Obwalden
- St. Gallen
- Schaffhausen
- Solothurn
- Schwyz
- Thurgau
- Tessin
- Uri
- Waadt
- Wallis
- Zug
- Zürich

Zusätzlich wurden kantonsübergreifende Expertengespräche in mehreren Phasen des Projekts geführt mit.

- Prof. Dr. Robert Leu
- Dr. Heinz Locher
- Luc Schenker

11 Anhang: Die Regulierungssituation im Jahr 2007

Nachfolgend werden für die vier Subindizes (Hoheitsfunktion, Finanzierung, Eigentum und Politik) sowie für den Gesamtindex die Ergebnisse zum Betrachtungszeitpunkt 2007 ausgewiesen. Dazu wird ein alternatives Gewichtungsschema 2007 aus Tabelle 17 angewendet. Dieses Gewichtungsschema weicht von demjenigen für 2012 ab (vgl. Kapitel 3.2). Dies ist unter anderem dem Umstand geschuldet, dass sich mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung der Handlungsspielraum der Kantone stark verändert hat.

Beim Gewichtungsschema 2007 wird das Regulierungsthema Finanzierung (0.35) relativ zu den anderen Regulierungsthemen höher gewichtet. Da vor 2012 das Finanzierungssystem grösstenteils durch den Kanton frei gewählt werden konnte und sich mit dem Finanzierungssystem direkte Anreize zur Wettbewerbsfähigkeit der Spitäler erzeugen lassen, war dies das Hauptsteuerungsmittel der Kantone im alten System. Neben der Finanzierung spielt auch die Politik (0.25) und das Eigentum mit einem Gewicht von 0.20 eine wesentliche Rolle, wogegen die Hoheitsfunktion nicht die gleiche Stellung einnimmt wie im Szenario 2012, da die Spitalversorgung hauptsächlich auf den eigenen Kanton abgestimmt wurde.

Eine Anpassung um diese Veränderungen führt jedoch dazu, dass die Ergebnisse für 2007 nicht direkt mit denjenigen für 2012 vergleichbar sind. Einzig die relativen Rangierungen der Kantone innerhalb der Regulierungsthemen und Einzelregulierungen lassen sich einander gegenüberstellen.

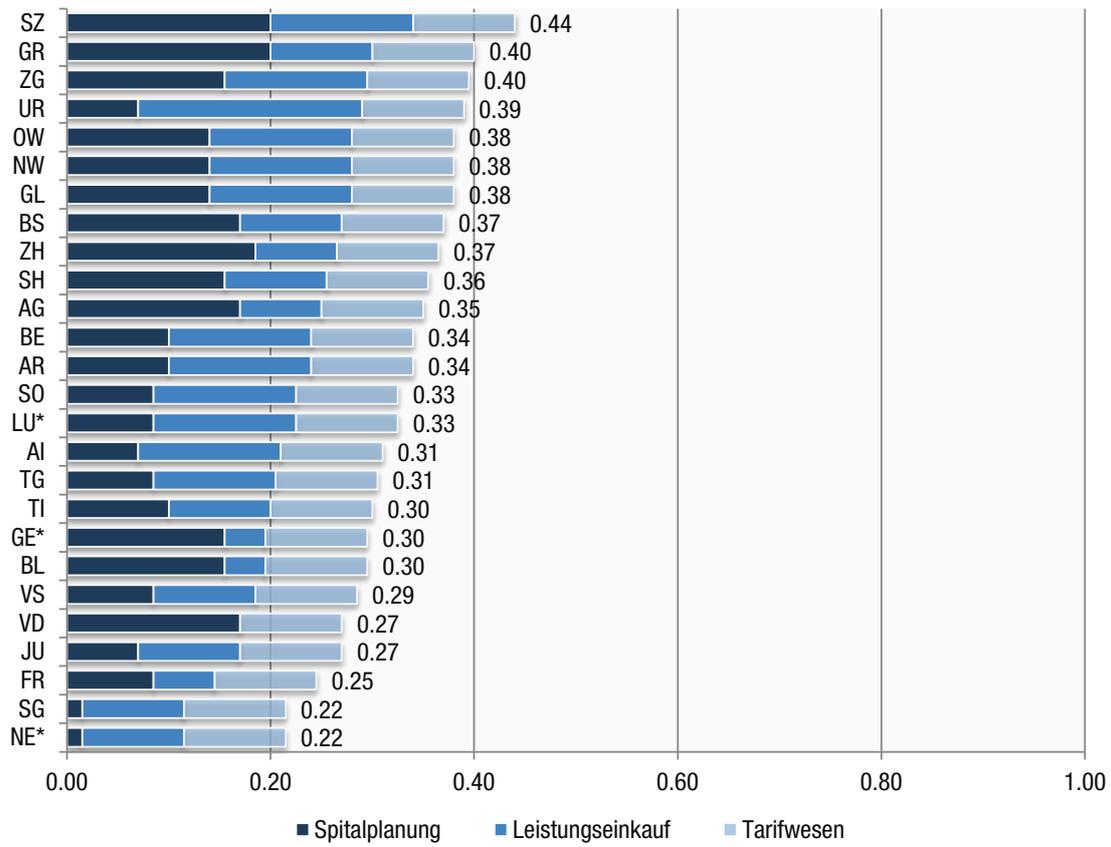
Tabelle 17 Gewichtungsschema zum Gesamtindex

Regulierungsthemen	Szenario 2012	Szenario 2007
Kanton in seiner Hoheitsfunktion	0.35	0.20
Spitalplanung	0.35	0.20
Leistungseinkauf	0.45	0.40
Tarifwesen	0.20	0.40
Kanton als Mitfinanzierer	0.15	0.35
Betriebskosten	0.15	0.40
Investitionen	0.15	0.40
Gemeinwirtschaftliche Leistungen	0.35	0.10
Kreditvergabe	0.35	0.10
Kanton als Eigentümer	0.25	0.20
Rechtsform	0.20	0.20
Strategische Führung	0.30	0.35
Operative Führung	0.20	0.30
Infrastruktur	0.30	0.15
Kantonale Politik	0.25	0.25
Politische Ausgangslage	0.10	0.10
Politisches Spitalcontrolling	0.50	0.60
Transparenz	0.40	0.30

In der Tabelle sind für die vier Regulierungsthemen und die entsprechenden Einzelregulierungen das Gewichtungsschema für die Subindizes und den Gesamtindex aufgelistet. Unterschieden wird dabei zwischen einem Gewichtungsschema für den Betrachtungszeitpunkt 2012 und einem für den Betrachtungszeitpunkt 2007. Dies ist nötig, da mit der Einführung von SwissDRG bestimmte Regulierungen mehr oder weniger relevant werden. Dies zeigt sich vor allem beim Regulierungsthema Finanzierung, das 2012 durch die Einführung der neuen nationalen Spitalfinanzierung auf der kantonalen Ebene an Relevanz verliert.

Quelle: Polynomics.

Abbildung 9 Ergebnisse zum Subindex Hoheitsfunktion, 2007

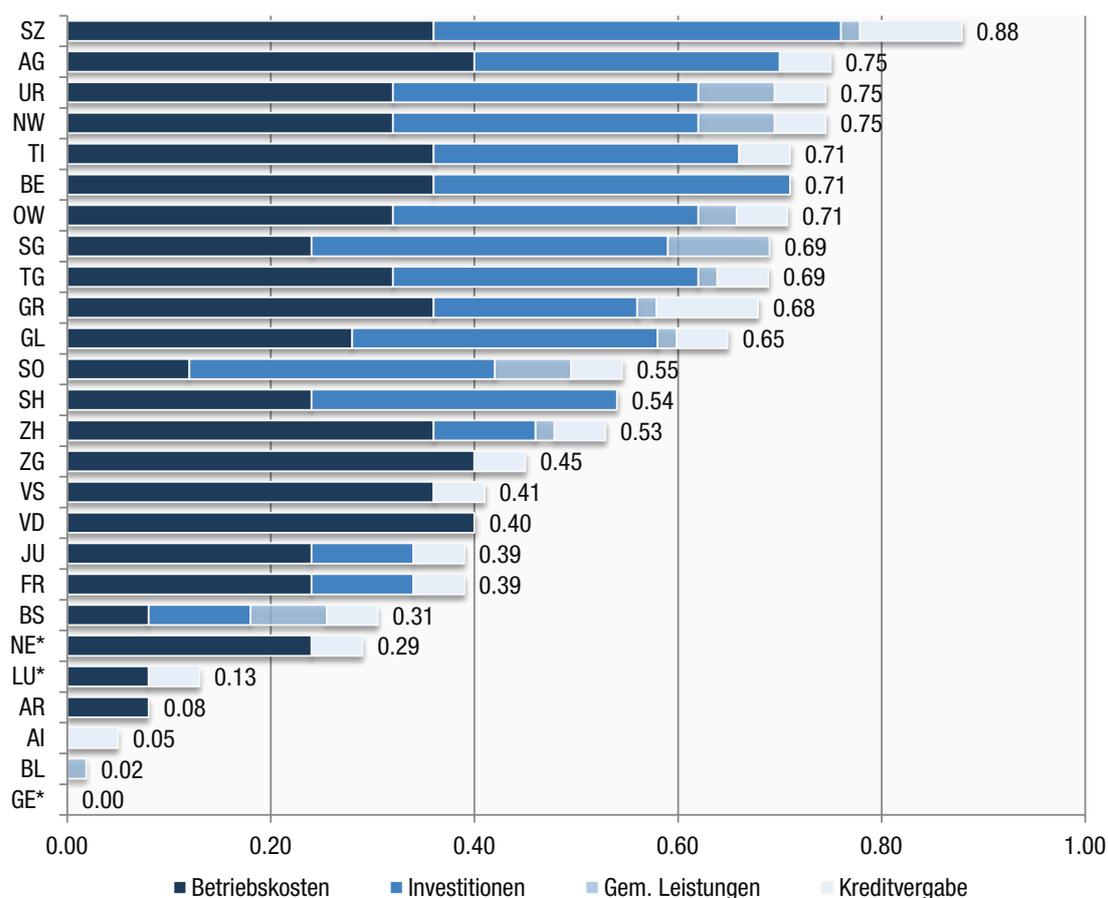


* Ergebnisse konnten nicht mit Kantonsvertretern überprüft werden

In der Abbildung sind die Ergebnisse zum Subindex «Hoheitsfunktion» für den Betrachtungszeitpunkt 2007 abgebildet. Der erste Abschnitt der Ergebnisbalken pro Kanton gibt Auskunft zur Einzelregulierung «Spitalplanung», der zweite zum «Leistungseinkauf» und der dritte zum «Tarifwesen». Aggregiert wurden die Einzelregulierungen mit dem Gewichtungsschema 2007. Ein hoher Indexwert nahe bei eins bedeutet, dass der Kanton die Regulierung wettbewerbsfreundlich ausgestaltet; ein Wert nahe bei null weist auf eine wettbewerbsfeindliche Ausgestaltung hin.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Abbildung 10 Ergebnisse zum Subindex Finanzierung, 2007

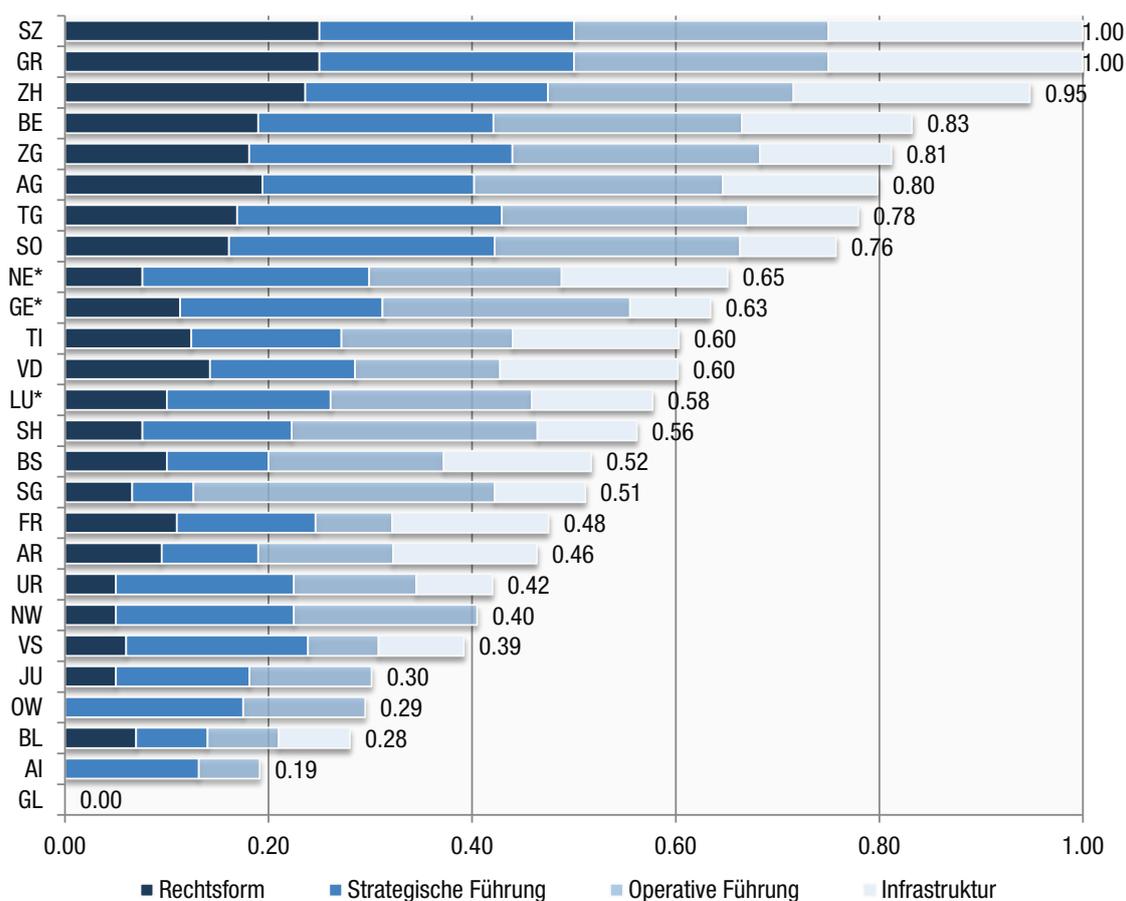


* Ergebnisse konnten nicht mit Kantonsvertretern überprüft werden

In der Abbildung sind die Ergebnisse zum Subindex «Finanzierung» für den Betrachtungszeitpunkt 2007 abgebildet. Der erste Abschnitt der Ergebnisbalken pro Kanton gibt Auskunft zur Einzelregulierung «Betriebskosten», der zweite zu den «Investitionen», der dritte zu den «Gemeinwirtschaftlichen Leistungen» und der vierte zur «Kreditvergabe». Aggregiert wurden die Einzelregulierungen mit dem Gewichtungsschema 2007. Ein hoher Indexwert nahe bei eins bedeutet, dass der Kanton die Regulierung wettbewerbsfreundlich ausgestaltet; ein Wert nahe bei null weist auf eine wettbewerbsfeindliche Ausgestaltung hin.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Abbildung 11 Ergebnisse zum Subindex Eigentum, 2007

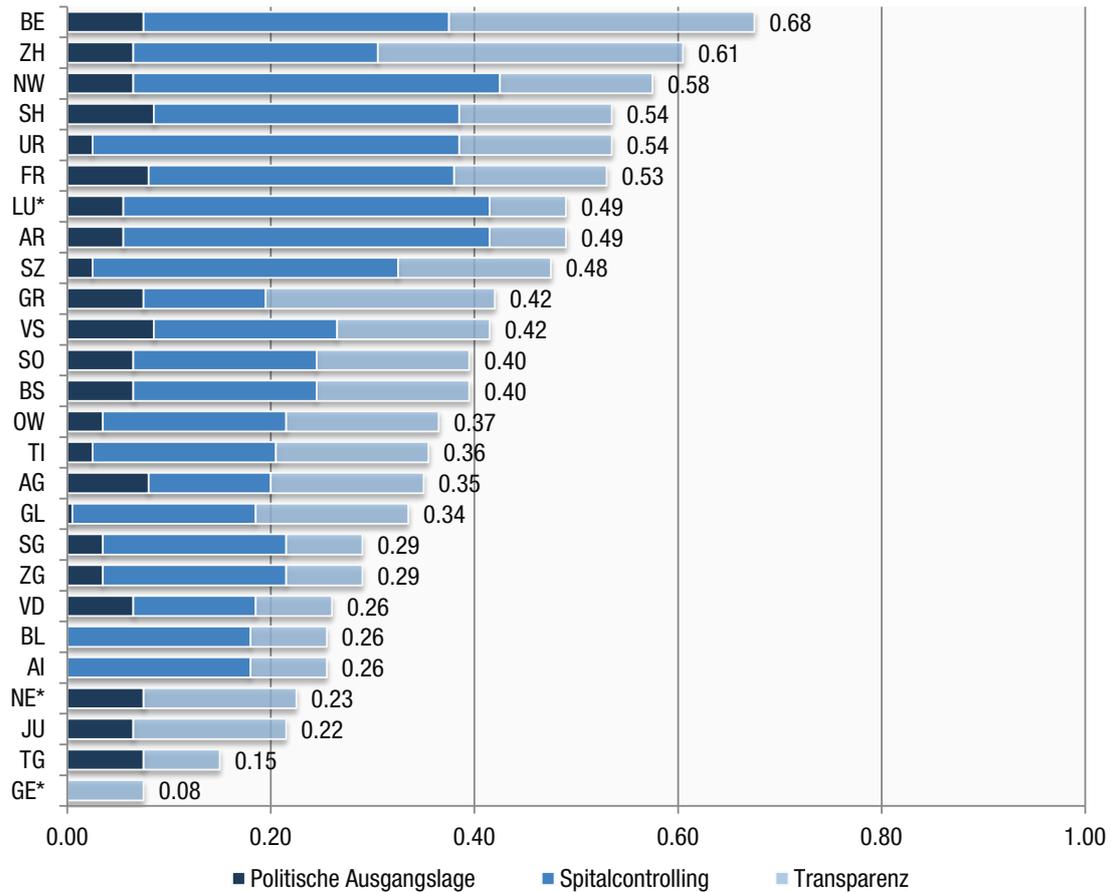


* Ergebnisse konnten nicht mit Kantonsvertretern überprüft werden

In der Abbildung sind die Ergebnisse zum Subindex «Eigentum» für den Betrachtungszeitpunkt 2007 abgebildet. Der erste Abschnitt der kantonalen Ergebnisbalken gibt Auskunft zur Einzelregulierung Rechtsform, der zweite zur strategischen Führung, der dritte zur operativen Führung und der vierte zur Infrastruktur. Aggregiert wurden die Einzelregulierungen mit dem Gewichtungsschema 2007. Ein hoher Indexwert nahe bei eins bedeutet, dass der Kanton die Regulierung wettbewerbsfreundlich ausgestaltet; Ein Wert nahe bei null weist auf eine wettbewerbsfeindliche Ausgestaltung hin.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Abbildung 12 Ergebnisse zum Subindex Politik, 2007

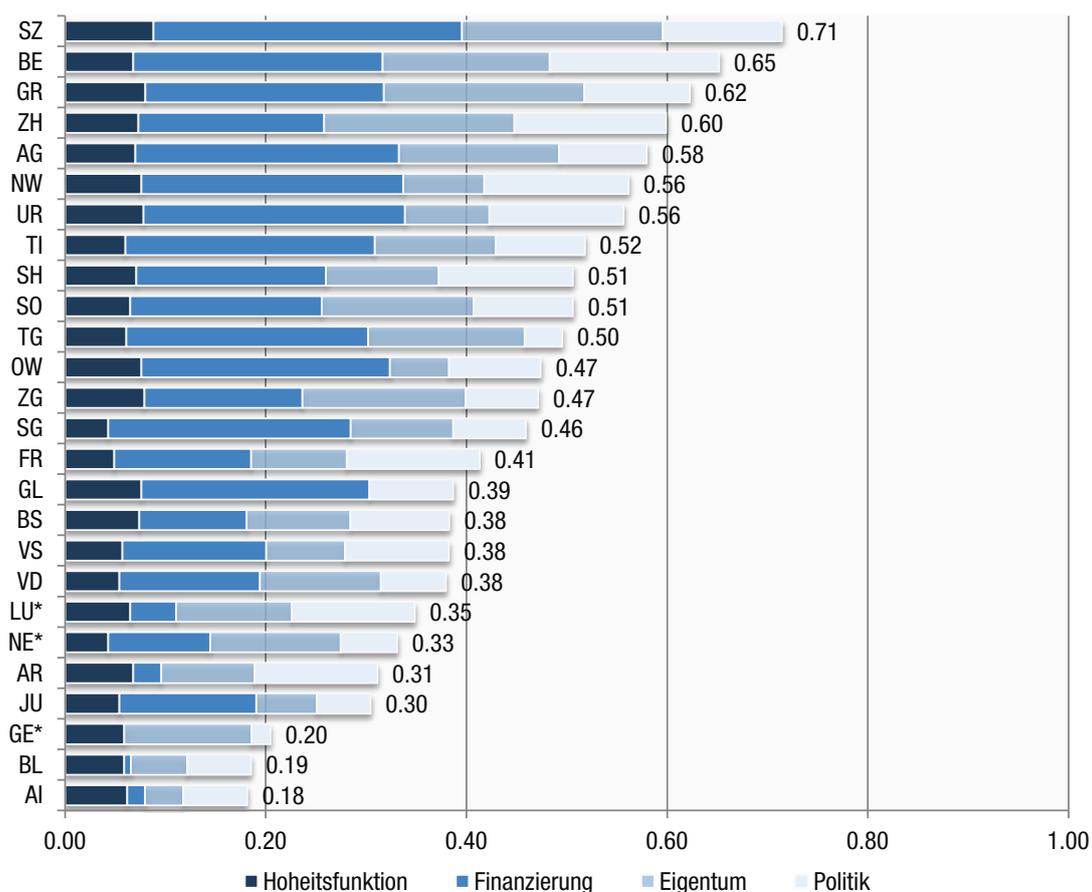


* Werte konnten nicht mit Kantonsvertretern überprüft werden

In der Abbildung sind die Ergebnisse zum Subindex «Politik» für den Betrachtungszeitpunkt 2007 abgebildet. Der erste Abschnitt der Ergebnisbalken pro Kanton gibt Auskunft zur Einzelregulierung «Politische Ausgangslage», der zweite zum «Politischen Controlling» und der dritte zur «Transparenz». Aggregiert wurden die Einzelregulierungen mit dem Gewichtungsschema 2007. Ein hoher Indexwert nahe bei eins bedeutet, dass der Kanton die Regulierung wettbewerbsfreundlich ausgestaltet; ein Wert nahe bei null weist auf eine wettbewerbsfeindliche Ausgestaltung hin.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Abbildung 13 Ergebnisse zum Gesamtindex, 2007



* Ergebnisse konnten nicht mit Kantonsvertretern überprüft werden

In der Abbildung sind die Ergebnisse zum Gesamtindex für den Betrachtungszeitpunkt 2007 abgebildet. Der erste Abschnitt der Ergebnisbalken pro Kanton gibt dabei Auskunft zum Subindex «Hoheitsfunktion», der zweite zur «Finanzierung», der dritte zum «Eigentum» und der vierte zur «Politik». Aggregiert wurden die Subindizes mit dem Gewichtungsschema 2007. Ein hoher Indexwert nahe bei eins bedeutet, dass der Kanton die Spitalversorgung wettbewerbsfreundlich ausgestaltet; ein Wert nahe bei null weist auf eine wettbewerbsfeindliche Ausgestaltung hin.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.



Polynomics AG
Baslerstrasse 44
CH-4600 Olten
www.polynomics.ch
polynomics@polynomics.ch
Telefon +41 62 205 15 70
Fax +41 62 205 15 80
