



Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik: Aktualisierung 2015

Studie im Auftrag von comparis.ch



**Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik:
Aktualisierung 2015**

Studie im Auftrag von comparis.ch

Autoren: Dr. Philippe Widmer
Dr. Harry Telser
Tobias Uebelhart

29. August 2016

Inhaltsverzeichnis

Das Wichtigste in Kürze	5
1 Einleitung	9
2 Das Spannungsfeld der kantonalen Spitalversorgung.....	11
2.1 Die kantonale Verantwortlichkeit bei der akutsomatischen Spitalversorgung	11
2.2 Die Mehrfachrolle der Kantone und ihre möglichen Konsequenzen für die Spitalversorgung	11
2.3 Anforderungen an eine wettbewerbsorientierte Spitalregulierung	12
3 Aufbau des Regulierungsindex	13
3.1 Herausforderungen bei der Regulierungserfassung	13
3.2 Systematisierung der Regulierungserfassung	13
3.3 Vorgehen bei der Datenerhebung	14
3.4 Methodik zur Indexbildung	15
4 Kanton in seiner Hoheitsfunktion.....	18
4.1 Grundlagen und Analysefokus	18
4.2 Berücksichtigte Indikatoren.....	18
4.3 Ergebnisse.....	23
5 Kanton als Mitfinanzierer	28
5.1 Grundlagen und Analysefokus	28
5.2 Berücksichtigte Indikatoren und Gewichtungsschema.....	28
5.3 Ergebnisse.....	32
6 Kanton als Eigentümer von Spitälern	38
6.1 Grundlagen und Analysefokus	38
6.2 Berücksichtigte Indikatoren und Bewertungsschema.....	38
6.3 Ergebnisse.....	43
7 Kanton in seiner politischen Ausgestaltung.....	47
7.1 Grundlagen und Analysefokus	47
7.2 Berücksichtigte Indikatoren.....	47
7.3 Ergebnisse.....	49
8 Gesamtbewertung zur kantonalen Spitalregulierung.....	53

8.1	Vergleich über die Kantone.....	53
8.2	Gegenüberstellung des Gesamtindex 2012 und 2015.....	55
8.3	Sensitivitätsanalyse.....	57
9	Fazit	59
10	Quellenverzeichnis	60

Das Wichtigste in Kürze

Mit der Umstellung der Spitalfinanzierung auf das Fallpauschalensystem SwissDRG wurde 2012 ein wichtiger Teil der Spitalregulierung schweizweit harmonisiert. Mit der Absicht, das Kostenbewusstsein in der Spitalversorgung zu verbessern wurden Leistungen vergleichbar gemacht und die Spitäler einem erhöhten Wettbewerb ausgesetzt. 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. Es stellt sich die Frage, ob dies in allen Kantonen gleichermassen erfüllt ist, 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 könnte daher nicht nur auf die unterschiedlichen Leistungsangebote oder die Wirtschaftlichkeit der Spitäler, sondern auch auf die Qualität der kantonalen Regulierung zurückzuführen sein.

Vor diesem Hintergrund hat Polynomics im Auftrag von comparis.ch 2013 erstmals einen Bericht veröffentlicht, in dem ein umfassender Vergleich der kantonalen Spitalregulierungen für die Jahre 2007 und 2012 vorgenommen wurde. Viele kantonale Vorhaben waren zum damaligen Zeitpunkt jedoch noch nicht vollständig umgesetzt. Gesetze lagen teilweise erst als Entwurfsversion oder noch gar nicht vor. Viele Kantone warteten zudem noch ab, wie andere Kantone die Spitalregulierung handhaben würden, um sich daran orientieren zu können. Die Resultate der Studie wurden deshalb bereits damals als vorläufige Bestandsaufnahme deklariert, mit dem Hinweis, dass eine Aktualisierung in ein paar Jahren nötig sein würde.

Der vorliegende Bericht legt diese Aktualisierung für das Jahr 2015 vor. Das Analysekonzept der Studie aus dem Jahr 2013 wurde grundsätzlich beibehalten, jedoch auf die aktuelle Situation angepasst. Ein abschliessender Vergleich mit 2012 ist daher nicht möglich. Anhand von 45 Einzelindikatoren ermitteln wir die Regulierungsintensität in den kantonalen Einflussbereichen «Hoheitsfunktion», «Finanzierung» und «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.

Die umfassenden Ergebnisse zeigen, dass der Spielraum bei der Gestaltung der Spitalversorgung auch 2015 von den Kantonen genutzt wird. Die 2012 existierenden Variationen in den Einzelregulierungen führen auch 2015 zu sehr unterschiedlich ausgestalteten Spitalregulierungen.

In seiner «Hoheitsfunktion» ist der Kanton zuständig für die Spitalplanung, den Leistungseinkauf und das Tarifwesen. Während einige Kantone ihre Hoheitsfunktion sehr wettbewerbsfreundlich wahrnehmen, versuchen andere den Wettbewerb bewusst einzugrenzen. Dies ist unter anderem möglich, wenn die öffentlichen Spitäler in einer Spitalgruppe mit Monopolcharakter zusammengefasst werden. Die daraus resultierende Marktkonzentration eröffnet die Möglichkeit, 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. Dies obwohl die meisten Kantone das im Kanton Zürich entwickelte Leistungsgruppenkonzept an-

wenden. Solange nicht ein transparentes und öffentliches Ausschreibungsverfahren angewendet wird, das nach objektiven Kriterien vorgeht, können die Kantone ihre eigenen Spitäler bevorzugen. Am wettbewerbsfreundlichsten 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. Weiter kann der Wettbewerb eingeschränkt werden, wenn die Tarife nicht nach fairen Bedingungen festgesetzt werden. Dazu gehört, dass die Referenztarife möglichst nach Leistungen abgestuft werden sollten. Nur so können die leistungsbezogenen Kostenunterschiede, die durch die Tarifstruktur nicht vollständig abgebildet werden, bestmöglich berücksichtigt werden. Ist dies nicht der Fall, werden die Patienten in ihrer freien Spitalwahl eingeschränkt, da sie bei ausserkantonalen Behandlungen wieder vermehrt eine Kostengutsprache einholen müssen.

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, dass trotz gewisser Verbesserungen in den letzten Jahren immer noch Intransparenz bei den gemeinwirtschaftlichen Leistungen vorherrscht. Da die neue Spitalfinanzierung 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 tatsächlich zur verdeckten Subventionierung und damit Strukturhaltung verwendet wird. Gewisse Kantone geben dies auch offen zu. 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 häufig dazu aus, mehr oder weniger direkten Einfluss auf die strategische und operative Führung zu nehmen und die Spitalinfrastruktur der eigenen Häuser zu subventionieren. Dies kann den eigenen Spitalern zwar einen kurzfristigen Wettbewerbsvorsprung verschaffen, kann sich aber langfristig insbesondere für die lokale Bevölkerung negativ auswirken. Der dadurch erzielte verminderte Wettbewerbsdruck für die Spitäler begünstigt den Erhalt ineffizienter Strukturen, deren Mehrkosten die Bürger letztlich mit ihren Steuern finanzieren müssten. Diese Möglichkeit besteht insbesondere bei Kantonen, deren Spitäler immer noch Teil der kantonalen Verwaltung sind. In etwas abgeschwächter Form gilt das auch für all diejenigen Kantone, 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 beim Spitalcontrolling. Beim Spitalcontrolling evaluieren zwar bereits einige Kantone auch die Ergebnisse aus der Spitalplanung, indem systematische Kostenvergleiche durchgeführt und Qualitätsstandards überprüft werden, viele unterlassen dies aber immer noch. Auch in Bezug auf die Transparenz zeigen sich noch grosse Unterschiede. Während beispielsweise die beiden Gross-

kantone Bern und Zürich über eine sehr detaillierte Gesetzgebung verfügen, können bei anderen Kantonen nur sehr wenig Informationen für die Analyse verwendet werden. Auch gibt es einige Kantone, bei denen die Gesetzeslage nicht mehr dem aktuellen Stand der Umsetzung entspricht.

Abbildung 1 zeigt die starke Streuung der kantonalen Spitalregulierung im Überblick. Am wettbewerbsfreundlichsten ist die Spitalregulierung wie schon 2012 in den Kantonen Zürich und Schwyz. Während Schwyz keine eigenen Spitäler mehr besitzt, nur geringfügig gemeinwirtschaftlichen Leistungen in einem Ausschreibungsverfahren ausrichtet und auch sonst nicht in den Wettbewerb eingreift, zeichnet sich der Kanton Zürich durch eine konsequente Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung und seiner Hoheitsfunktion aus. Er war der erste Kanton, der über eine umfassende Spitalplanung verfügte und den Leistungseinkauf mit einem öffentlichen Ausschreibungsverfahren nach objektiven Kriterien tätigte. Dieses in Zürich entwickelte Leistungsgruppenkonzept wird mittlerweile in den meisten Kantonen, wenn auch teilweise in leicht abgeänderter und vereinfachter Form, angewendet. Am andern Ende des Spektrums fallen die Kantone Genf, Neuenburg und Tessin auf, welche alle sehr niedrige Indexwerte um 0.5 aufweisen. Es besteht die Möglichkeit, 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, einer expliziten Mengenbegrenzung beim Leistungseinkauf sowie bei der intransparenten und grosszügigen Vergabe von gemeinwirtschaftlichen Leistungen.

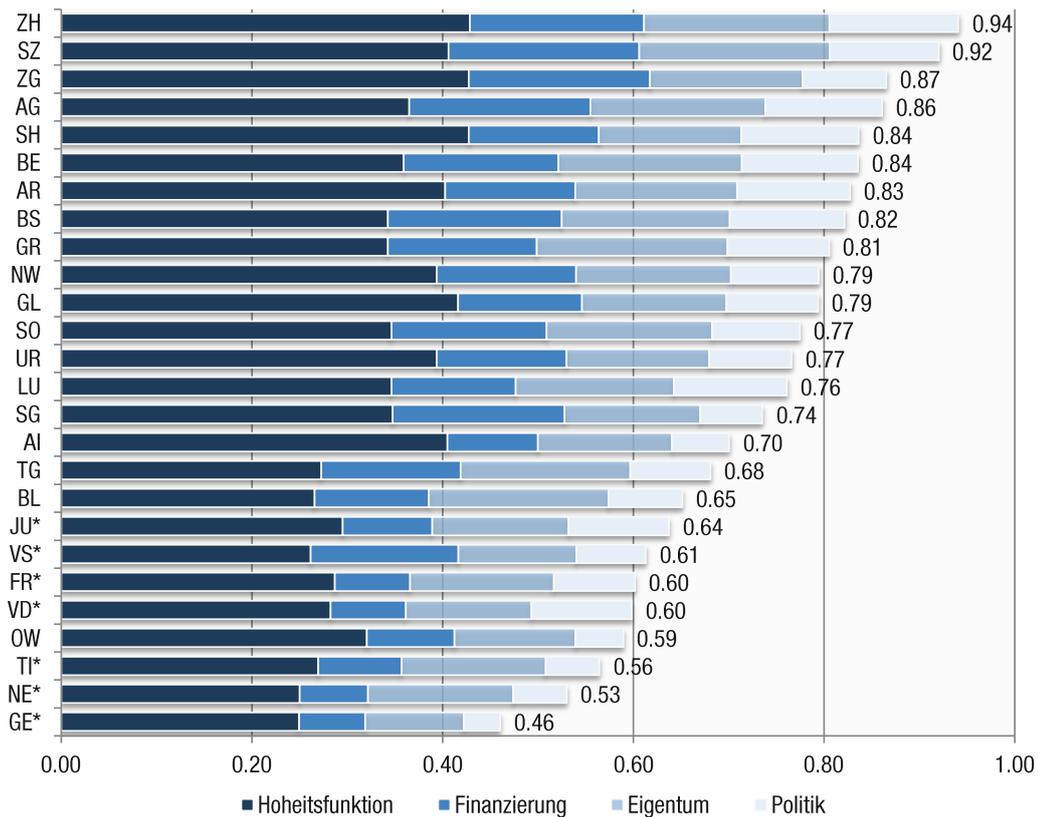
Gegenüber 2012 haben sich einige Änderungen ergeben. Auffallend ist die Verbesserung des Kantons St. Gallen, der neu auch über eine Spitalliste verfügt, die nach dem Leistungsgruppenkonzept erstellt wurde. Wie sich jedoch die kantonal finanzierten Infrastrukturprojekte langfristig auswirken werden, konnte im Index noch nicht berücksichtigt werden; dies zumal der Kanton St. Gallen im Rahmen seiner Eignerstrategie plant, die Infrastrukturen auf die Spitäler zu übertragen. Ebenfalls auffallend ist die Verschlechterung des Kantons Freiburg, der seit 2015 seine Referenztarife nicht mehr nach marktwirtschaftlichen Grundsätzen festlegt, sondern die kantonalen Listenspitäler gegenüber den anderen klar bevorzugt. Insgesamt zeigt sich, dass sich die Situation in vielen Kantonen verbessert hat. Vor allem die verbreitete Anwendung des Leistungsgruppenkonzept des Kantons Zürich und die zunehmende Verselbständigung von Spitälern oder der Einführung von Eigentümerstrategien sind als positive Punkte hervorzuheben. Demgegenüber zeigt sich aber ebenfalls, dass die bestehenden Unterschiede in der Spitalregulierung zwischen den Kantonen immer noch gross sind. Zudem entwickeln sich durch die zunehmenden Bundesverwaltungsgerichtsentscheide vermehrt Schwierigkeiten bei der Tarifgenehmigung, welche das Verhandlungsprimat in Frage stellt.

Generell lässt sich zusammenfassen, dass diese kantonalen Unterschiede meist dadurch zustande kommen, weil die Kantone neben einer effizienten Gesundheitsversorgung mit der Spitalregulierung noch andere Ziele verfolgen. Vor dem Hintergrund der neuen Spitalfinanzierung können solche Eingriffe in den Spitalwettbewerb jedoch vor allem langfristig zu Lasten einer optimalen Spitalversorgung gehen. Die Spitäler sind weniger gezwungen, auf die Kosten zu achten, um im Wettbewerb bestehen zu können. Dies kann zu einer Überversorgung führen, die letztlich zu Lasten der Steuerzahler geht.

Zusätzlich führt die fehlende Wettbewerbsausrichtung mancher kantonalen Spitalpolitik dazu, dass andere Kantone faktisch dazu gezwungen werden, ebenfalls wieder 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 Wetttrüsten in den Kantonen kommt mit entsprechenden Kostenfolgen für die Steuerzahler.

Abbildung 1 Wettbewerbsfreundlichkeit der kantonalen Spitalregulierung, 2015



* Ergebnisse konnten nur mit Spitalvertretern verifiziert werden

In der Abbildung sind die Ergebnisse zum Gesamtindex der kantonalen Spitalregulierung für das Jahr 2015 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

Seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung 2012 hat sich in der akutsomatischen Spitalversorgung viel verändert. Zentrale Elemente sind die pauschale Vergütung der Spitalleistungen und die freie Spitalwahl der Patienten, mit denen man den Wettbewerbsdruck der Spitäler erhöhen wollte. Beide Komponenten setzen die Spitäler einem finanziellen Risiko aus, das sie zunehmend zu betriebswirtschaftlichem Handeln zwingt: Die Spitäler bemühen sich vermehrt um höhere Fallzahlen und eine kosteneffiziente Bereitstellung der medizinischen Leistungen. Zudem sehen sie sich durch die finanziellen Risiken veranlasst, in attraktive Infrastrukturen zu investieren, strategische Partnerschaften einzugehen und sich auf lukrative Leistungen und Patienten zu spezialisieren, um langfristig am Markt bestehen zu können (Widmer, 2016).

Damit diese Anreizwirkungen zu einer Spitalversorgung führen, die tatsächlich qualitativ hochwertige medizinische Leistungen im richtigen Umfang und möglichst kostengünstig bereitstellt, müssen allen Spitälern gleiche Rahmenbedingungen geschaffen werden. Beispielsweise sollten für alle Spitäler die gleichen Marktzugangs- und Marktaustrittsbedingungen gelten. Gleiche Leistungen müssen mit gleichen Preisen bezahlt werden, und es müssen die gleichen Qualitätsanforderungen sowie Betriebsstandards erfüllt sein. Dazu müssen die Kantone eine auf die nationale Gesetzgebung abgestimmte marktorientierte Spitalregulierung einführen, die alle Spitäler ungeachtet ihrer Trägerschaft, der regionalen Bedeutung oder dem Standortkanton gleich behandelt.¹

Die Studie Widmer und Telser (2013), die erstmals die kantonalen Spitalregulierungen aufgearbeitet hat, konnte zeigen, dass diese Voraussetzungen 2012 noch nicht hinreichend erfüllt waren. Die historisch bedingte mehrheitlich kantonal organisierte Spitalversorgung blieb auch 2012 mit 26 «Mini-Gesundheitssystemen» mit eigenständigen Regulierungsbehörden bestehen, die sich nicht nur in ihrem Angebot, sondern auch in der Qualität und den Kosten stark unterschieden. Während einige Kantone bereits sehr fortschrittliche Spitalregulierungen mit marktorientierten Ansätzen aufwiesen, nutzten andere Kantone ihre Rolle immer noch verstärkt für regionalpolitische Ziele. Dies schafft im angestrebten Spitalwettbewerb ungleich lange Spiesse zwischen den Spitälern, die effizient arbeitende Spitäler ungerechtfertigt benachteiligen können. Es schafft aber auch ungleich lange Spiesse zwischen den Patienten und den Steuerzahlern, welche die ineffizienten Strukturen mittragen müssen.

Ob diese kantonalen Unterschiede drei Jahre später immer noch Bestand halten ist Gegenstand dieser Arbeit. Im Auftrag von comparis.ch erfassen wir erneut für das Jahr 2015 den aktuellen Stand der kantonalen Spitalregulierungen und untersuchen, wie sich die einzelnen Kantone seit 2012 entwickelt haben. Gibt es gewisse Trends, die sich seit 2012 fortsetzen, und wie haben sich die marktorientierten Kantone relativ zu den anderen Kantonen entwickelt? Als Vergleichsinstrument der Regulierungstätigkeiten bilden wir wie in der ersten Studie einen Index, der die Regulierungsintensität in vier Bereichen der kantonalen Spitalregulierung – «Hoheitsfunktion», «Finanzierung», «Eigentum» und «Politik» – abbildet. Die den Bereichen zugrundeliegenden Indikatoren wurden gegenüber der letzten Erhebung 2012 jedoch leicht aktualisiert und an den aktuellen Stand der Regulierungen angepasst.

Da auch 2015 viele kantonale Vorhaben in der Spitalregulierung noch nicht abschliessend umgesetzt oder erst in der Planung sind, sind die Resultate erneut als Bestandesaufnahme zu ver-

¹ Nicht berücksichtigt werden in diesem Bericht die Voraussetzungen an die SwissDRG-Tarifstruktur und das Finanzierungssystem. Diese werden bspw. in Widmer et al, 2015a und Widmer et al. 2015b thematisiert.

stehen, die nicht eine abschliessende Darstellung der Regulierungstätigkeiten darstellen können. Es handelt sich um eine Darstellung von Einzelregulierungen in den wichtigsten Bereichen, die 2015 umgesetzt sind. Wo möglich gehen wir aber auf geplante Regulierungsänderungen direkt im Text ein. Die Betrachtung von 2015 ist insofern von Interesse, da bis Ende 2014 alle Kantone eine an die neue Spitalfinanzierung angepasste Spitalplanung aufweisen müssen, die zur Koordination zwischen den Kantonen verpflichtet.

Der Bericht ist wie folgt strukturiert. In den Kapiteln 2 und 3 leiten wir 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 Spitalversorgung

2.1 Die kantonale Verantwortlichkeit bei der akutsomatischen Spitalversorgung

In der Schweiz wird die akutsomatische Spitalversorgung historisch bedingt durch Spitäler mit privater oder öffentlicher Trägerschaft 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 zumindest zu den folgenden ordnungspolitischen Aufgaben verpflichtet:

1. Er hat eine *Versorgungsplanung* durchzuführen, die den regionalen Bedarf an stationären Leistungen aufzeigt.
2. Er hat die *Zulassung der Leistungserbringer zu prüfen*, um die notwendige Qualität und Kontinuität der Leistungserbringer zu gewährleisten.
3. Er hat *die Leistungsaufträge zu tätigen*, so dass die zu erwartende Spitalversorgung in hoher Qualität und kostengünstig erfolgen kann.
4. Er hat *die Tarife zwischen den Vertragspartnern zu genehmigen*, damit eine tragbare und wirtschaftliche Bereitstellung der medizinischen Leistungen sichergestellt werden kann.

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 (ab 2017 sollte der kantonale Anteil 55 Prozent betragen).

2.2 Die Mehrfachrolle der Kantone und ihre möglichen Konsequenzen für die Spitalversorgung

Diese Aufgaben könnte der Kanton wahrnehmen, ohne eigene Spitäler zu betreiben. Er könnte als reiner Leistungseinkufer auftreten und die Versorgung privaten Institutionen des Kantons oder anderer Kantone in Auftrag geben. 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, Leistungseinkufer, Schiedsrichter und Mitfinanzierer eine zu hinterfragende Mehrfachrolle ein.

- 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).
- 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 den Kostendruck auf die Spitäler. Die Folge ist eine Strukturhaltung ineffizienter Institutionen (vgl. Kapitel 5).

- 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 hat dies nicht grundsätzlich geändert. 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.

2.3 Anforderungen an eine wettbewerbsorientierte Spitalregulierung

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. Dazu gehören, dass alle Spitäler die gleichen Markteintritts- und Marktaustrittsbedingungen haben sowie die gleichen Auflagen und Standards erfüllen müssen. Weiter müssen alle Spitäler die gleichen unternehmerischen Freiheiten haben, ihre Unternehmensstruktur sowie das Leistungsangebot eigenständig zu bestimmen. Darüber hinaus muss der Kanton den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern fördern, indem er Monopolisierungen vermeidet und den Leistungseinkauf marktorientiert und fair ausgestaltet. Dies ist erst dann möglich, wenn sich die Kantone auf ihre eigentliche ordnungspolitische Aufgabe, die Gestaltung der Rahmenbedingungen zurückziehen und diese so marktwirtschaftlich wie möglich ausgestalten. Neben der kantonalen Spitalregulierung muss auch die Tarifstruktur gewisse Anforderungen erfüllen. Diese sind aber nicht Gegenstand dieser Arbeit. Sie werden in Widmer et al. 2015a weiter diskutiert.

Solange die kantonale Spitalregulierung nicht faire Marktbedingungen schafft, 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 Nachteile nach sich ziehen, da die Strukturhaltung zu ineffizienteren Strukturen führt, deren Kosten letztlich von den Steuerzahlern getragen werden müssen. Die vorliegende Studie untersucht für die Schweiz die kantonalen Rahmenbedingungen, in denen die Spitäler ihre Leistungen bereitstellen.

3 Aufbau des Regulierungsindex

3.1 Herausforderungen bei der Regulierungserfassung

Es ist ein komplexes Unterfangen, die kantonale Spitalregulierung umfassend zu erfassen. Dies ist nicht zuletzt auch deswegen, weil die kantonalen Gesundheitspolitiker verschiedene 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 Arbeitsplatzhaltung 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 vielschichtigen kantonalen Spitalregulierungen machen eine umfassende Untersuchung und Gegenüberstellung der kantonalen Ausgestaltungen sehr schwierig und sollten daher bei der Interpretation der Ergebnisse mitberücksichtigt werden.

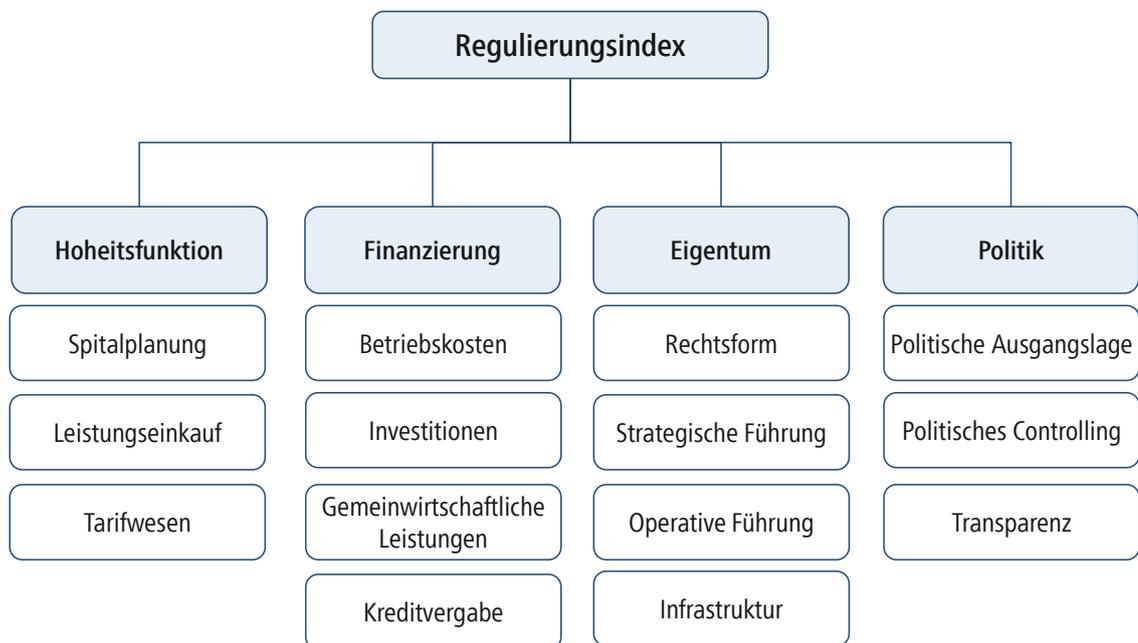
3.2 Systematisierung der Regulierungserfassung

Trotz dieser Herausforderungen unternehmen wir in dieser Studie eine quantitative und qualitative Aufarbeitung der gegenwärtigen kantonalen Spitalregulierungen. Das Ziel ist es, deren Ausgestaltung in einem Regulierungsindex zusammenzufassen und im Quervergleich der Kantone darzustellen. Um den Schwierigkeiten vorzubeugen, fokussieren wir die Analyse auf 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.

Bei der Bestimmung der Einzelregulierungen gilt es, die «wichtigen» von den «weniger wichtigen» Regulierungsaspekten zu unterscheiden. Als wichtige Einzelregulierungen 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 relevante Einzelregulierungen betrachtet, die unter diesen Regulierungsthemen subsumiert werden können (vgl. Abbildung 2).

Insgesamt haben wir zur Beurteilung der Einzelregulierungen 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. Für die vorliegende Aktualisierung des Regulierungsindex haben wir diese Fragen neu bewertet und an den aktuellen Stand angepasst. In der vorliegenden Studie werden 45 Fragen berücksichtigt, 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 je 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 2015. Berücksichtigt werden dabei ausschliesslich jene Regulierungen, welche zum Zeitpunkt der Regulierungserfassung vollständig umgesetzt wurden. Geplante Regulierungen können im Index selber nicht einbezogen werden, was bei der Interpretation der Ergebnisse mitberücksichtigt werden muss. Auch 2015 ist eine Beurteilung der bereits bestehenden Einzelregulierungen aber noch keine abschliessende Bewertung von Gesamtergebnissen möglich, da einige Kantone ihre Regulierungen noch nicht abschliessend an die neue Situation angepasst haben.

3.3 Vorgehen bei der Datenerhebung

Die Datenerhebung 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 zwei Schritten.

- In einem ersten Schritt haben wir für 2015 die vorhandenen und zugänglichen kantonalen Bestimmungen (Gesetze, Verordnungen und Vollzugsverordnungen) sowie kantonsspezifische 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.

- In einem zweiten Schritt wurden die recherchierten Ergebnisse anhand von Telefoninterviews mit Kantonsvertretern und Expertengesprächen mit Spitalvertretern überprüft und vervollständigt.

In der überwiegenden Mehrheit der Kantone haben Behördenvertreter ergänzend Auskunft zu den recherchierten Ergebnissen gegeben. Eine Teilnahme verweigert haben die Westschweizer Kantone Genf, Waadt, Wallis, Neuenburg, Freiburg und Jura sowie der Kanton Tessin. Bei diesen Kantonen konnten wir die Ergebnisse lediglich mit Spitalvertretern verifizieren. Zum Vergleich nahmen 2012 die Kantone Luzern, Genf und Neuenburg nicht an der Studie teil.

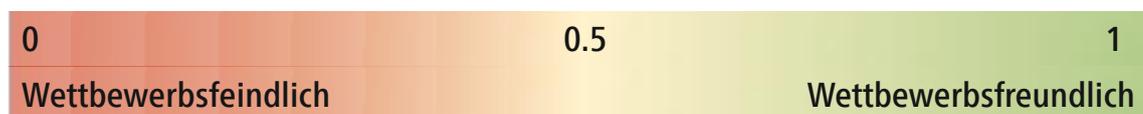
3.4 Methodik zur Indexbildung

Das methodische Vorgehen ist mit demjenigen aus der ersten Studie vergleichbar (vgl. Widmer und Telser, 2013). Zusätzlich zum Bewertungssystem, das wiederum auf die Wettbewerbsfreundlichkeit der Regulierungen abzielt, sind somit 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. Eine schematische Darstellung des Bewertungskonzepts ist in Abbildung 3 aufgeführt. Die Bewertung orientiert sich wenn immer möglich an der wissenschaftlichen Literatur zum entsprechenden Thema.

Abbildung 3 Normierung der qualitativen Ergebnisse



In der Abbildung wird das Vorgehen bei der Normierung der qualitativen Ergebnisse dargestellt. Eine Einzelregulierung wird als positiv mit einem Wert 1 bewertet, wenn sie wettbewerbsfreundlich ausgestaltet ist. Sie erhält einen Wert 0.5 wenn sie bezüglich der Wettbewerbsfähigkeit ein Verbesserungspotenzial aufweist. Den Wert 0 erhalten Kantone mit einer Ausgestaltung, die nicht den Grundsätzen einer marktwirtschaftlichen Ausgestaltung entspricht.

Quelle: Eigene Darstellung, Polynomics.

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. Ein gewisser relativer Charakter kann jedoch nicht ausge-

geschlossen werden, da sich die Regulierungserfassung an der Ausgestaltung der Kantone orientiert.

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 2015 aus, die sich gegenüber 2012 in einzelnen Punkten geändert haben. Es werden diejenigen Regulierungsthemen und Einzelregulierungen höher gewertet, die nach der Einführung der neuen Spitalfinanzierung verstärkt in den Fokus der Kantone geraten sind (vgl. Tabelle 1). Dies sind 2015 insbesondere die Regulierungsthemen zur Hoheitsfunktion, die neu mit 0.45 bewertet werden (2012 = 0.35). Das Eigentum wird mit 0.2 gegenüber 2012 etwas zurückgestuft (0.25), dies obwohl viele Kantone hier das Thema der Public Corporate Governance verstärkt thematisieren. Dafür wird die Finanzierung mit 0.2 wieder etwas stärker gewichtet (2012 = 0.15). Der Grund liegt hauptsächlich darin, dass sich bei der Betriebskostenfinanzierung wieder alternierende Modelle etabliert haben und mit Infrastruktursubventionen beobachtbar Einfluss auf die Finanzen der Spitäler genommen wird. Schwächer gewichtet wird 2015 der Subindex zur Politik, der neu nur noch ein Gewicht von 0.15 erhält (2012 = 0.25). Der Grund liegt unter anderem in der homogeneren Ausgestaltung der Kantone bei den Qualitätsvorgaben und dem Rechnungslegungsstandard und den Verbesserungen in der Transparenz (vgl. Kapitel 7).

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 aufgeführt.

Tabelle 1 Gewichtungsschema zum Gesamtindex

Regulierungsthemen	Gewichte 2012	Gewichte 2015
Kanton in seiner Hoheitsfunktion	0.35	0.45
Spitalplanung	0.35	0.15
Leistungseinkauf	0.45	0.50
Tarifwesen	0.20	0.35
Kanton als Mitfinanzierer	0.15	0.20
Betriebskosten	0.15	0.25
Investitionen	0.15	0.20
Gemeinwirtschaftliche Leistungen	0.35	0.35
Kreditvergabe	0.35	0.20
Kanton als Eigentümer	0.25	0.20
Rechtsform	0.20	0.20
Strategische Führung	0.30	0.30
Operative Führung	0.20	0.20
Infrastruktur	0.30	0.30
Kantonale Politik	0.25	0.15
Politische Ausgangslage	0.10	0.10
Politisches Spitalcontrolling	0.50	0.50
Transparenz	0.40	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 Hoheitsfunktion am stärksten gewichtet, da mit der Spitalplanung und dem Leistungseinkauf zentrale Funktionen der kantonalen Spitalregulierung betroffen sind. Am wenigsten stark ist das Regulierungsthema Politik gewichtet, da es gegenüber den anderen Themen stark an Bedeutung verloren hat. Die Verschiebungen gegenüber 2012 kommen durch die Anpassungen an die aktuellen Begebenheiten zustande. So hat sich in den vergangenen Jahren gezeigt, dass die Hoheitsfunktion und insbesondere das Tarifwesen stark an Relevanz gewonnen haben.

Quelle: Polynomics.

4 Kanton in seiner Hoheitsfunktion

4.1 Grundlagen und Analysefokus

Der Kanton ist 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 verwenden kann. Die Wettbewerbsintensität kann er zusätzlich über das Tarifwesen beeinflussen, indem er den Referenztarif für ausserkantonale Spitäler künstlich niedrig hält und nicht nach Leistungen abstuft.² Für eine wettbewerbsorientierte Spitalversorgung sollten jedoch alle Spitäler ungeachtet ihres Standorts und Trägerschaft die gleichen Voraussetzungen haben. Die kurzen Verkehrswege der Schweiz und die hohe Spitaldichte liefern optimale Voraussetzungen dafür. Es sollten klar ersichtliche und objektive Kriterien existieren, warum ein Spital in welchem Umfang und zu welchem Preis 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 Einzelregulierungen zur Spitalplanung (0.15), dem Leistungseinkauf (0.50) und dem Tarifwesen (0.35), mit den entsprechenden Gewichtungen in Klammern. Gegenüber 2012 wird im Subindex der Leistungseinkauf stärker gewichtet und detaillierter erfasst, da die Relevanz dieses Themas gegenüber 2012 zugenommen hat. Die Spitalplanung wird dagegen aus gleichen Gründen weniger stark gewichtet.

4.2 Berücksichtigte Indikatoren

Die Fragen zu den Einzelregulierungen des Subindex «Hoheitsfunktion» und deren Gewichtungen 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 objektiv möglich, wenn der Kanton keine eigenen Spitäler besitzt und das Angebot nicht durch marktbeherrschende Spitalgruppen monopolisiert ist.

Zur Überprüfung dieser Voraussetzungen erheben wir zwei Indikatoren, die mit unterschiedlichen Gewichten in die Einzelregulierung eingehen (vgl. Tabelle 2). Nicht mehr berücksichtigt wird für die Aktualisierung 2015 der Indikator zum Marktanteil der eigenen Spitäler. Dieser wird nur noch im Subindex «Eigentum» berücksichtigt (vgl. Kapitel 6).

² Ohne Abstufung des Referenztarifs können Patienten mit komplexen Behandlungen sich kaum ausserkantonale behandeln lassen, weil sie auf Spitäler mit hohen Basispreisen (z. B. Universitätsspitäler, Kinderspitäler) angewiesen wären.

Tabelle 2 Indikatoren und Gewichtungsschema zur Spitalplanung

Kanton in seiner Hoheitsfunktion	Gewichte 2015
Spitalplanung	0.15
Existiert keine kantonale dominierte Spitalgruppe?	0.70
Deckt die Spitalliste alle medizinisch notwendigen Behandlungen ab?	0.30

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 bewertet mit einem Gewicht von 0.70, 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 oder bei der Tarifbildung zu ihren Gunsten ausnutzen, da sie eine systemrelevante Stellung erhält und nicht Konkurs gehen darf. Kantone mit marktbeherrschenden Spitalgruppen werden daher in der Einzelregulierung negativ bewertet.

Der zweite Indikator erfasst schliesslich mit einem Gewicht von 0.30, 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 Spitälern mitfinanzieren, die Patienten müssen jedoch für diese Leistungen beim Kantonsarzt vorab eine Kostengutsprache einholen, wollen sie die vollen Kosten gedeckt erhalten. 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 (vgl. dazu auch Kapitel 5.2). 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 die Leistungsvergabe eine zentrale Rolle bei einer wettbewerbsorientierten Spitalversorgung ein. Für eine optimale Spitalversorgung sollte diese möglichst transparent und nach marktwirtschaftlichen Grundsätzen erfolgen, so dass alle Spitäler, die einen Leistungsauftrag erhalten möchten, sich danach orientieren können. Leistungsverträge die beispielsweise ohne öffentliches Ausschreibungsverfahren und nicht auf Basis objektiver Kriterien diskriminierungsfrei vergeben werden, können zu einer Bevorzugung der eigenen Spitäler ausgenutzt werden und den Wettbewerb zwischen den Spitälern einschränken.

Zur Überprüfung dieser Voraussetzungen erheben wir fünf Indikatoren, die unterschiedlich gewichtet in die Einzelregulierung eingehen (vgl. Tabelle 3). In der vorliegenden Aktualisierung

2015 wird der erste Indikator zusätzlich mit drei Subindikatoren bewertet, welche eine differenziertere Abstufung des Indikators ermöglichen sollen.

Tabelle 3 Indikatoren und Gewichtungsschema zum Leistungseinkauf

Kanton in seiner Hoheitsfunktion	Gewichte 2015
Leistungseinkauf	0.50
Wird der Leistungsauftrag nach transparenten Ausschreibungsverfahren vergeben?	0.50
Werden die Leistungsaufträge nach dem Leistungsgruppenkonzept vergeben?	0.40
gibt es eine öffentliche Ausschreibung?	0.40
wird die Leistungsvergabe regelmässig in festen Zeitabständen durchgeführt?	0.20
Ist die Patientenzusammensetzung frei wählbar?	0.10
Gibt es keine Mengenbeschränkung?	0.20
Müssen alle Spitäler die gleichen Auflagen für Aus- und Weiterbildung erfüllen?	0.10
Kann das Spital die Vergütung für das Kader (Verwaltung und Ärzte) selber wählen?	0.10

In der Tabelle sind die Indikatoren, Subindikatoren und das Gewichtungsschema für die Einzelregulierung «Leistungseinkauf» aufgeführt. Alle Fragen zu den Indikatoren oder Subindikatoren werden in einer wettbewerbsfreundlichen Ausgestaltung bejaht. 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.

Der erste Indikator der Einzelregulierung in Tabelle 3 bewertet mit einem Gewicht von 0.50, ob die kantonalen Leistungsvereinbarungen und Leistungsaufträge nach transparenten und objektiven Kriterien erfolgen. Die Bewertung des Indikators erfolgt anhand von drei Subindikatoren, die ihrerseits unterschiedlich gewichtet werden.

Der erste Subindikator ermittelt mit einem Gewicht von 0.40, ob die Leistungsvergabe anhand des vom Kantonen Zürich erarbeiteten Leistungsgruppenkonzeptes erfolgt, das die Leistungsvergabe nach festen und objektiven Kriterien regelt. Dies garantiert eine gewisse Objektivität der Beurteilungskriterien.

Der zweite Subindikator bewertet ebenfalls mit einem Gewicht von 0.40, ob die Leistungsvergabe mittels einer öffentlichen Ausschreibung erfolgt. Im Idealfall wird die Neuvergabe der Leistungsaufträge mit den zu erfüllenden Kriterien auf der Homepage oder im Amtsblatt des Kantons öffentlich publiziert, worauf sich alle inner- und ausserkantonalen Spitäler bewerben können. Kantone, die nur ausgewählte Spitäler zu einer Bewerbung auffordern oder aufgefordert haben, bewerten wir etwas negativer, da es bestehende Versorgungsstrukturen zementiert. Als Bewerbungskriterium werden in den betroffenen Kantonen meist die Patientenströme berücksichtigt. Negativ bewertet werden Kantone, welche die bestehenden Strukturen weiterführen, das heisst nur Spitäler zur Eingabe auffordern oder gefordert haben, welche bereits einen Leistungsauftrag besitzen. Bei der Beurteilung des Subindikators gilt es zu berücksichtigen, dass nicht alle Kantone zum gleichen Zeitpunkt die Leistungsvergabe vorgenommen haben. Es zeigt sich, dass Kantone, die erst kürzlich die Leistungsaufträge evaluiert haben, meist ein marktwirtschaftlicheres Vorgehen gewählt haben als jene, die beispielsweise 2011 das letzte

Mal ausgeschrieben haben. Es kann zu einer ungewollten Benachteiligung von gewissen Kantonen kommen, da nur der Stand bis 2015 erfasst wird.

Im dritten Subindikator wird mit einem Gewicht von 0.20 ermittelt, ob die Leistungsvergabe in festen und bekannten Zeitabständen neu durchgeführt wird. Dies erhöht die Planungssicherheit der Spitäler und eröffnet den nicht berücksichtigten Leistungserbringern eine neue Chance, was den Wettbewerbsdruck aufrechterhält. Wenn der Zeitpunkt der Neuvergabe bekannt ist und periodisch durchgeführt wird, erhält der Kanton eine positive Bewertung.

Zusätzlich zum ersten Indikator erfassen wir mit vier weiteren Indikatoren die Ausgestaltung des Leistungsauftrags, die ebenfalls eine Rolle spielen kann. Diese sollten möglichst ohne zusätzliche Einschränkungen in der Unternehmensfreiheit wie zum Beispiel einer Beschränkung des Leistungsumfangs oder der Patientenzusammensetzung ausgestaltet sein. Positiv beurteilt werden diejenigen Kantone, die bezüglich der nachfolgend beschriebenen Indikatoren keine einschränkenden Vorgaben machen und den Wettbewerb dahingehend nicht beeinflussen.

Im zweiten Indikator wird zur Untersuchung allfälliger Einschränkungen 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.

Im dritten Indikator wird mit einem Gewicht von 0.20 berücksichtigt, ob der Kanton eine Mengenbeschränkung in der Form einer Beschränkung der Anzahl Fälle oder einer Vergütungsbeschränkung vorgibt.

Im vierten Indikator wird mit einem Gewicht von 0.10 bewertet, ob alle Spitäler mit Leistungsauftrag die gleichen Pflichten zur nichtuniversitären Ausbildung haben.

Schliesslich wird fünftens entsprechend der Tabelle 3 mit einem Gewicht von 0.10 berücksichtigt, ob der Kanton das Einkommen des Spitalkaders in Listenspitalern einschränkt.

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 sich gemäss KVG erstinstanzlich autonom über die Tarife verhandeln. Aufgrund des Kontrahierungszwangs und neu auch aufgrund der Forderungen nach einer Tarifbestimmung mit Kostenbenchmarks ist die Umsetzung jedoch auch heute noch schwierig. Einerseits haben die Spitäler im Wissen um die letztinstanzliche Preissetzung durch den Kanton einen Verhandlungsvorteil. Zweitens sind die Kantone bei grossen Abweichungen der Tarife zum Benchmarkingwert faktisch zu einem Eingreifen gezwungen. Ungeachtet dessen muss der Kanton dafür sorgen, dass die Tarife wie auch die Referenztarife nach marktwirtschaftlichen Grundsätzen ausgestaltet werden, so dass gleiche Preise für gleiche Leistungen bezahlt werden. Nur dann kann die freie Spitalwahl, welche zusammen mit der neuen Spitalfinanzierung eingeführt wurde, zum angestrebten Wettbewerb zwischen den Spitalern führen.

Zur Überprüfung dieser Voraussetzungen erheben wir zwei Indikatoren, die unterschiedlich gewichtet in die Einzelregulierung eingehen (vgl. Tabelle 4). Nicht mehr berücksichtigt wird für die Aktualisierung 2015 der Indikator zu den kantonal einheitlichen Tarifen, da diese Voraussetzung bei keinem Kanton mehr vollständig erfüllt ist. Stellvertretend berücksichtigen wir dafür einen Indikator, der den Eingriff in die Tarifverhandlungen bewertet.

Der erste Indikator erfasst mit einem Gewicht von 0.10, ob ein Eingriff in die Tarifsetzung durch die Verhandlungspartner trotz deren Einigung erfolgte. Als positiv wird gewertet, wenn

das Verhandlungsprimat strikt umgesetzt wird. Aufgrund diverser Urteile des Bundesverwaltungsgerichts dürfte dies jedoch zunehmend schwieriger werden. Genehmigungen sollten nämlich vermehrt nur noch erfolgen, wenn die verhandelten Tarife innerhalb des empirisch ermittelten Benchmarks liegen (Gegenwärtig versteht man unter Benchmarking einen simplen Fallnormkostenvergleich). Unwirtschaftlich empfundene Verträge dürfen demnach strenggenommen trotz Abschluss nicht genehmigt werden. Auch eine allfällige Tariffestsetzung muss anhand eines Benchmarkings erfolgen. Der Spielraum der Kantone wird hier demnach zunehmend eingeschränkt und die Verhandlungslösung stillschweigend abgeschafft. Gegenwärtig kommt ausser beim Kanton Zürich kein striktes Benchmarking bei der Tarifverhandlung zum Einsatz.

Tabelle 4 Indikatoren und Gewichtungsschema zum Tarifwesen

Kanton in seiner Hoheitsfunktion	Gewichte 2015
Tarifwesen	0.35
Eingriff in die Tarifsetzung trotz zustande gekommener Tarifverhandlung?	0.10
Werden ausserkantonale Spitalaufenthalte nach Referenztarifen verrechnet?	0.90
Ist der Referenztarif nach Leistung abgestuft?	0.60
Entspricht der Referenztarif den kantonalen Tarifen?	0.30
Werden die Referenztarife und die freie Spitalwahl klar kommuniziert?	0.10

In der Tabelle sind die Indikatoren, Subindikatoren und das Gewichtungsschema für die Einzelregulierung «Tarifwesen» aufgeführt. Alle Fragen zu den Indikatoren oder Subindikatoren werden in einer wettbewerbsfreundlichen Ausgestaltung bejaht. 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.

Im zweiten Indikator wird mit einem Gewicht von 0.90 die Vergütung von Wahlbehandlungen in ausserkantonalen Nichtlistenspitälern beurteilt. Trotz der schweizweit freien Spitalwahl kann der Kanton diese durch eine strategische Festlegung der Referenztarife 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 erfasst mit drei Subindikatoren die Einflussnahme des Kantons auf die freie Spitalwahl.

Der erste Subindikator geht mit einem Gewicht von 0.60 in den Indikator ein. Er erfasst, ob der Kanton den Referenztarif für ausserkantonale Behandlungen nach unterschiedlichen Leistungen abstuft. Dieser kann für alle Wahlbehandlungen gleich sein oder entweder nach Leistungen oder Spitaltyp abgestuft sein. Positiv werten wir im Index Kantone, welche ihre Referenztarife nach Leistungen abstufen, da sie entsprechend zum Leistungsgruppenkonzept einen Preis pro Leistung festlegen. Etwas schlechter schneiden Kantone ab, welche die Referenztarife nach Spitaltyp abstufen, da hier der Wettbewerb zwischen den Spitaltypen eingeschränkt wird. Negativ bewertet werden Kantone, welche die Referenztarife nicht abstufen. Diese Tarife sind nur dann zielführend, wenn alle leistungsbezogenen Unterschiede in der SwissDRG-Tarifstruktur abgebildet werden, was heute noch nicht vollständig der Fall ist (Widmer, 2016).

Mit dem zweiten Subindikator, der mit einem Gewicht von 0.30 in den dritten Indikator eingeht, wird zudem berücksichtigt, auf welcher Grundlage der ausserkantonale Referenztarif bestimmt wird. Bei der Festlegung gibt es grundsätzlich zwei Varianten. Die erste Variante betrifft vor allem Kantone, welche keine Abstufungen bei den Referenztarifen vornehmen. Diese Kantone bezahlen meist den gleichen Tarif wie innerkantonal oder bemessen den Referenztarif nach einer Durchschnittsrechnung. Kantone, welche ihren Referenztarif nach Leistungen oder Spitaltyp abstufen, vergüten dagegen zunehmend nur den Tarif des günstigsten Spitals auf der kantonalen Spitalliste. Dies beeinträchtigt zwar ein Stück weit die freie Spitalwahl, bewirkt aber auch einen gewissen Preiswettbewerb unter den Leistungserbringern, vor allem, wenn die Referenztarife nach Leistungen abgestuft sind. Deswegen werden beide Varianten positiv gewertet. Negativ bewertet werden dagegen all jene Kantone, welche die Referenztarife unwirtschaftlich niedrig ansetzen, so dass kaum ein Spital damit seine Kosten decken kann. Dies schränkt die freie Spitalwahl ein, da Patienten bei ausserkantonalen Behandlungen zu einer Kostengutsprache gezwungen werden, wollen sie die gesamten Kosten vergütet erhalten.

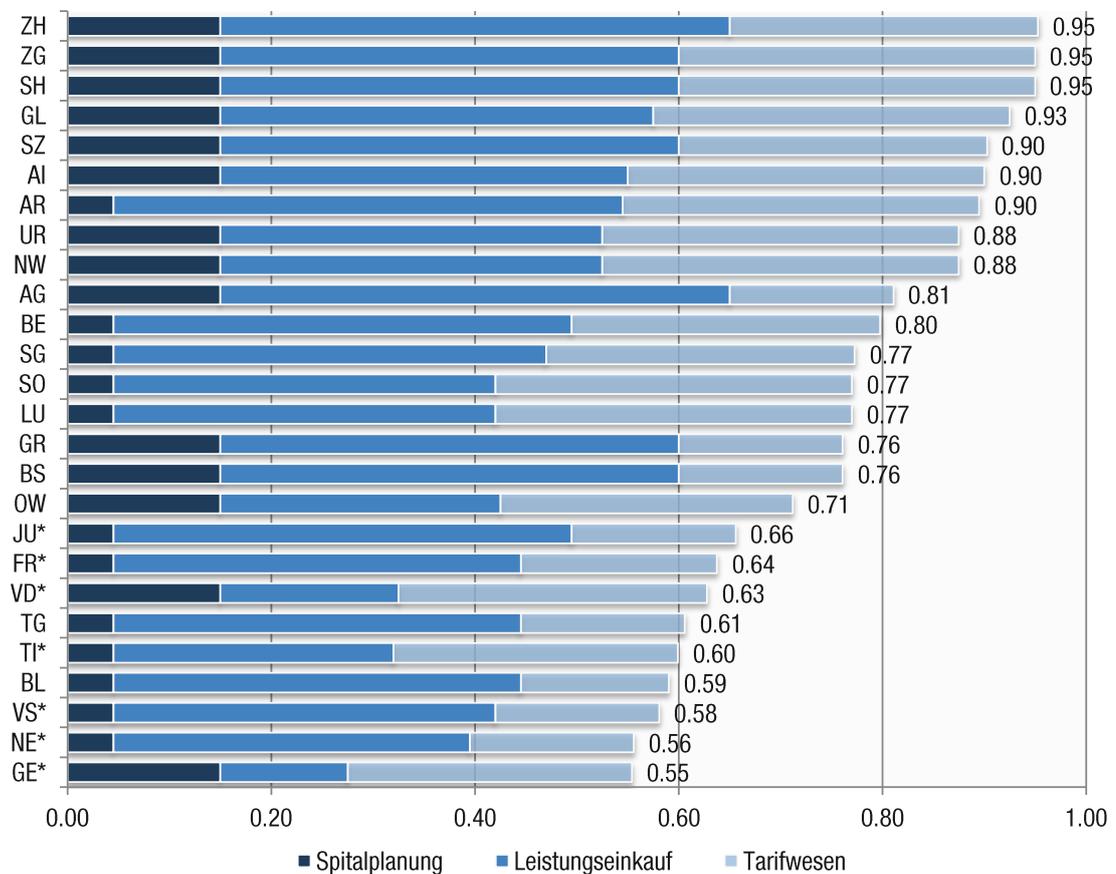
Der dritte Subindikator misst schliesslich mit einem Gewicht von 0.10, wie gut die Kantone die Möglichkeit der freien Spitalwahl kommunizieren. Dazu wird ein Transparenzindikator erhoben, der anhand einer Internetrecherche ausgehend von der kantonalen Webseite untersucht, ob die Kantone die Referenztarife transparent ausweisen, und ob sie klare Aussagen zur freien Spitalwahl machen. Widersprüchliche sowie fehlende oder ungenaue Informationen zur Spitalwahl und den Referenztarifen werden negativ bewertet.

4.3 Ergebnisse

Die Resultate des Subindex «Hoheitsfunktion» und seiner Einzelregulierungen sind in Abbildung 4 zusammengefasst. Der erste Abschnitt der kantonalen Ergebnisbalken gibt Auskunft zur Spitalplanung, die mit einem Gewicht von 0.15 in den Subindex eingeht. Der zweite Abschnitt beschreibt mit einem Gewicht von 0.50 die Resultate zum Leistungseinkauf und der dritte mit einem Gewicht von 0.35 das Tarifwesen, wie sie oben im Detail in Tabelle 2 bis Tabelle 4 beschrieben sind. Die Länge der einzelnen Abschnitte verdeutlicht deren Relevanz im Subindex, dessen Indexwert zusätzlich als Zahl aufgeführt ist.

Die zum Subindex aggregierten Resultate in Abbildung 4 verdeutlichen, dass die Kantone ihre regulatorischen Aufgaben unterschiedlich an einer wettbewerblichen Ordnung orientieren. Die meisten Kantone haben aber immer noch eine vorwiegend kantonale Bereitstellung mit öffentlichen Spitälern. Ausserkantonale und private Kliniken werden auch heute noch oft nur bei Bedarf subsidiär für die spezialisierten oder hochspezialisierten Leistungen berücksichtigt. Ungeachtet dessen, haben zumindest die drei Kantone Zürich, Zug und Schaffhausen ihre Aufgaben hinsichtlich einer wettbewerbsfreundlichen Ausgestaltung bereits sehr gut wahrgenommen. Sie erhalten allesamt einen Index-Wert von 0.95, auch wenn sich dieser unterschiedlich zusammensetzt. Während alle drei Kantone bei der Spitalplanung den höchsten Wert erhalten, zeichnet sich Zürich hauptsächlich durch den wettbewerbsfreundlichen Leistungseinkauf und die beiden Kantone Zug und Schaffhausen durch das Tarifwesen aus.

Abbildung 4 Ergebnisse zum Subindex Hoheitsfunktion, 2015



* Ergebnisse konnten nur mit Spitalvertretern verifiziert 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.

Der Kanton *Zürich* ist auch 2015 beim Leistungseinkauf immer noch Spitzenreiter, dies obwohl mittlerweile praktisch alle Kantone sein Leistungsgruppenkonzept in einer angepassten Form anwenden. Verbessern könnte sich der Kanton *Zürich* gegenüber *Zug* und *Schaffhausen*, wenn er die Referenztarife weiter nach Leistungen abstufen würde, wie dies mittlerweile in sehr vielen Kantonen der Fall ist. Gegenüber 2012 wird beim Kanton *Zürich* dagegen nicht mehr negativ bewertet, dass er teilweise kantonsweit einheitliche Tarife für die Spitäler vorgibt. Obwohl dies ein Quasieingriff in die Tarifverhandlung ist, basiert die Vorgabe auf einem systematisch durchgeführten Kostenbenchmarking, das die Wirtschaftlichkeit entsprechend zu den KVG-Vorgaben umsetzen soll.

Die Kantone *Zug* und *Schaffhausen* könnten sich beim Leistungseinkauf weiter verbessern, der bereits auf dem Leistungsgruppenkonzept des Kantons *Zürich* basiert. Die Leistungsvergabe sollte vergleichbar zu *Zürich* auf regelmässig durchgeführten öffentlichen Ausschreibung basie-

ren und darüber hinaus alle Bewerbungen nach objektiven und ex ante festgelegten Kriterien diskriminierungsfrei beurteilen. Dabei sollten Patientenströme kein Entscheidungskriterium darstellen, da sie bestehende Strukturen künstlich erhalten. Grundsätzlich sollte die Wirtschaftlichkeit und Qualität eine Rolle spielen, wobei auch ein Benchmarking zur Anwendung kommen kann.

Vergleichsweise schlecht schneiden die beiden Kantone Genf (0.55) und Neuenburg (0.56) ab. Bei *Neuenburg* entsteht das unterdurchschnittliche Abschneiden aufgrund der existierenden kantonalen Spitalgruppe, die zu einer Monopolisierung des Angebots führt. Die Systemrelevanz des Spitals beeinflusst bewusst oder unbewusst die Spitalplanung aber auch den Leistungseinkauf und das Tarifwesen. Zusätzlich negativ werden die mit der Leistungsvergabe verbundenen Einschränkungen bei der Patientenzusammensetzung und dem Leistungsvolumen sowie die mangelnde Abstufung bei den Referenztarifen bewertet, welche in den Kantonen Zürich, Zug und Schaffhausen besser ausgestaltet sind.

Der Kanton *Genf* schneidet vor allem wegen des Leistungseinkaufs und des Tarifwesens schlecht ab. Hervorzuheben ist der Leistungseinkauf, der sehr intransparent ist und das HUG gegenüber den anderen Spitälern bevorzugt. So werden die privaten Spitäler in Genf ausschliesslich subsidiär berücksichtigt. Dazu kommt, dass der Kanton Genf vor allem bei den Privatspitälern sehr restriktive Einschränkungen beim Leistungsvolumen und bei der Patientenzusammensetzung macht, welche auch bei ausserkantonalen Behandlungen von Patienten aus Waadt oder Neuenburg erfüllt sein müssen.

Auch die Einzelregulierungen unterscheiden sich zwischen den Kantonen. Bei der *Spitalplanung* erhalten jene Kantone positive Wertungen, die keine marktdominierende Spitalgruppe aufweisen und die Spitalliste alle erforderlichen medizinischen Leistungen abdeckt. Dies erreichen neben Zürich, Zug und Schaffhausen die Kantone Glarus, Schwyz, Appenzell Innerrhoden, Uri, Nidwalden, Aargau, Graubünden, Basel Stadt, Obwalden, Waadt und Genf. Im Kanton Basel Stadt wird jedoch aktuell über eine Fusion des Universitätsspitals mit dem Kantonsspital aus Basel Landschaft diskutiert. Einen Abschlag für die Spitalgruppe erhalten bereits die Kantone Appenzell Ausserrhoden, Bern, St. Gallen, Solothurn, Luzern, Jura, Freiburg, Thurgau, Tessin, Basel Landschaft, Wallis und Neuenburg. Keine weiteren Abschlüsse gibt es 2015 für die Unvollständigkeit der Spitalliste, da alle Kantone die Anforderung erfüllen. 2012 betraf dies noch die Kantone Appenzell Innerrhoden, Neuenburg, St. Gallen und Uri, die sich in diesem Indikator stark verbessern konnten.

Beim *Leistungseinkauf* wurden diejenigen Kantone positiv bewertet, die neben dem Kanton Zürich in einer abgespeckten Variante das Leistungsgruppenkonzept mit öffentlicher Ausschreibung durchführen und die Leistungsvergabe in regelmässigen Zeitabständen neu vornehmen. Das Leistungsgruppenkonzept berücksichtigen alle Kantone bis auf Obwalden, Waadt und Genf. Eine öffentliche Ausschreibung findet allerdings gemäss Experteninterview nur in den Kantonen Aargau, Appenzell Ausserrhoden, Freiburg, Graubünden, Jura, Neuenburg, Waadt, Wallis und Zürich statt, wobei unter Ausschreibung nicht immer exakt das gleiche verstanden wird. Ebenfalls nicht bei allen Kantonen wird eine Überprüfung des Leistungseinkaufs mit fix vorgegebenen Zeitabständen durchgeführt. Dies ist nur in den Kantonen Aargau, Appenzell Ausserrhoden, Bern, Basel Stadt, Basel Landschaft, Freiburg, Graubünden, Jura, Neuenburg, St. Gallen, Schaffhausen, Schwyz, Zug und Zürich der Fall. Die Zeitabstände variieren dabei zwischen 2 bis 10 Jahren, wobei wir die unterschiedlichen Zeitabstände nicht weiter bewertet haben. Zusätzlich werden Kantone negativ beurteilt, die bei der Leistungsvergabe Einschränkungen zur Patientenzusammensetzung oder dem Leistungsvolumen machen. Ersteres ist vor allem

in den Kantonen Freiburg, Genf, Graubünden, Neuenburg, Tessin, Waadt und Wallis der Fall. In den Kantonen Appenzell Innerrhoden, Thurgau und St. Gallen ist eine Vorgabe gesetzlich möglich, gemäss Auskunft der Kantonsvertreter wird sie jedoch nicht angewendet. Zudem ist zum Redaktionszeitpunkt eine Vorlage der Zürcher Regierung hängig, die eine progressive Abgabe auf die Einkünfte von Zusatzversicherten implementieren möchte. Eine direkte Einschränkung des Leistungsvolumens findet ausschliesslich in den Kantonen Genf, Neuenburg, Tessin und Waadt so statt. Auch die Kantone Freiburg und Wallis budgetieren die Anzahl Fälle pro Spital, die Ausgestaltung ist jedoch flexibler und bei Abweichungen kann das Fallbudget nachverhandelt werden. Eine Vermutung von 2012, dass die damals existierenden Mengenbeschränkungen langfristig abgeschafft würden, kann somit in der vorliegenden Aktualisierung für 2015 nicht bestätigt werden. Weitere Einschränkungen bezüglich der Aus- und Weiterbildung oder der Vergütung des Spitalkaders konnten dagegen nicht mehr festgestellt werden.

Im dritten Ergebnisbalken zum *Tarifwesen* sind es vor allem die Unterschiede in der Handhabung der Referenztarife, welche die Positionierung der Kantone im Subindex bestimmen. Hierbei zeichnen sich die Kantone Luzern, Solothurn, Nidwalden, Uri, Appenzell Innerrhoden und Ausserrhoden, Glarus, Schaffhausen und Zug besonders aus, die ihre Referenztarife wettbewerbsorientiert nach Leistungen abgestuft ausgestalten. Gegenüber 2012 ist eine klare Tendenz in Richtung leistungsorientierter Abstufung feststellbar. Es gibt aber immer noch Kantone, welche ihre Referenztarife nach Spitaltyp abstufen oder gar keine Abstufung vornehmen. Letzteres betrifft vor allem die Kantone Aargau, Basel Landschaft, Basel Stadt, Graubünden, Jura, Neuenburg, Thurgau und Wallis. Neben der Abstufung ist auch die Höhe der Tarife relevant, die bei den meisten Kantonen fair ausgestaltet wird. Ein negativer Spezialfall ist der Kanton Freiburg. Dessen Referenztarif wurde seit 2013, als er noch 9'700 CHF betrug, auf auffallend niedrige 9'132 CHF gesenkt. Dieser Wert liegt weit unterhalb des Tarifs des kantonalen Spitals von 9'950 CHF. Ähnlich geht der Kanton Neuenburg seit 2016 vor.

Zusammenfassend zum Subindex lässt sich festhalten, dass auch 2015 grosse kantonale Unterschiede bestehen. Gegenüber 2012 zeichnen sich folgende Tendenzen ab:

- Die 2012 festgestellte Tendenz zur Bildung von Spitalgruppen hat sich 2015 bestätigt und weiter verschärft, was zu einer zunehmenden Monopolisierung des Leistungsangebots führt. Ob damit tatsächlich die Bedarfsgerechtigkeit des Leistungsangebots verbessert wird und Kosten eingespart werden können ist unklar.
- Der Leistungseinkauf wird zunehmend wettbewerbsfreundlich ausgestaltet. Es ist ein zunehmender Trend zu öffentlichen und regelmässigen Ausschreibungen der Leistungsaufträge mittels Leistungsgruppenkonzept erkennbar. Einige Kantone haben hier auch bereits versucht, ein Kostenbenchmarking als zusätzliches Kriterium zu berücksichtigen.
- In der Westschweiz wird der Leistungseinkauf zunehmend mit einer Beschränkung des Angebotsvolumens ausgestaltet, um den drohenden Anreizen zur Mengenausweitung entgegenzuwirken. Diese werden aber meist auf Spitalebene ausgestaltet, was den Wettbewerb zwischen den Spitälern einschränkt und zur Bevorzugung der eigenen Spitäler ausgenutzt werden kann. Leistungsbeschränkungen sind nur dann wettbewerbsfreundlich, wenn sie Spital- und Kantonsübergreifend zur Anwendung kommen.
- Verschiedene Urteile des Bundesverwaltungsgerichts führen dazu, dass die Kantone die Tarifgenehmigung und -festsetzung gezwungenermassen anhand eines kantonsübergreifenden (nationalen) Kostenbenchmarkings durchführen. Dies könnte zunehmend die im KVG verankerte Verhandlungslösung zwischen den Vertragspartnern überflüssig machen. Zudem

könnten kleinere Kantone hier an ihre Grenzen des Machbaren stossen. Es gibt jedoch Bestrebungen, hierzu einen Datenpool auf GDK-Ebene einzurichten.

- Die Festlegung von Referenztarifen zur Behandlung in ausserkantonalen Nichtlistenspitälern erfolgt zunehmend nach Leistungen abgestuft und wettbewerbsorientiert. Es gibt aber auch erste Bemühungen einzelner Kantone, die Referenztarife auffallend niedrig auszugestalten, was den interkantonalen Spitalwettbewerb reduziert.

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 Finanzierungsmöglichkeiten erhalten. Zudem muss die Finanzierung nach objektiven Kriterien erfolgen und darf ineffiziente Strukturen nicht erhalten oder fördern.

Der nachfolgend beschriebene Subindex «Finanzierung» verdeutlicht die kantonale Ausgestaltung zur Finanzierung der Spitäler mit Leistungsauftrag. Dies geschieht anhand der Einzelregulierungen zu den Betriebskosten (0.25), den Investitionskosten (0.20), den gemeinwirtschaftlichen Leistungen (0.35) und der Kreditvergabe (0.20). Die entsprechenden Gewichtungen im Subindex sind in den Klammern angegeben. Gegenüber 2012 werden die Betriebskosten und Investitionen höher gewichtet, da sich hier wieder unterschiedliche Regulierungspraktiken etabliert haben. Dagegen wird die Kreditvergabe etwas weniger stark gewertet.

Im Zentrum der Aufarbeitung stehen ausschliesslich die Subventionen der Kantone. Die Abgeltung durch die Versicherer wird hier nicht betrachtet.

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.

Finanzierung der Betriebskosten

Seit 2012 existiert in der Schweiz das Fallpauschalensystem, das die Spitalleistungen der akuten somatischen Versorgung unabhängig der tatsächlichen Kosten nach einem fixen Preis je Diagnosegruppe (DRG) vergütet. Es handelt sich dabei um ein prospektives Vergütungssystem, das die Spitäler willentlich einem finanziellen Risiko und somit Anreizen zur Kosten- und Erlösoptimierung aussetzt (vgl. Widmer, 2015). Mit dem System sind die Grundvoraussetzungen für eine wettbewerbsorientierte Ausgestaltung gelegt. Trotzdem können Wettbewerbsverzerrungen entstehen, wenn nicht alle Spitäler den gleichen finanziellen Risiken ausgesetzt werden. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn einem Spital zusätzlich eine Leistungsbeschränkung auferlegt wird oder wenn ein Spital eine Defizitgarantie erhält. Letzteres war insbesondere vor 2012 in vielen Kantonen der Fall.

Zur Erfassung des angewendeten Finanzierungssystems und zu deren Anreizwirkungen werden zwei Indikatoren erhoben, die ein unterschiedliches Gewicht in der Einzelregulierung erhalten (vgl. Tabelle 5). Gegenüber 2012 wird nicht mehr gewertet, ob ein DRG-Klassifizierungssystem angewendet wird.

Tabelle 5 Indikatoren und Gewichtungsschema zu den Betriebskosten

Kanton als Mitfinanzierer	Gewichte 2015
Betriebskosten	0.25
Wird ein konsequentes Fallpauschalensystem angewendet?	0.65
Müssen Defizite gänzlich vom Spital getragen werden?	0.35

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 0.65 in die Einzelregulierung eingeht, beschreibt die Art des Vergütungssystems. Grundsätzlich lässt sich dabei nach dem Grad der Prospektivität, abgestuft nach einer Kostenrückerstattung, Globalbudget oder Fallpauschalen unterscheiden, wobei seit 2012 nur noch das Globalbudget und die Fallpauschalen nach DRG-System existieren. In der vorliegenden Studie unterscheiden wir daher nur noch zwischen dem Globalbudget und dem Fallpauschalensystem, berücksichtigen dafür neu als dritte Kategorie ein Fallpauschalensystem mit degressiven Preisen. Dieses wird vergleichbar zum Globalbudget zur Eindämmung der ungewollten Mengenausdehnung angewendet. Trotz den bestehenden Anreizen zur ungewollten Mengenausweitung, wird das Fallpauschalensystem im Index am besten bewertet. Das Globalbudget wird schlechter bewertet, da es das Leistungsvolumen und die Marktstrukturen fix vorgibt. Zudem verursachen Globalbudgets einen Wettbewerbsnachteil gegenüber ausserkantonalen Spitälern, die keiner Leistungsbeschränkung unterliegen. Letzteres gilt auch für Kantone mit einem degressiv ausgestalteten Fallpauschalensystem. Beide Systeme sind nur dann zielführend, wenn sie nicht auf Spitalebene sondern auf nationaler Ebene umgesetzt werden und sowohl inner- als auch ausserkantonale Behandlungen berücksichtigen.

Der zweite Indikator erfasst mit einem Gewicht von 0.35, ob die Kantone den öffentlichen Spitälern eine Defizitdeckung zusichern. Kantone, die immer noch eine Defizitdeckung garantieren, werden gegenüber den anderen schlechter bewertet, da sie das finanzielle Risiko und somit die Anreize zu kosteneffizientem handeln schmälern.

Finanzierung der Investitionen

Vergleichbar zu den Betriebskosten sollten auch die Investitionskosten seit 2012 mit einer fixen Pauschale je DRG vergütet werden. Solange keine zusätzlichen Subventionen existieren und die Spitäler ihre Investitionen ohne Bewilligung des Kantons tätigen dürfen, schafft dies den grösstmöglichen Handlungsspielraum, der die Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte und effiziente Bereitstellung schafft. Vorausgesetzt wird 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 Wettbewerbsverzerrungen kommen, die in einzelnen Spitälern einen Investitionsstau verursachen und zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität führen.

Um die aktuellen Ausprägungen im Regulierungsindex möglichst detailliert erfassen zu können, haben wir drei Indikatoren berücksichtigt, die mit unterschiedlichem Gewicht die Einzelregulie-

rung abbilden (vgl. Tabelle 6). Gegenüber 2012 haben wir zusätzlich berücksichtigt, ob die Kantone Infrastrukturbauten zusätzlich subventionieren.

Tabelle 6 Indikatoren und Gewichtungsschema zu den Investitionen

Kanton als Mitfinanzierer	Gewichte 2015
Investitionen	0.20
Werden Investitionen mit fixen Pauschalen pro Fall vergütet?	0.10
Dürfen Investitionen ohne kantonale Bewilligungen getätigt werden?	0.40
Werden Investitionen für Immobilien zusätzlich vergütet?	0.50

In der Tabelle sind die Indikatoren und das Gewichtungsschema für die Einzelregulierung «Investitionen» 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 mit einem Gewicht von 0.10, ob die Investitionsbeiträge analog zu den Betriebskosten mit fixen Preisen pro Fall oder mit einem zusätzlichen Globalbudget bezahlt 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.

Im zweiten Indikator erfassen wir zusätzlich zur Art der Investitionsbeiträge mit einem Gewicht von 0.40, 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.

Im dritten Indikator erfassen wir für 2015 neu mit einem Gewicht von 0.50, ob Kantone Investitionen für Infrastrukturen zusätzlich subventionieren, auch wenn der Kanton nicht im Besitz der Spitalimmobilien ist. Eine zusätzliche Finanzierung der Investitionen schafft einen direkten Wettbewerbsvorsprung für die betroffenen Spitäler und wird somit im Index negativ bewertet.

Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL)

Viele Spitäler bieten 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 die Leistungen mit einem marktwirtschaftlich ausgestalteten Vergabeverfahren eingekauft werden. Problematisch wird die Vergütung erst dann, wenn der Verwendungszweck und der bezahlte Beitrag nicht genau erkennbar sind und der Umfang der geleisteten Beiträge einen auffallend hohen Anteil an den Spitaleinnahmen ausmacht. In diesem Fall ist eine sachgerechte Abgrenzung der Kosten unmöglich und ein quersubventionieren von KVG-pflichtigen Leistungen nicht ausschliessbar. 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.

Um die aktuellen Ausprägungen im Regulierungsindex möglichst detailliert erfassen zu können, haben wir einen Indikator mit drei Subindikatoren berücksichtigt, die mit unterschiedlichem Gewicht die Einzelregulierung abbilden (vgl. Tabelle 7). Gegenüber 2012 haben wir zusätzlich berücksichtigt, ob die Kantone Strukturbeiträge bezahlen oder nicht.

Tabelle 7 Indikatoren und Gewichtungsschema zu den gemeinwirtschaftlichen Leistungen

Kanton als Mitfinanzierer	Gewichte 2015
Gemeinwirtschaftliche Leistungen	0.35
Werden gemeinwirtschaftliche Leistungen vergütet?	1.00
Wird die Anzahl vergüteter Leistungen transparent ausgewiesen?	0.25
Publizieren die Kantone die Höhe der geleisteten Beiträge?	0.25
Werden KVG-Leistungen durch Beiträge für GWL subventioniert?	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 werden in einer wettbewerbsfreundlichen Ausgestaltung bejaht. 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.

Im Grundsatz misst der Indikator, ob die Kantone ihren Spitälern gemeinwirtschaftliche Leistungen vergüten und wie hoch diese ausfallen. Davon ausgeschlossen werden Beiträge für die fachärztliche Weiterbildung sowie für die universitäre Lehre und Forschung, damit Standortkantone von Universitätsspitalern den Vergleich nicht verzerren. Ebenfalls ausgeschlossen sind Zahlungen für die Pädiatrie, da die Tarife in diesem Bereich nachweislich nicht kostendeckend sind. Den Maximalwert erhalten hier Kantone, die entweder keine oder nur sehr wenig GWL bezahlen.

Bei den Kantonen, die gemeinwirtschaftliche Leistungen ausweisen, werden zur genaueren Abstufung zusätzlich drei Subindikatoren erfasst. Die ersten zwei Subindikatoren beschreiben mit einem Gewicht von je 0.25 die Transparenz, mit der die Kantone über die Anzahl vergüteter gemeinwirtschaftlicher Leistungen und die Höhe der Beiträge informieren. Kantone mit einer transparenten Darstellung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen erhalten ebenfalls einen positiven Wert im Index, der nur geringfügig niedriger ist als bei den Kantonen ohne GWL.

Ein dritter Subindikator erfasst mit einem Gewicht von 0.50, ob es starke Hinweise für Strukturbeiträge und Quersubventionierungen von KVG-Leistungen gibt. Dies sind finanzielle Beiträge, die nicht leistungsbezogen erfolgen, ausschliesslich regionalpolitischen Gründen geschuldet sind oder explizite Strukturbeiträge darstellen. Zahlungen für Vorhalteleistungen in der stationären Akutsomatik für den 24-Stundenbetrieb einer Notfallstation fallen ebenfalls in diese Kategorie. Alle Kantone, die Strukturbeiträge bezahlen, werden im Index negativ bewertet. Eine scharfe Abgrenzung ist aber insofern schwierig, als dass auch leistungsbezogene Zahlungen für Lehre und Forschung oder für Assistenzärzte zu einer Subventionierung des KVG-Bereichs

verwendet werden können. Ausserdem erschwert die weit verbreitete Intransparenz und die unterschiedliche Auskunftsbereitschaft der Kantonsvertretungen eine klare Beurteilung.

Kreditvergabe

Die letzte Einzelregulierung im Subindex «Finanzierung» bewertet die Möglichkeit der Spitäler, über die Kantone direkt oder mit Hilfe von 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.

Tabelle 8 Indikatoren und Gewichtungsschema zur Kreditvergabe

Kanton als Mitfinanzierer	Gewichte 2015
Kreditvergabe	0.20
Müssen Kreditaufnahmen über den Kapitalmarkt ohne kantonale Hilfe passieren?	1.00
Falls nein, sind die kantonalen Unterstützungsmöglichkeiten marktnah ausgestaltet?	1.00

In der Tabelle sind die Indikatoren, Subindikatoren und das Gewichtungsschema für die Einzelregulierung «Kreditvergabe» aufgeführt. Alle Fragen zu den Indikatoren oder Subindikatoren werden in einer wettbewerbsfreundlichen Ausgestaltung bejaht. 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.

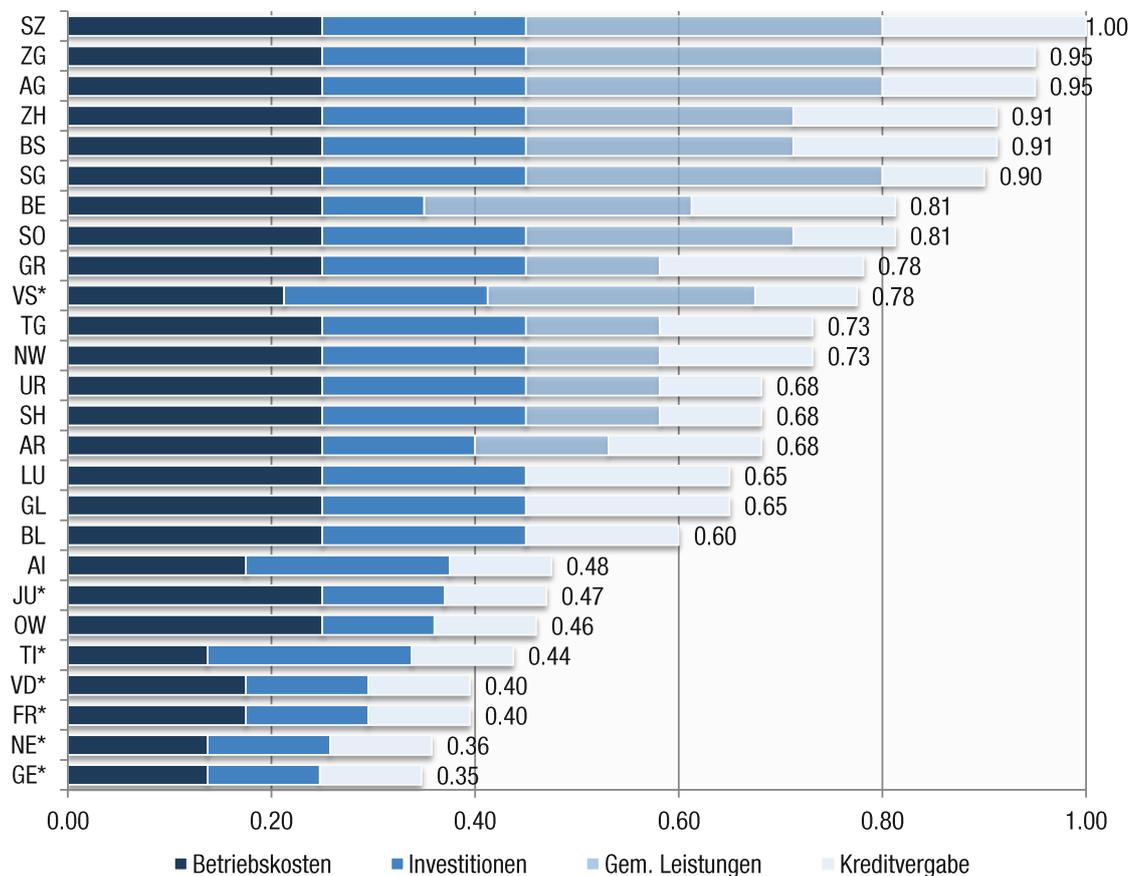
Anhand eines Indikators erfassen wir, ob der Kanton die Spitäler bei der Aufnahme von Krediten mit Garantien unterstützt oder sogar selber Kredite vergibt. Grundsätzlich werten wir diejenigen Kantone positiv, welche die Spitäler bei der Kreditaufnahme nicht aktiv unterstützen.

Zur genaueren Abstufung wird bei den verbleibenden Kantonen ein Subindikator berücksichtigt, der zusätzlich erfasst, ob die Unterstützung nach marktwirtschaftlichen Kriterien geschieht. Diese sehen zum Beispiel bei Garantien eine Finanzierung des Risikos oder im Falle von Darlehen eine marktgerechte Verzinsung vor. Kantone, bei denen dies der Fall ist, werden nur geringfügig schlechter bewertet, als Kantone, die keine Unterstützung bieten.

5.3 Ergebnisse

Die Resultate des Subindex «Finanzierung» und seiner Einzelregulierungen sind in Abbildung 5 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 0.25 in den Subindex eingeht. Der zweite Abschnitt beschreibt mit einem Gewicht von 0.20 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 0.20 Auskunft zur Kreditvergabe.

Abbildung 5 Ergebnisse zum Subindex Finanzierung, 2015



* Ergebnisse konnten nur mit Spitalvertretern verifiziert 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 zum Subindex zusammengefassten Resultate in Abbildung 5 zeigen erneut grosse Unterschiede zwischen den Kantonen, die hauptsächlich aufgrund der unterschiedlichen Ausgestaltung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen und der Kreditvergabe entstehen. In den drei obersten Rängen befinden sich mit *Schwyz* (1.00), *Zug* (0.95) und *Aargau* (0.95) drei Kantone, die keine oder nur in sehr geringfügigem Ausmass gemeinwirtschaftliche Leistungen bezahlen und die Unterstützung bei Kreditaufnahmen der Spitäler marktnah gestalten oder dies wie der Kanton Schwyz gar nicht ermöglichen. Dazu kommt, dass alle drei Kantone die neue Spitalfinanzierung konsequent umsetzen.

Am unteren Ende befinden sich vergleichbar zum Subindex «Hoheitsfunktion» die beiden Kantone *Genf* (0.35) und *Neuenburg* (0.36). Beim Kanton *Genf* führen vor allem die restriktiven und spitalspezifischen Mengenbeschränkungen bei der Vergütung sowie die zusätzlichen Vergütungen bei den Investitionen zum schlechten Abschneiden. Dazu kommt, dass der Kanton bei

der Vergütung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen sehr grosszügig ist. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass zusammen mit den gemeinwirtschaftlichen Leistungen auch Strukturbeiträge bezahlt werden, die KVG-pflichtige Betriebskosten quersubventionieren. Auch beim Kanton *Neuenburg* ist vor allem eine sehr grosszügige und intransparente Ausgestaltung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen, die ebenfalls Strukturbeiträge enthalten können, für den unterdurchschnittlichen Indexwert verantwortlich.

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 den Kanton Appenzell-Innerrhoden. Zusätzlich schneiden Kantone etwas schlechter ab, welche die Spitäler mit Globalbudget oder mit degressiven Preisen vergüten. Dies sind vor allem die Kantone Genf, Neuenburg, Tessin, Freiburg, Waadt und Wallis. Ein Globalbudget ist zwar nicht grundsätzlich falsch, damit verbunden sind aber Mengenbeschränkungen, die Spitäler in ihrer Unternehmensfreiheit einschränken. Insbesondere problematisch sind Globalbudgets, die auf Spitalebene festgelegt werden. Sie können zur Bevorzugung eigener Spitäler ausgenutzt werden, wenn ihnen ein grosszügigeres Budget gegeben wird als anderen Spitälern.

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 und Investitionen zusätzlich vergütet werden. Dies betrifft 2015 in unterschiedlichem Ausmass die Kantone Genf, Appenzell Ausserrhoden, Bern, Freiburg, Jura, Neuenburg, Obwalden und Waadt. Alle anderen Kantone erhalten hier den Maximalwert. Auffallend ist die Ausgestaltung im Kantonen Genf, wo für das HUG zusätzlich ein Globalbudget für Investitionen in Geräte erstellt wird und das Spital die Investitionen bewilligen lassen muss. Bis 2015 galt dies auch im Kanton Obwalden, wo medizinische Geräte zusätzlich finanziert wurden. Zusätzlich gibt es vereinzelt Kantone, die einen Gerätestopp verordnet haben. Dieser untersagt es den Spitälern Neuanschaffungen gewisser Geräte zu tätigen. Dies betrifft die Kantone Neuenburg, Freiburg, Waadt und Jura. Ob dies in weiteren Kantonen ebenfalls der Fall ist, konnte nicht in Erfahrung gebracht werden. Ebenfalls erwähnenswert ist die Handhabung in Bern, wo Spitäler unter gewissen Voraussetzungen zusätzliche Investitionsbeiträge für Neubauten erhalten können. Vergleichbare gesetzliche Voraussetzungen existieren in Appenzell Ausserrhoden, welche aber 2015 noch nicht zur Anwendung kamen.

Der Umgang mit *gemeinwirtschaftlichen Leistungen* (ohne Zahlungen für Pädiatrie, universitäre Weiterbildung und Forschung und Lehre) führt zu einer weiteren wesentlichen Differenzierung unter den Kantonen. Es zeigt sich, dass im Jahr 2015 fast alle Kantone Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen bezahlen. Einzig die Kantone Aargau, Schwyz, St. Gallen und Zug bezahlen keine oder nur sehr wenig GWL. Bei den Kantonen mit GWL ist die Ausgestaltung vor allem in den Kantonen Bern, Graubünden und Zürich sehr transparent und vorbildlich. In öffentlich verfügbaren Quellen geben sie pro Leistung und pro Spital die Höhe der vergüteten Beträge an. Auch in den Kantonen Wallis, Basel Stadt, Nidwalden, Solothurn, Schaffhausen und Uri erfolgt eine Auflistung der Beträge pro Leistung. In den übrigen Kantonen lässt sich nur der vergütete Gesamtbetrag oder keine Information in Erfahrung bringen. Ungeachtet der transparenten Darstellung ist nicht auszuschliessen, dass gewisse Strukturbeiträge oder Vorhalteleistungen in den GWL enthalten sein können. Hinweise dafür existieren in den Kantonen Appenzell Innerrhoden, Basel Landschaft, Genf, Glarus, Graubünden, Luzern, Neuenburg, Jura, Freiburg, Nidwalden, Obwalden, Schaffhausen, Tessin, Uri und Waadt. Die meisten der genannten Kantone haben dies auch im Interview bestätigt. Die Zuteilung der Kantone Jura und Freiburg

in diese Gruppe wird aufgrund einiger Hinweise vermutet, kann aber nicht mit Sicherheit bestätigt werden.

Im letzten Ergebnisbalken zur *Kreditvergabe* erhalten diejenigen Kantone eine positive Wertung, die zumindest vorläufig keine Kredite oder Bürgschaften vorsehen. Dies sind 2015 vorwiegend die Kantone Basel Stadt, Bern, Glarus, Graubünden, Luzern, Schwyz und Zürich. In diesen Kantonen wird eine Unterstützung von Spitälern nur in definierten Ausnahmefällen gewährt oder liegt nicht in der Hand der Kantone, sondern allenfalls der Gemeinden oder Bezirke, wenn diese Eigentümer von Spitälern sind. In den verbleibenden Kantonen besteht die Möglichkeit einer Unterstützung der Spitäler mithilfe von Bürgschaften oder Darlehen. Eine äusserst marktgerechte Ausgestaltung der Darlehen oder Bürgschaften weisen die Kantone Aargau, Appenzell Ausserrhoden, Basel Landschaft, Nidwalden, Thurgau und Zug. Alle übrigen Kantone werden in diesem Subindex negativ bewertet.

Zusammenfassend zum Subindex lässt sich festhalten, dass auch im Jahr 2015 grosse kantonale Unterschiede bestehen. Dabei kristallisieren sich insbesondere die folgenden Feststellungen gegenüber 2012 heraus:

- Mechanismen zur Eindämmung ungerechtfertigter Mengenausweitungen durch Spitäler stossen in vielen Kantonen zunehmend auf Interesse. Solche Massnahmen sollten den Wettbewerb unter den Spitälern jedoch nicht verhindern, wie es spitalspezifische Budget- und Fallzahlenbeschränkungen tun. Degressive Tarife verbunden mit einem kantonalen Ausgabenbudget wie im Kanton Wallis hingegen könnten ein interessantes Instrument sein, sofern es auf nationaler Ebene umgesetzt wird.
- Nach wie vor gibt es diverse Kanäle zur zusätzlichen finanziellen Unterstützung und Bevorzugung von (kantonseigenen) Spitälern. Beispiele sind die zusätzliche Abgeltung von Geräten oder Immobilien oder Unterstützung bei der Kreditaufnahme durch kantonale Darlehen oder Bürgschaften. Diese haben gegenüber 2012 tendenziell zugenommen.
- Die 2012 erfassten Unterschiede bei der Vergütung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen bleiben weitestgehend bestehen, obschon eine gewisse Tendenz zu einer grösseren Transparenz ersichtlich ist. Von einer wettbewerbsorientierten Ausgestaltung wie beim Leistungseinkauf ist man aber noch weit entfernt. Einzig der Kanton Schwyz hat seine GWL in einem Ausschreibungsverfahren befristet vergeben.

Exkurs zu den gemeinwirtschaftlichen Leistungen

Die neue Spitalfinanzierung nach SwissDRG sieht eine prospektive Finanzierung der akuten Spitalleistungen nach fixen Fallpauschalen vor, die anteilmässig durch die Kantone und Sozialversicherungen getragen werden. Dies betrifft jedoch nur die fallbezogenen Pflichtleistungen nach KVG. Darüber hinaus erbringen Schweizer Spitäler zusätzliche Leistungen, die meist direkt vom Kanton finanziert werden. Notwendig wird dies, da aus Sicht der Kantone nicht alle als versorgungsrelevant erachteten Leistungen in der Tarifstruktur berücksichtigt oder leistungsbezogen abgebildet werden. Letzteres können beispielsweise Kosten aus Vorhalteleistungen (Bereitschaftsdienst) sein, die je nach Leistungsauftrag der Spitäler unterschiedlich ausfallen. So bestätigt eine wissenschaftliche Studie von Widmer et al. 2014, dass die Universitätsspitäler aufgrund ihres Leistungsauftrags deutlich mehr Leistungen vorhalten müssen, was gerechtfertigt zu höheren Kosten führt. In der Studie sprechen wir bei

den zusätzlich vergüteten Leistungen des Kantons vereinfachend von gemeinwirtschaftlichen Leistungen.

Welche Leistungen genau unter die gemeinwirtschaftlichen Leistungen fallen oder fallen sollten ist nicht ganz einfach zu beantworten, da die kantonalen Ausgangslagen und die politischen Vorstellungen von einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung sehr unterschiedlich sind. Der Begriff wird in den 26 Kantonen daher auch sehr unterschiedlich ausgelegt, was ein einheitliches Verständnis erschwert. Beispielhaft lässt sich dies an der Notfallstation eines Spitals aufzeigen. In einigen Kantonen erhalten die Spitäler für den Betrieb einer Notfallstation keine zusätzlichen finanziellen Unterstützungen, da es sich eigentlich um KVG-pflichtige Leistungen handelt. Andere Kantone bezahlen den Spitalern für die gleichen Leistungen zum Teil beträchtliche finanzielle Beträge in der Form von leistungsunabhängigen Globalbudgets. Argumentiert wird mit Vorhalteleistungen, die durch einen 24-Stundenbetrieb entstehen und nicht vollständig über die KVG-pflichtigen Leistungen finanziert werden. Der Kanton Zürich geht hier einen neuen Weg. Er hat die empirisch nachweisbaren Mehrkosten von Spitalern mit Notfallstationen über abgestufte Spitaltarife umgesetzt. Damit honoriert er die leistungsbezogenen Mehrkosten, verfolgt aber weiterhin ein prospektives Vorgehen im Rahmen des Fallpauschalensystems. Dieses unterschiedliche Verständnis führt dazu, dass gewisse Kantone keine oder nur sehr wenig GWL bezahlen. Andere Kantone finanzieren den eigenen Spitalern dagegen über 20 Prozent ihres Jahresumsatzes über GWL. Ein kürzlich veröffentlichter Artikel von Balmer (2015) zu den Schweizer Kantonsspitalern oder eine Studie von KPMG (2015) zu den Universitätsspitalern bestätigen dies exemplarisch.

Insbesondere bei Kantonen, die sehr viele GWL bezahlen und das Vorgehen bei der Vergütung nicht transparent aufzeigen, besteht die Möglichkeit, dass die zusätzliche Finanzierung durch den Kanton auch zur Finanzierung der KVG-pflichtigen Leistungen verwendet wird. Dies ist als äusserst problematisch zu werten, da dadurch eine unmittelbare Marktverzerrung entsteht, die gewisse Spitäler im angedachten Wettbewerb bevorzugt. In der Folge können strukturschwache Spitäler künstlich am Leben erhalten werden, was nicht im Sinne einer qualitativ hochstehenden und wettbewerbsorientierten Versorgung ist. Dazu kommt, dass sich die Marktverzerrungen auch auf die Tarifstruktur übertragen. Da die Kostengewichte auf den Kosten der Netzwerkspitäler gebildet werden, können falsch abgegrenzte Kosten für KVG-pflichtige Leistungen die Kostengewichte verzerren. Besonders starke Auswirkungen sind hier von Beiträgen für den Unterhalt von Infrastrukturen zu erwarten, die neu auch in den Kostengewichten enthalten sind. Dass dieses Problem besteht, zeigen die Ergebnisse von SwissDRG AG zu den Anlagenutzungskosten. Die sehr beachtlichen Unterschiede zwischen den Spitalern legen die Vermutung nahe, dass die Spitäler nicht mit den gleichen Rahmenbedingungen arbeiten (SwissDRG, 2014).

Um mögliche Marktverzerrungen zu vermeiden, sollte die Ausgestaltung der GWL möglichst transparent nach objektiven Kriterien erfolgen. Dazu sollte die Finanzierung wenn möglich leistungsbezogen erfolgen. Dies bedingt eine detaillierte Ausscheidung und Darstellung der relevanten Kosten. Beim konkreten Vorgehen gilt es dabei zwischen drei Hauptkategorien von GWL zu unterscheiden.

Die erste Kategorie betrifft Kosten, welche durch einen Mehraufwand der KVG-pflichtigen Leistungen entstehen. Darin enthalten sind vor allem Vorhalteleistungen von Spitalern mit besonderem Leistungsauftrag. Da es sich bei diesen Mehrkosten im engeren Sinne nicht um GWL handelt, sollten sie über abgestufte Tarife oder direkt über die Tarifstruktur berücksichtigt werden. Das Vorgehen des Kantons Zürich zeigt hier in die richtige Richtung. Ebenfalls in diese Richtung zielt das Fallpauschalenmodell von Polynomics, das versucht, leistungsbe-

zogene Unterschiede zwischen den Spitälern direkt über eine Abstufung der Tarife zu regeln (Widmer et al., 2015b).

Die zweite Kategorie betrifft vom KVG-Bereich klar abgrenzbare Zusatzleistungen, für die der Kan-ton einen separaten Leistungsauftrag erteilt. Darunter fällt beispielsweise das Rettungswesen, das in einigen Kantonen von einem Spital oder in anderen Kantonen durch eine eigenständige Institution betrieben wird. Dies betrifft aber auch Spitäler, welche eine psychiatrische Abteilung oder ein Pflegeheim angegliedert haben. Diese Leistungen sollten buchhalterisch und wenn möglich auch operativ von den KVG-pflichtigen Leistungen entbündelt werden, um mögliche Quersubventionierungen zu vermeiden. Im Falle von gemeinwirtschaftlichen Leistungen sollte die Leistungsvergabe zudem in einem öffentlichen Ausschreibungsverfahren nach objektiven Kriterien für fixe Zeitabstände erfolgen. Das Vorgehen des Kantons Schwyz, der den Betrieb einer Palliativstation innerkantonal ausgeschrieben hat, geht hier in die richtige Richtung.

Problematisch wird es bei der dritten Kategorie von Zusatzleistungen, die stark mit dem KVG-Bereich verflochten sind. Darunter fallen unter anderem die Kosten für Forschung und Lehre. Viele Angestellte eines Spitals mit Forschungstätigkeiten übernehmen sowohl reguläre Aufgaben als auch Forschungstätigkeiten. Eine klare Ausscheidung der Kosten ist daher vergleichsweise schwierig; dies auch, da die Ausscheidung zwischen Mitarbeitern und über die Zeit stark schwanken kann. Ein viel-versprechender Lösungsansatz, wie man mit diesem Problem umgehen kann, liefert beispielsweise das Vorgehen des Universitätsspitals Zürich, die anhand eines Bottom-up-Verfahrens versuchen, interne Abläufe des Spitals zu modellieren und allfällige Zusatzleistungen für die Forschung und Lehre auszuscheiden. Eine abschliessend objektive Darstellung der GWL wird aber weiterhin sehr schwierig bleiben.

Obwohl seit 2012 eine Verbesserung bei der Ausgestaltung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen feststellbar ist, gibt es doch sehr grosse Unterschiede zwischen den Kantonen, die auch in naher Zukunft bestehen bleiben dürften. Da viele Kantone nicht transparent definieren, welche Leistungen zu welchen Tarifen bezahlt werden, bleibt ein aussagekräftiger Vergleich schwierig. Dies trifft nicht nur auf den Vergleich der Spitalregulierungen zu, sondern im Besonderen auch auf den Fallkostenvergleich zwischen den Spitälern, was zu entsprechenden Verzerrungen im Spitalwettbewerb führt.

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 öffentlichen 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 (0.20) der eigenen Spitäler sowie der damit verbundene Einfluss auf die strategische (0.30) und operative (0.20) Führung im Zentrum. Ebenfalls relevant sind die Eigentumsverhältnisse der Spitalinfrastrukturen, die mit einem Gewicht von 0.30 berücksichtigt werden. Der Subindex wird vergleichbar zur Regulierungserfassung 2012 gewichtet, obschon gewisse Einzelregulierungen erweitert wurden.

Um den kantonalen Einfluss gesamthaft beurteilen zu können, wird der Einfluss auf die eigenen Spitäler zusätzlich mit dem kantonalen Marktanteil der Spitäler in Kantonsbesitz (inklusive der Patienten, die sich ausserkantonale behandeln lassen) gewichtet. Kantone, die keine eigenen Spitäler besitzen, erhalten dabei automatisch den Maximalwert 1.00. Dies betrifft 2015 erneut die Kantone Schwyz und Graubünden. Kantone, in welchen die eigenen Spitäler 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 Spitalführung 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 ebenfalls eine gute Bewertung erhalten. Weniger positiv zu werten sind hingegen selbständige Institutionen nach dem öffentlichen Recht. Eine geringe Unabhängigkeit wird schliesslich jenen Spitälern zugestanden, die eine unselbständige öffentlich-rechtliche Rechtsform haben, beziehungsweise Teil der kantonalen Verwaltung sind.

Tabelle 9 Indikatoren und Gewichtungsschema zur Rechtsform

Kanton als Eigentümer	Gewichte 2015
Rechtsform	0.20
Haben die Spitäler eine eigenständige Rechtspersönlichkeit	1.00
wenn AG, kann der Kanton Minderheitsaktionär sein?	0.60
wenn AG, ist eine Dividendenausschüttung vorgesehen?	0.40

In der Tabelle sind die Indikatoren, Subindikatoren und das Gewichtungsschema für die Einzelregulierung «Rechtsform» aufgeführt. Alle Fragen zu den Indikatoren oder Subindikatoren werden in einer wettbewerbsfreundlichen Ausgestaltung bejaht. 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.

Da auch bei Aktiengesellschaften der Kanton einen starken Einfluss haben kann, nehmen wir bei diesen Kantonen eine zusätzliche Differenzierung mit zwei Subindikatoren vor. Der erste Subindikator erfasst mit einem Gewicht von 0.60, ob der Kanton auch Minderheitsaktionär sein kann. Ist die Aktienmehrheit gesetzlich vorgeschrieben, führt dies zu einer Einschränkung des Aktionariats. Ein rascher Verkauf des Spitals könnte dadurch verhindert werden, was zu einer eingeschränkten Handlungsfähigkeit führt und unter Umständen betriebswirtschaftlich zielführende Massnahmen verunmöglicht.

Im zweiten Subindikator berücksichtigen wir mit einem Gewicht von 0.40, ob vergleichbar zu privatwirtschaftlich organisierten Organisationen eine Dividendenausschüttung als Vergütung des vom Steuerzahler bereitgestellten Risikokapitals vorgesehen ist. Ist dies nicht der Fall, kommt es zu einer Bevorzugung gegenüber denjenigen Spitalern, die ihr Eigenkapital risikogerecht verzinsen müssen. Ausgeprägt zeigt sich dies im Zusammenhang mit einer Übertragung der Spitalinfrastruktur auf das Spital. Wird die Liegenschaft als Eigenkapital übertragen und erhebt der Kanton keine Dividende für sein Risikokapital, kommt es zu einer direkten Bevorzugung gegenüber Spitalern deren Infrastruktur als verzinsliches Darlehen übertragen wurde. Gleiches gilt gegenüber Spitalern, die ihre Infrastruktur mit Bankkrediten finanzieren müssen.

Den Maximalwert erhalten Kantone, die keine eigenen Spitäler besitzen oder Kantone, die bei ihren AGs eine Minderheitsbeteiligung erlauben und eine Dividende ausschütten.

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 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 vom Grad der Unabhängigkeit ab, die wir zusätzlich anhand von drei unterschiedlich gewichteten Subindikatoren berücksichtigen.

Tabelle 10 Indikatoren und Gewichtungsschema zur strategischen Führung

Kanton als Eigentümer	Gewichte 2015
Strategische Führung	0.30
Existiert ein unabhängiger Aufsichtsrat für die strategische Führung?	1.00
Wird der Aufsichtsrat ohne Einwirkung der Regierung bestimmt?	0.10
Wird der Aufsichtsrat ohne Regierungsvertreter besetzt?	0.70
Kann das Präsidium unabhängig bestimmt werden?	0.20

In der Tabelle sind die Indikatoren, Subindikatoren und das Gewichtungsschema für die Einzelregulierung «Strategische Führung» aufgeführt. Alle Fragen zu den Indikatoren oder Subindikatoren werden in einer wettbewerbsfreundlichen Ausgestaltung bejaht. 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.

Der erste Subindikator erfasst mit einem Gewicht von 0.10, ob der Kanton bei der Wahl der Vertreter ein Mitbestimmungsrecht hat. Positiv bewerten wir Kantone, die keinen Einfluss auf die Wahl der Vertreter nehmen oder klar definierte Eignerstrategien aufweisen.

Der zweite Subindikator misst mit einem Gewicht von 0.70, ob der Kanton mit mindestens einem Mitglied des Regierungsrats oder der Verwaltung vertreten ist. 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 oder umgekehrt die kantonseigenen Spitäler bei regulatorischen Entscheiden besonders berücksichtigt werden.

Der dritte Subindikator misst mit einem Gewicht von 0.20 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 drei Indikatoren, die unterschiedlich gewichtet in die Einzelregulierung eingehen (vgl. Tabelle 11). Gegenüber der Regulierungserfassung für 2012 berücksichtigen wir nicht mehr, ob die Spitäler bei der Gewinnverwendung eingeschränkt werden. Dies wurde 2015 in keinem Kanton mehr bestätigt.

Tabelle 11 Indikatoren und Gewichtungsschema zur operativen Führung

Kanton als Eigentümer	Gewichte 2015
Operative Führung	0.20
Werden die Vertreter ohne Regierungseinfluss bestimmt?	0.50
Kann das Führungsmodell selbständig ausgestaltet werden?	0.10
Gibt es existenzsichernde Vorgaben zur Kapitalstruktur?	0.40

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 erste Indikator erfasst mit einem Gewicht von 0.50, ob der Kanton die Leitung der operativen Führung festlegt, oder ob sie durch das strategische Aufsichtsorgan bestimmt wird. Positiv werten wir, wenn der Kanton keinen direkten Einfluss auf die Wahl der operativen Führung hat.

Der zweite Indikator untersucht mit einem Gewicht von 0.10, ob der Kanton Vorgaben zur Art des Führungsmodells macht. Es gibt Kantone, die den Spitälern eine sogenannte «Dreibeinführung» 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.

Der dritte Indikator erfasst abschliessend mit einem Gewicht von 0.40, 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 und beugen ordnungspolitisch heiklen Eingriffen von kantonaler Seite vor.

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. Auch 2015 gibt es noch viele Kantone, die im Besitz der Spitalinfrastrukturen sind. Sie stellen diese den Spitälern 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 Spitälern kurzfristig besser gestellt, da sie in einem Fallpauschalensystem mit einer fixen Vergütung der Anlagenutzungskosten ihre Leistungen 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 Marktbedürfnissen 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 vier Subindikatoren (vgl. Tabelle 12), wobei je nach Eigentumsverhältnissen nur der erste Subindikator oder die letzten drei Subindikatoren angewandt werden. Der Indikator erfasst, ob der Kanton oder das Spital im Besitz der Infrastruktur ist. Ist der Kanton im Besitz der Liegenschaften, bewerten wir dies grundsätzlich negativ, da dadurch der Handlungsspielraum des Spitals massgeblich eingeschränkt werden kann. Zum Beispiel kann das Spital bei der Wahl des Standorts, beim Zeitpunkt der Erneuerung oder bei der Ausgestaltung des Neubaus eingeschränkt werden, was ihm ein Wettbewerbsnachteil verschaffen kann. Am negativsten bewerten wir unter Berücksichtigung des ersten Subindikators, wenn der Kanton die Nutzung der Liegenschaften ohne Nutzungsentgelt (Mietzins) zur Verfügung stellt. Dies senkt ungerechtfertigt die Kostenbasis des Spitals, was es gegenüber anderen Spitalern im Wettbewerb aber auch im national vorgesehen Benchmarking zur Tarifbildung bevorzugt.

Tabelle 12 Indikatoren und Gewichtungsschema zur Infrastruktur

Kanton als Eigentümer	Gewichte 2015
Infrastruktur	0.30
Sind die Immobilien im Eigentum des Spitals?	1.00
Falls nein, wird ein Zins verrechnet?	1.00
Falls ja, Übertragung als Eigenkapital oder als Darlehen?	0.40
Falls ja, wurden die Immobilien marktgerecht übertragen?	0.30
Falls ja, ist der Spitalstandort im Gesetz oder in der Verordnung vorgeschrieben?	0.30

In der Tabelle sind der Indikator, Subindikatoren und das Gewichtungsschema für die Einzelregulierung «Infrastruktur» aufgeführt. Die Fragen zum Indikator und zu den Teilindikatoren werden in einer wettbewerbsfreundlichen Ausgestaltung bejaht. 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.

Grundsätzlich positiv fliesst in die Einzelregulierung ein, wenn ein Spital im Besitz der Liegenschaften ist. Noch positiver wird die Einzelregulierung, wenn die Liegenschaften als verzinsliche Darlehen und nicht als Eigenkapitaleinlage übertragen wurden. Eine Übertragung als verzinsliches Darlehen wird etwas besser gewertet, da es dem Anspruch der Steuerzahler nach einer angemessenen Verzinsung ihres zur Verfügung gestellten Risikokapitals zuverlässiger Rechnung trägt. Zudem verhindert es eine zusätzliche Stärkung der Besitzverhältnisse des Kantons, was ihm zusätzlichen Einfluss ermöglicht.

Im vierten Subindikator berücksichtigen wir zusätzlich mit einem Gewicht von 0.30, ob mit der Übertragung der Liegenschaft auch eine gesetzliche Grundlage geschaffen wurde, die den Standort des Spitals vorgibt. Grundsätzlich bewerten wir einen höheren Handlungsspielraum des Spitals besser. Somit erhält ein Kanton bei der Einzelregulierung zur Infrastruktur den Maximalwert, wenn das Spital im Besitz der Liegenschaften ist, diese als verzinsliche Darlehen übertragen wurden und das Spital bei der Standortwahl frei ist. Wir gehen dabei davon aus, dass

es bei den betroffenen Kantonen keine Bewilligungspflicht zur Erneuerung der Liegenschaften mehr gibt, wie es vor 2012 meist der Fall war. Dies müsste negativ bewertet werden.

6.3 Ergebnisse

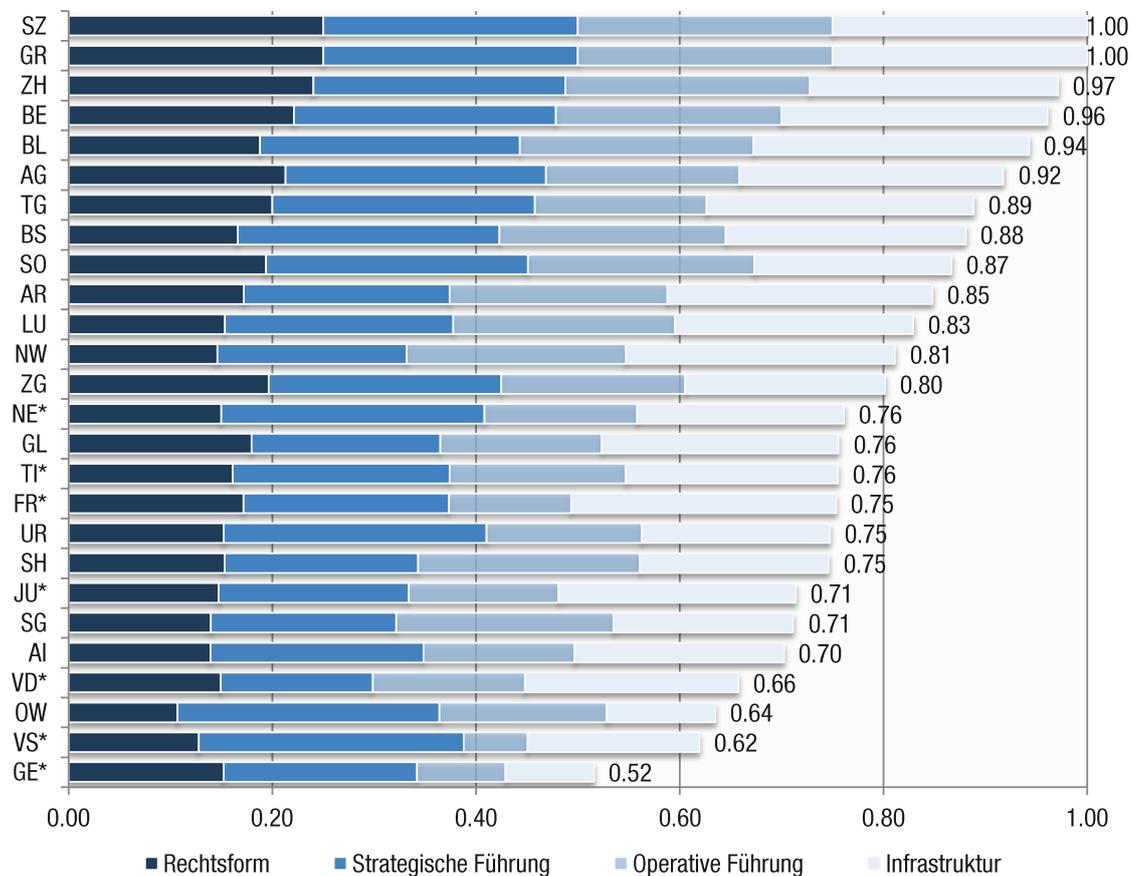
Die Resultate des Subindex «Eigentum» und seiner Einzelregulierungen sind in Abbildung 6 zusammengefasst. Die vier Balkenabschnitte pro Kanton widerspiegeln die vier Einzelregulierungen, wie sie oben in Tabelle 9 bis Tabelle 12 im Detail beschrieben sind. Der erste Abschnitt gibt Auskunft zur Rechtsform, 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.

Vergleichbar zu den vorangehenden Subindizes zeigen auch die Ergebnisse zur Eigentumsstruktur in Abbildung 6 nennenswerte Unterschiede zwischen den Kantonen. Die Indexwerte reichen vom Maximalwert 1.00 bis zu einem eher wettbewerbsfeindlichen Wert von 0.52. Bestklassiert sind die beiden Kantone *Schwyz* und *Graubünden*, die beide über keine eigenen Spitäler mehr verfügen. Die Spitäler sind entweder in Gemeindebesitz, im Besitz von Zweckverbänden, Stiftungen oder haben andere private Trägerschaften. Diese Ausgangslage ermöglicht es den Spitälern, 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 Spitäler im Gemeindebesitz existieren.

Die verbleibenden Kantone stellen zumindest einen Teil des kantonalen Angebots mit eigenen Spitälern bereit. Am besten schneiden hier die beiden Kantone Zürich (0.97) und Bern (0.96) ab. Die gute Rangierung des Kantons *Zürich* kommt dabei grösstenteils durch den geringen Marktanteil zustande. Die eigentliche Ausgestaltung der eigenen Spitäler ist jedoch noch nicht ganz wettbewerbsfreundlich. So haben sowohl das Universitätsspital Zürich als auch das Kantonsspital Winterthur immer noch eine selbständig öffentlich-rechtliche Rechtsform. Diese hat zwar ein unabhängiges Aufsichtsgremium, bei dem jedoch mindestens ein Vertreter der Gesundheitsdirektion Einsitz nimmt. Zudem werden im Kanton Zürich keine betriebsichernden Vorgaben zur Kapitalstruktur gemacht und die Spitalliegenschaften befinden sich immer noch im Besitz des Kantons. Änderungen sind hier jedoch weiterhin geplant.

Beim Kanton *Bern* kommt die gute Platzierung grösstenteils durch die gute Ausgestaltung der Eigentumsverhältnisse zustande. Im Gegensatz zum Kanton Zürich wurden die Kantonsspitäler in eine AG umgewandelt, bei denen der Kanton unter speziellen Umständen auch Minderheitsaktionär sein kann. Zudem ist bei einem positiven Betriebsergebnis eine Dividendenausschüttung vorgesehen, was zu einer risikogerechten Verzinsung des Eigenkapitals führt. Weiter nimmt der Kanton Bern verhältnismässig wenig Einfluss auf die strategische Führung, indem kein Regierungsvertreter im Aufsichtsrat Einsitz und der Kanton keinen Einfluss auf das Präsidium nimmt. Auch hat der Kanton Bern bereits betriebsichernde Vorgaben zur Kapitalstruktur eingeführt. Da mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung die Spitäler bewusst einem finanziellen Risiko ausgesetzt werden, können Vorgaben zur Ausgestaltung der Kapitalstruktur das Fortbestehen der Spitäler erhöhen und ein mögliches Eingreifen des Kantons im Krisenfall minimieren.

Abbildung 6 Ergebnisse zum Subindex Eigentum, 2015



* Ergebnisse konnten nur mit Spitalvertretern verifiziert werden

In der Abbildung sind die Ergebnisse zum Subindex «Eigentum» abgebildet. Der erste Abschnitt der Ergebnisbalken 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.

Über alle Kantone betrachtet weist neben Appenzell Innerrhoden und Obwalden nur noch der Kanton Waadt eine unselbständige *Rechtsform* auf. Die meisten Kantone haben ihre Spitäler bereits verselbständigt oder wie oben aufgezeigt sogar in eine privatrechtliche Organisation umgewandelt. Die 2012 erkannte Tendenz zur rechtlichen Verselbständigung dürfte sich auch in Zukunft weiter fortsetzen. Eine rechtliche Verselbständigung bedeutet aber nicht automatisch einen geringeren Einfluss durch den Kanton. So zeigt sich, dass nur gerade im Kanton Bern der Kanton auch Minderheitsaktionär sein kann. Bei allen andern Kantonen ist ein Aktienanteil unter 50 Prozent nicht möglich und sogar meist gesetzlich ausgeschlossen. Auch sehen nur die wenigsten Kantone eine Dividendenausschüttung auf das Eigenkapital vor. Aktuell ist eine strikte Dividendenausschüttung in den AGs der Kantone Aargau, Bern und Thurgau vorgesehen.

Neben der Rechtsform spielt auch der *Einfluss auf die strategische Führung* eine Rolle. Gut bewertet werden hier all jene Kantone, die ungeachtet der Rechtsform möglichst wenig Einfluss nehmen. Im Jahr 2015 verfügen bis auf das CHUV im Kanton Waadt alle Kantonsspitäler über ein strategisches Aufsichtsorgan. Dessen Zusammensetzung wird jedoch in allen Kantonen durch die Regierung oder durch das Kantonsparlament direkt oder indirekt über die Generalversammlung bestimmt. In den Kantonen Aargau, Bern, Basel Landschaft, Basel Stadt, Neuenburg, Obwalden, Solothurn, Thurgau, Uri und Wallis nehmen aber keine Vertreter der Regierung in den Aufsichtsräten der kantonalen Spitäler Einsitz. Diese Kantone bringen ihre Interessen jedoch vermehrt über eine ausformulierte Eignerstrategie in ihre Spitäler ein, was einer indirekteren und formaleren Art der Einflussnahme gleichkommt. Diese Tendenzen zeichnen sich im Rahmen von Public-Corporate-Governance-Reformen auch in anderen Kantonen wie dem Kanton St. Gallen ab. Besonders erwähnenswert in diesem Zusammenhang sind die Bestrebungen in den beiden Basler Kantonen, welche die beiden kantonalen Funktionen Eigentümer und Regulator auch verwaltungsintern zu trennen versuchen. In Luzern, Zug und Zürich nehmen Vertreter der kantonalen Verwaltungen Einsitz, die zum Teil nur über ein Antrags-, aber kein Stimmrecht verfügen.

Beim *Einfluss auf die operative Führung* schneiden insbesondere die Kantone Appenzell Innerrhoden, Freiburg, Genf, Waadt und Wallis schlecht ab, da sie bei der Wahl der operativen Spitalführung massgeblich beteiligt sind und dazu keine existenzsichernde Vorgaben zur Kapitalstruktur machen. Dies weist auf entsprechend grossen politischen Einfluss hin. Alle übrigen Kantone nehmen keinen nennenswerten Einfluss mehr auf die operative Führung. Dies ist Sache der strategischen Führung. Positiv entwickelt haben sich seit 2012 auch die Vorschriften zur betriebssichernden Kapitalstruktur. 2015 verfügen die Kantone Appenzell Ausserrhoden, Bern, Basel Stadt, Basel Landschaft, Luzern, Nidwalden, St. Gallen, Schaffhausen und Solothurn über handfeste Instrumente, welche sich jedoch in der Umsetzung und in der Handhabung stark unterscheiden.

Zuletzt können auch bezüglich der *Infrastruktur* Unterschiede zwischen den Kantonen festgestellt werden. Positiv bewertet werden Kantone, welche nicht mehr im Besitz der Liegenschaften sind und diese marktgerecht als Darlehen den Spitälern übergeben haben. Nicht im Besitz der Liegenschaften sind die Kantone Aargau, Appenzell Ausserrhoden, Bern, Basel Landschaft, Basel Stadt, Freiburg, Glarus, Luzern, Neuenburg, Nidwalden und Thurgau. Für die Kantone Jura und Tessin wird dies ebenfalls angenommen.³ Jedoch erfolgte einzig im Kanton Basel Landschaft die Übertragung mittels eines verzinslichen Darlehens. In den anderen Kantonen erfolgte sie mit einer Sacheinlage ins Eigenkapital, die im besten Fall zu einer höheren Dividendenzahlung für den Kanton führt. Von den Kantonen, welche im Besitz der Spitalliegenschaften sind, verlangen einzig die Kantone Genf und Obwalden keine marktübliche Miete. In Obwalden wird zwar eine Miete verlangt, diese wird aber mit den GWL ausgeglichen. Von den Kantonen, welche die Immobilien ihren Spitälern übertragen haben, schreiben Luzern, Neuenburg und Tessin den Spitalstandort fest.

Zusammenfassend zum Subindex lässt sich für 2015 festhalten, dass viele Kantone zwar ihre Spitäler verselbständigt haben und ihnen mehr Unabhängigkeit zugestehen, aber in diesen Dimensionen immer noch beträchtliche Unterschiede zwischen den Kantonen bestehen. Dabei kristallisieren sich insbesondere die folgenden Feststellungen gegenüber 2012 heraus:

³ Die Informationen konnte weder mithilfe öffentlich zugänglicher Dokumente eindeutig bestätigt, noch im Gespräch mit Kantonsvertretern überprüft werden.

- Insgesamt setzt sich der Trend zur Verselbständigung der kantonalen Spitäler fort. Dies betrifft einerseits die Rechtsform, andererseits aber auch die strategische Führung und die Spitalinfrastruktur, welche zunehmend den Spitalern übertragen wird.
- Bezüglich der Rechtsform orientieren sich einige Kantone stärker an der Privatwirtschaft und wandeln ihre Spitäler in Aktiengesellschaften um. Konsequenterweise müssten sie dabei auch eine Minderheitsbeteiligung des Kantons möglich machen sowie Dividenden verlangen. Dies ist aus einer ordnungspolitischen Sicht zu begrüßen. Es gibt jedoch auch Hinweise, dass die Organisationsform der AG sich insbesondere auch für den Ausbau von Spitalgruppierungen mit hoher Marktmacht nutzen lässt.
- Fast alle kantonalen Spitäler verfügen über ein strategisches Aufsichtsgremium, das unterschiedlich unabhängig von der Kantonsregierung ist. Viele Kantone gehen zudem im Rahmen von Public-Corporate-Governance-Reformen dazu über, ihre Interessen über formelle Eigentümerstrategien in ihre Spitäler einzubringen und auf den Einsitz von Regierungsmitgliedern in den Aufsichtsgremien zu verzichten. Die Kantone Basel Landschaft und Basel Stadt trennen die regulatorische Rolle des Kantons auch verwaltungsmässig von derjenigen als Eigentümer.
- Zunehmend gehen die Kantone dazu über, ihren Spitalern Vorschriften zur Reservebildung oder zur Eigenkapitalquote zu machen. Dies entspricht den Anforderungen in einem zunehmend wettbewerblich ausgerichteten Spitalmarkt und wirkt ordnungspolitisch bedenklichen Eingriffen in wirtschaftlich schwierigen Situationen entgegen.
- Bei der Übertragung der Spitalimmobilien haben die Kantone grossen Handlungsspielraum. Einerseits sollten die Immobilien vor der Übertragung korrekt bewertet werden, andererseits ist sicherzustellen, dass das Risikokapital, das vom Steuerzahler dem Spital zur Verfügung gestellt wird, angemessen durch Dividenden oder Zinsen vergütet wird.

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 wettbewerbsorientierten 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.

Der nachfolgend beschriebene Subindex «Politik» beschreibt somit zum einen die politische Ausgangslage (0.10), andererseits wird die Ausgestaltung des Spitalcontrollings (0.50) berücksichtigt, und es werden die Transparenz und der Detaillierungsgrad (0.40) der heutigen Gesetzeslage beurteilt. Die Ausgestaltung des Subindex ist mit derjenigen aus 2012 vergleichbar.

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, welche 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 unterliegt. Dazu gehört, dass sie nicht langfristig ausgelegt ist, auf die Ausgaben und nicht auf die Einnahmen abzielt und keine Ausnahmeregelungen beinhaltet. Negativ beurteilen wir Kantone, die keine Schuldenbremse haben oder diese nicht aktiv anwenden (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13 Indikatoren und Gewichtungsschema zur politischen Ausgangslage

Kanton in seiner politischen Ausgestaltung	Gewichte 2015
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 2015
Politische Spitalcontrolling	0.50
Wird zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit ein Betriebsvergleich durchgeführt?	0.50
Existieren gesetzliche Vorgaben zur Qualitätssicherung (ANQ)?	0.20
Wird der Rechnungslegungsstandard vorgegeben?	0.30

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 0.50 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 intensiver mit den Kostenentwicklungen auseinandersetzen und die Spitäler ihrerseits eher danach kontrolliert werden. Zudem wird ein nationales Benchmarking aufgrund diverser Bundesverwaltungsgerichtsurteile insbesondere bei Tarifgenehmigungen und -festsetzungen zum Erfordernis (vgl. auch Kapitel 4.2). Positiv werden daher alle Kantone bewertet, die einen Betriebskostenvergleich durchführen. Hervorzuheben ist hier insbesondere der Kanton Zürich, welcher ein schweizweit führendes Kostenbenchmarking entwickelt hat, zu dem viele Kantone angeben, sich daran zu orientieren. Seine Bestrebungen, einen schweizweiten Benchmarking-Datenpool auf GDK-Ebene einzurichten, werden denn auch von vielen anderen Kantonen unterstützt. Der Kanton Zürich erhält in diesem Indikator deswegen die beste Bewertung, auch wenn das angewendete Verfahren mit Fallnormkosten die leistungsbezogenen Kostenunterschiede zwischen den Spitälern noch nicht sachgerecht abbilden kann (vgl. Widmer et al. 2015b).

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 Spitälern 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. Mit Stand 2015 erfüllen alle Kantone diese Bedingung.

Der letzte Indikator berücksichtigt mit einem Gewicht von 0.30, ob die Kantone Vorgaben zum Rechnungslegungsstandart Swiss GAAP FER⁴ machen. Eine Umsetzung von Swiss GAAP FER führt zu einer Verbesserung der Kostentransparenz und erhöht die Qualität der Buchführung eines Spitals. Kantone, die den Rechnungslegungsstandard vorschreiben oder in denen die Spitäler Swiss GAAP FER von sich aus anwenden werden daher positiv gewertet.

Transparenz der Regulierung

Die letzte Einzelregulierung berücksichtigt, wie transparent und detailliert die einzelnen Kantone in öffentlich zugänglichen Informationsquellen wie Gesetzestexte und den kantonalen Webseiten 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 oder die Gesetzestexte nicht mehr der angewendeten Praxis entsprachen. 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 Indikatoren und Gewichtungsschema zur Transparenz

Kanton in seiner politischen Ausgestaltung	Gewichte 2015
Transparenz der Regulierung	0.40
Ist die Informationslage zu den einzelnen Spitalregulierungen transparent und aktuell?	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

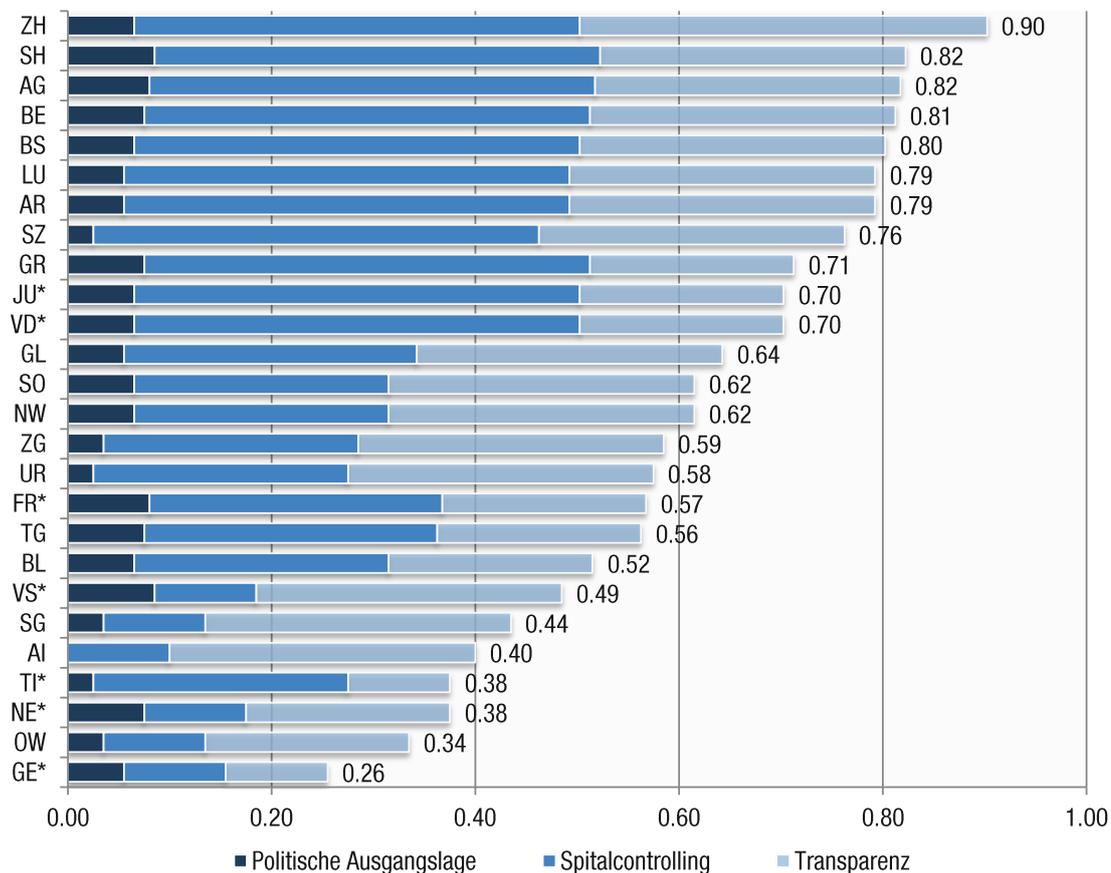
Die Resultate des Subindex «Politik» und seiner Einzelregulierungen sind in Abbildung 7 zusammengefasst. Die drei Balkenabschnitte pro Kanton widerspiegeln die drei Einzelregulierungen, wie sie oben in Tabelle 13 bis Tabelle 15 im Detail beschrieben sind. Der erste Abschnitt gibt Auskunft zur politischen 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 Informationslage.

Die Resultate in Abbildung 7 zeigen wiederum eine grosse Streuung der Indexwerte auf. Den Maximalwert von 0.90 erreicht diesmal der Kanton Zürich, gefolgt von Schaffhausen (0.82) und Aargau (0.82). Das Spitzenresultat des Kantons Zürich basiert vergleichbar zu den Resultaten für 2012 zu einem grossen Teil auf der guten und übersichtlichen Gesetzeslage und dem kantonal durchgeführten und öffentlich publizierten Kostenbenchmarking, auf das sich auch andere Kantone wie beispielsweise der Kanton Aargau abstützen. Auch setzt der Kanton Zürich seit

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

2013 den Rechnungslegungsstandard Swiss GAAP FER durch, was gegenüber 2012 zusätzlich zur Vergleichbarkeit der Finanzzahlen der Spitäler beiträgt.

Abbildung 7 Ergebnisse zum Subindex Politik, 2015



* Ergebnisse konnten nur mit Spitalvertretern verifiziert werden

In der Abbildung sind die Ergebnisse zum Subindex «Politik» abgebildet. Der erste Abschnitt der Ergebniskonten 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.

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 beim Indikator Spitalbenchmarking beispielsweise der Kanton Zürich, der bereits seit mehreren Jahren einen eigenständigen Betriebsvergleich durchführt und die Ergebnisse für die Tarifverhandlungen verwendet. Insgesamt geben neben Zürich folgende Kantone an, ein Kostenbenchmarking durchzuführen: Aargau, Appenzell Ausserrhoden, Basel Stadt, Bern, Freiburg, Glarus, Graubünden, Jura, Luzern, Schaffhausen, Schwyz und Thurgau. Im Kanton Waadt bestehen hierfür Hinweise, welche jedoch nicht in Gesprächen mit Kantonsvertretern bestätigt werden konnten. Die Ergebnisse werden allerdings nicht wie in Zürich publiziert und haben nicht den gleichen Stellenwert bei der Tarifverhandlung, was ihre Wirkung etwas abschwächt. In der Regel werden solche Betriebskostenvergleiche bei der Genehmigung oder der Festsetzung von Spitaltarifen verwendet. Einige Kantone stützen sich jedoch auch beim Leistungseinkauf auf ein Benchmarking, um das Kriterium der Wirtschaftlichkeit zu überprüfen. Dies ist zu begrüßen, ist doch der Kanton die einzige Instanz, die nicht dem im Gesundheitswesen vorherrschenden Kontrahierungszwang unterworfen ist. Zusätzlich zum Spitalbenchmarking gibt es bei den Vorgaben zum Rechnungslegungsstandard noch Unterschiede, obwohl Swiss GAAP FER von H+ empfohlen wird. Verpflichtend angewendet wird der Rechnungslegungsstandard in den Kantonen Aargau, Appenzell Ausserrhoden, Bern, Basel Stadt, Basel Land, Freiburg, Jura, Luzern, Nidwalden, Schaffhausen, Solothurn, Schwyz, Tessin, Uri, Waadt, Zug und Zürich. In den übrigen Kantonen sind die Spitäler nicht zu einer Buchführung nach Swiss GAAP FER verpflichtet. Allerdings ist dies in den Kantonen St. Gallen, Glarus und Obwalden geplant. Die Angaben zu den Kantonen Jura, Waadt, Neuenburg, Tessin und Wallis erfolgen auf Grundlage von Hinweisen, konnten jedoch nicht durch Kantonsvertreter bestätigt werden.

Die letzte Einzelregulierung, welche die *Transparenz* der Gesetzeslage untersucht, zeigt trotz seines subjektiven Charakters einige Unterschiede zwischen den Kantonen. Auffallend ist dabei, dass insbesondere die grossen Kantone wie der Kanton Zürich ihr Vorgehen bei der Spitalregulierung transparenter und detaillierter ausweisen als kleine Kantone. Grundsätzlich ist die Informationslage jedoch in den meisten Kantonen gut. Die meisten Kantone stellen auch ihren Spitalplanungsbericht zur Verfügung und haben eine informative Webseite. Nur als «genügend» stufen wir die Informationslage in den Kantonen Basel Landschaft, Genf, Graubünden, Thurgau, Obwalden und Tessin ein, wo gewisse Informationen schwierig zu finden oder nicht verfügbar sind wie z. B. Dokumente zur Vergabe von Leistungsaufträgen, Eignerstrategien oder Angaben zu Referenztarifen und Webseiten mit teils veralteten Inhalten. Zudem negativ bewerten wir, wenn die geltende Gesetzeslage nicht mehr der angewendeten Praxis entspricht.

Zusammenfassend zum Subindex lässt sich für 2015 festhalten, dass auch bei der politischen Ausgangslage Unterschiede zwischen den Kantonen bestehen. Dabei kristallisieren sich insbesondere die folgenden Feststellungen gegenüber 2012 heraus:

- Die Kantone werden zunehmend der Notwendigkeit ausgesetzt, ein Kostenbenchmarking durchzuführen. Auch ist von Seiten der GDK ein Datenpool im Aufbau, der die Anforderungen für ein nationales Benchmarking erfüllen soll.
- Die Listenspitäler sind in allen Kantonen verpflichtet, an den Qualitätsmessungen von ANQ teilzunehmen.
- Viele Kantone verpflichten ihre Spitäler auf den Rechnungslegungsstandard Swiss GAAP FER.

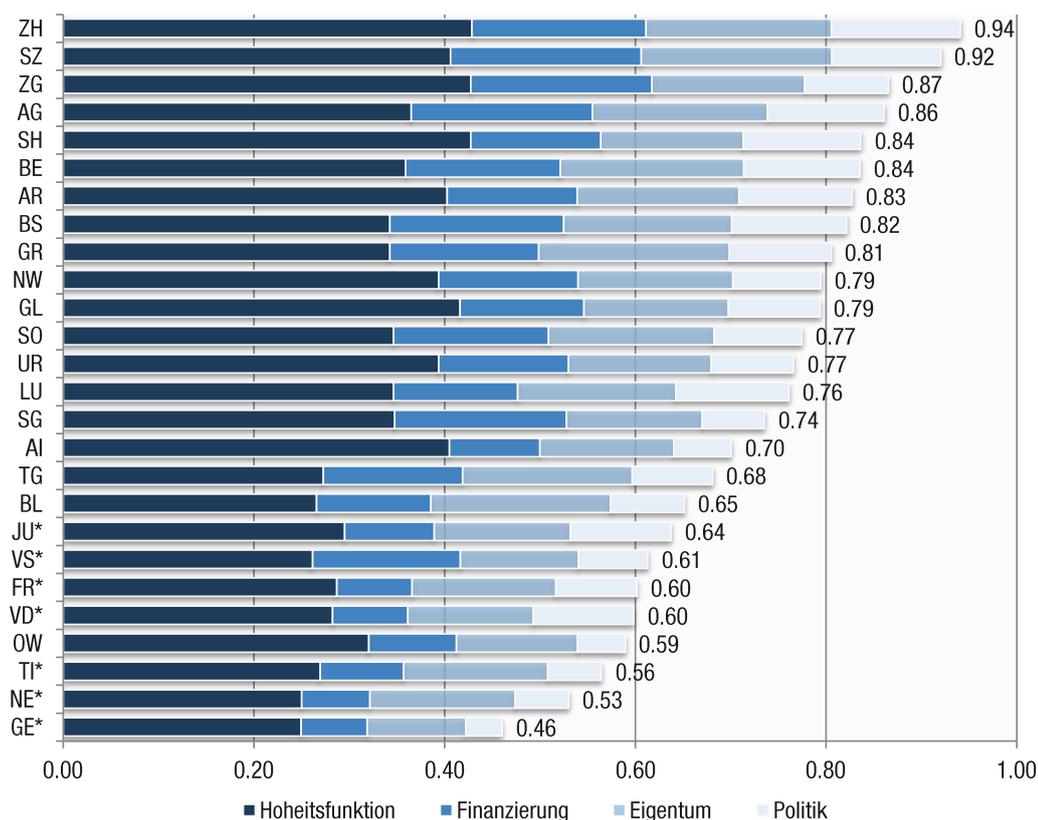
8 Gesamtbewertung zur kantonalen Spitalregulierung

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 0.45, die Finanzierung mit einem Gewicht von 0.20, das Eigentum mit einem Gewicht von 0.20 und die politische Ausgestaltung mit einem Gewicht von 0.15 bewertet.

8.1 Vergleich über die Kantone

Abbildung 8 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.

Abbildung 8 Ergebnisse zum Gesamtindex, 2015



* Ergebnisse konnten nur mit Spitalvertretern verifiziert 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.

Der Gesamtindex weist grosse Unterschiede zwischen den Kantonen auf. Er reicht von 0.46 bis 0.94. Am grössten fallen die Unterschiede beim *Subindex Finanzierung* aus, der das Hauptgewicht auf die Einzelregulierungen gemeinwirtschaftliche Leistungen 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 absunderweise deshalb gerade diejenigen Kantone, die ihre Spitäler nicht zusätzlich subventionieren.

Vergleichsweise geringe Unterschiede zwischen den Kantonen ergeben sich 2015 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 auch 2015 viele Kantone gibt, welche ihre Spitäler noch nicht rechtlich verselbständigt haben und einige immer noch einen starken Einfluss auf die strategische und operative Führung nehmen, werden die Unterschiede weniger stark gewichtet als 2012. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass gegenüber 2012 beim Marktanteil auch die ausserkantonalen Patienten mitberücksichtigt wurden. Dies verbessert gegenüber 2012 vor allem die Situation der kleinen Kantone wie Obwalden, Uri, Nidwalden und Appenzell Innerrhoden, die einen vergleichsweise hohen Anteil an Patienten aufweisen, die sich ausserkantonal behandeln lassen.

Betrachtet man den Gesamtindex, dann zeigt sich, dass sich die Kantone verstärkt in zwei Lager unterteilen. Eine erste Gruppe von Kantonen weist eine eher wettbewerbsfreundliche Spitalregulierung auf. Sie erzielen einen Index zwischen 0.74 bis 0.94, wobei ein Grossteil der Kantone zwischen 0.74 und 0.87 liegen. Spitzenreiter sind die beiden Kantone *Zürich* (0.94) und *Schwyz* (0.92), welche bereits 2012 den Index anführten. Beide Kantone zeichnen sich durch eine ausgesprochen konsequente Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung und einer sehr wettbewerbsorientierten Ausgestaltung der Leistungsvergabe aus. Dazu kommt, dass der Kanton Schwyz wie schon in 2012 keine eigenen Spitäler besitzt und im Kanton Zürich deren Anteil am Gesamtmarkt einen vergleichsweise geringen Wert ausmacht. Dies hilft beim Kanton Zürich darüber hinweg, dass die beiden Spitäler in Kantonsbesitz noch nicht die erforderlichen Unabhängigkeiten und unternehmerischen Freiheiten aufweisen. Eine Verselbständigung und ein Rückzug des Kantons aus diesen Spitälern, wie es die Gesundheitsdirektion bereits 2013 ankündigte, würden die Mehrfachrolle des Kantons weiter abzubauen (Gesundheitsdirektion Zürich, 2013). Verbesserungspotenziale zeigen sich bei beiden Kantonen vor allem beim Tarifwesen. Beide Kantone stufen ihre Referenztarife ausschliesslich nach Spitaltyp und nicht direkt nach den Leistungen des angewendeten Leistungsgruppenkonzepts ab.

Eine zweite Gruppe von Kantonen hat einen Indexwert zwischen 0.46 und 0.70, wobei der Kanton Genf etwas abfallend den niedrigsten Wert von 0.46 aufweist. Zu erwähnen ist, dass aufgrund des niedrigeren Indexwerts der betroffenen Kantone 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. Im Kanton *Genf* zeigt sich dies hauptsächlich in den zwei Subindizes Hoheitsfunktion und Finanzierung. Im Gegensatz zu den wettbewerbsfreundlichsten Kantonen hat das HUG in Genf einen hohen Marktanteil, der auch durch strikte Leistungsvolumenbeschränkungen bei den anderen Spitälern zementiert wird. Im Kanton Genf werden die Spitäler mit Globalbudgets auf Spitalebene finanziert, wobei das Leistungsangebot primär auf dem HUG geplant wird. Die privaten Spitäler werden eher subsidiär berücksichtigt. Wie genau das Leistungsangebot dabei genau geplant wird, ist nicht vollständig ersichtlich. Klar ist aber, dass kein Leistungsgruppenkonzept zur An-

wendung kommt, wie es mittlerweile in den allermeisten Kantonen der Fall ist. Neben der Hoheitsfunktion zeigt sich die Mehrfachrolle auch bei der Finanzierung. Der Kanton Genf ist einer der wenigen Kantone, der die Investitionen des Spitals im Kantonsbesitz mit einem zusätzlichen Globalbudget finanziert. Gleiches gilt für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen die nicht transparent ausgewiesen sind. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass damit auch Strukturbeiträge bezahlt werden, welche die KVG-pflichtigen Leistungen quersubventionieren.

Zusammenfassend zum Gesamtindex lässt sich für 2015 festhalten, dass sich das Regulierungsumfeld der Schweizer Kantone gegenüber 2012 verbessert hat. Dabei kristallisieren sich die folgenden Feststellungen gegenüber 2012 heraus:

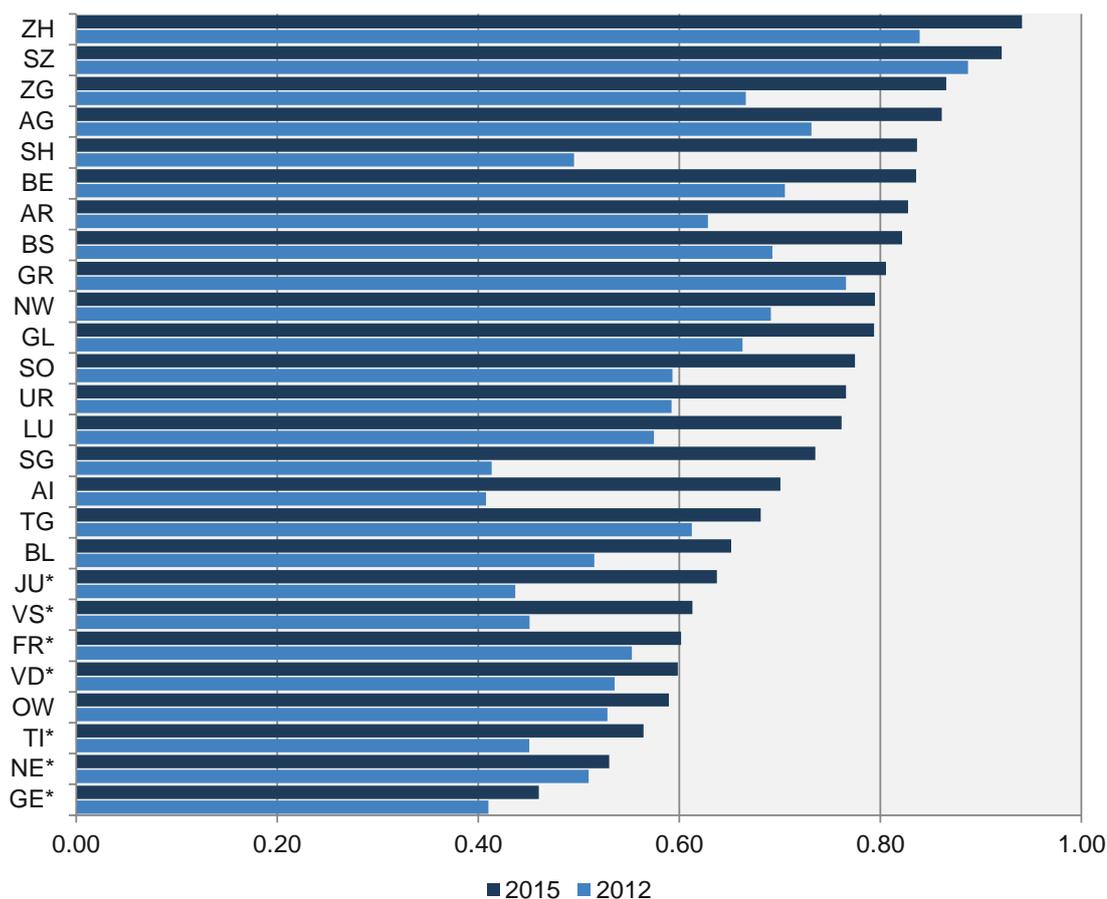
- Vergleichbar zu 2012 schneiden die beiden Kantone Zürich und Schwyz am wettbewerbsfreundlichsten ab. Erfreulich ist, dass sich die angrenzenden Kantone Zug, Aargau und Schaffhausen in die gleiche Richtung entwickeln. Dies gilt auch für den Kanton St. Gallen, der sich gegenüber 2012 stark verbessern konnte. Im Umfeld um den Kanton Zürich etablieren sich zunehmend wettbewerbsorientierte Spitalregulierungen.
- Die grössten Entwicklungen sind bei der Leistungsvergabe und bei der Finanzierung auszumachen. Bei der Leistungsvergabe ist eine klare Tendenz in Richtung Leistungsgruppenkonzept und öffentlicher Ausschreibung festzustellen. In Zukunft sollte hier noch stärker auf eine diskriminierungsfreie Beurteilung mit objektiven Kriterien fokussiert werden. Der Prozess zur Leistungsvergabe sollte sich nicht primär auf das eigene Spital oder die kantonalen Spitälern ausrichten. Die Qualität und Wirtschaftlichkeit sollten als massgebende Entscheidungskriterien verwendet werden.
- Bei der Finanzierung haben vermehrt Kantone auf ein Fallpauschalensystem mit degressiven Preisen oder Globalbudgets umgestellt, um unnötigen Mengenentwicklungen vorzubeugen. Problematisch bei den angewendeten Systemen ist, dass die meisten die bestehenden Marktstrukturen zementieren und ausserkantonale Spitälern nicht gleich behandeln. Beschränkungen des Leistungsvolumens sollten nicht auf Spitalebene erfolgen, da dadurch eigene Spitälern bevorzugt werden können. Sie sollten global ausgestaltet werden, so dass alle Spitälern die gleichen Chancen im Wettbewerb haben.
- Bei der Eigentumsstruktur zeigt sich ein fortführender Trend zur Verselbständigung der Spitälern. Dabei kommen auch immer häufiger Eignerstrategien zum Einsatz. Neu kommt hinzu, dass immer häufiger Kantonsspitalern zu marktbeherrschenden Spitalgruppen zusammengefasst werden. Dies ist kritisch zu betrachten, da durch die Monopolisierung des Angebots der Wettbewerb ausgehebelt werden kann. Die Spitälern erhalten dadurch eine systemrelevante Stellung. In der Folge muss sich die Spitalplanung zwingend auf die Spitalgruppe abstützen, was den Druck auf eine qualitativ hochstehende Bereitstellung der medizinischen Leistungen reduziert. Zudem erhält eine als systemrelevant eingestufte Spitalgruppe eine höhere Verhandlungsmacht bei den Tarifen, da sie vermutlich verstärkt auf die Unterstützung des Kantons zählen kann. Dies kann vor allem längerfristig negative Konsequenzen für den Steuerzahler aber auch für die Patienten nach sich ziehen.

8.2 Gegenüberstellung des Gesamtindex 2012 und 2015

Im Vergleich zu 2012 gibt es einige Verschiebungen bei den Rangierungen, die grundsätzlich zwei Ursachen haben können. Erstens haben wir das Gewichtungsschema und die Fragen zu den Indikatoren der aktuellen Situation angepasst. Dies führt unter anderem dazu, dass 2015 der Subindex zur Hoheitsfunktion stärker und der Subindex zur Politik weniger stark gewichtet

werden. Andererseits haben die meisten Kantone ihre Regulierungen weiterentwickelt, so dass 2015 die meisten Kantone gegenüber 2012 besser dastehen. Eine Gegenüberstellung der Indexe ist in Abbildung 9 aufgeführt. Aufgrund der Verschiebungen im Gewichtungsschema sind die Ergebnisse aber nicht abschliessend miteinander vergleichbar.

Abbildung 9 Gegenüberstellung des Gesamtindex 2012 und 2015



* Ergebnisse konnten nur mit Spitalvertretern verifiziert werden

In der Rangierung stark verbessert haben sich 2015 die Kantone Schaffhausen, St. Gallen und Appenzell Innerrhoden. Auffallend ist die Verbesserung des Kantons St. Gallen, der neu auch über eine vollständige Spitalliste verfügt, die nach dem Leistungsgruppenkonzept erarbeitet wurde. Der Leistungseinkauf ist 2015 vergleichsweise transparent ausgestaltet, was den Kanton in der relativen Rangierung stark verbessert. Wie sich jedoch die kantonal finanzierten Infrastrukturprojekte langfristig auswirken werden, konnte im Index noch nicht berücksichtigt werden; dies zumal der Kanton St. Gallen im Rahmen seiner Eignerstrategie plant, die Infrastrukturen auf die Spitäler zu übertragen. Vergleichbare Verbesserungen zeigen sich bei den Kantonen Schaffhausen und Appenzell Innerrhoden. Der Kanton Appenzell-Innerrhoden konnte 2015 zudem davon profitieren, dass wir bei der Bewertung der Eigentumsstruktur auch den Anteil der ausserkantonalen Patienten bei der Marktgewichtung berücksichtigt haben. Der Kanton Appenzell Innerrhoden hat schweizweit den höchsten Anteil ausserkantonal behandelter Patienten, gefolgt von den kleinen innerschweizer Kantonen.

In der Rangierung verschlechtert haben sich vor allem jene Kantone, welche sich gegenüber 2012 nicht wesentlich verbessern konnten. Dies betrifft die Kantone Graubünden, Thurgau, Freiburg, Waadt, Obwalden, Neuenburg und Genf. Sie verlieren gegenüber 2012 relativ an Bedeutung. Bei Freiburg ist zusätzlich zu erwähnen, dass er seit 2015 seine Referenztarife nicht mehr nach marktwirtschaftlichen Grundsätzen festlegt, sondern die kantonalen Listenspitäler gegenüber den anderen bevorzugt.

8.3 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.

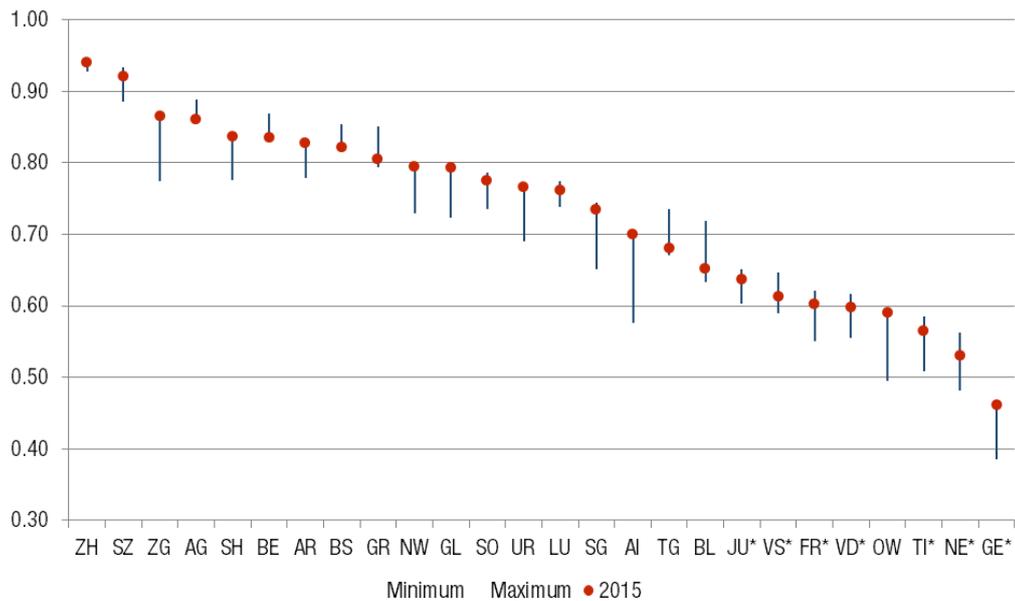
Insgesamt werden fünf verschiedene Gewichtungsschemata für die Sensitivitätsanalyse definiert, mit welchen die Resultate des verwendeten Gewichtungsschema 2015 überprüft werden sollen. Die Ausgangslage bildet ein Szenario Basis, das entsprechend dem «normalen» Vorgehen bei der Bildung von Indizes alle Regulierungsthemen gleich gewichtet. Die Einzelregulierungen und die Indikatoren bleiben jedoch entsprechend dem Gewichtungsschema 2015, 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 10 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 Zürich und Schwyz liegen immer gleichauf an der Spitze; der Kanton Genf liegt immer abgeschlagen auf dem letzten Platz. 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 Abweichung beim Indexwert, wobei die meisten Kantone vom gewähl-

ten Gewichtungsschema 2015 profitieren. Die Kantone Zug, St. Gallen und Appenzell Innerrhoden würden bei einer starken Gewichtung des Subindexes zur Politik im relativen Ranking verlieren. Die Kantone Basel Landschaft, Graubünden und Thurgau würden dagegen von einer stärkeren Gewichtung der Eigentumsfunktion leicht profitieren. Insgesamt können die Resultate des Berichts bezüglich des angewandten Gewichtungsschemas aber als robust betrachtet werden.

Abbildung 10 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 Zug, St. Gallen oder Appenzell Innerrhoden der Fall. An der grundsätzlichen Klassifizierung ändert sich aber nichts. Die Resultate können daher als robust angesehen werden.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

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 Aufarbeitung der kantonalen Spitalregulierung, dass die Kantone auch 2015 immer noch ihren Handlungsspielraum bei der Gestaltung der Spitalversorgung ausnutzen. Dies zeigt sich in einer grossen Variation der Ergebnisse, die von sehr wettbewerbsfreundlich bis eher wettbewerbsfeindlich gehen. Gegenüber 2012, wo die kantonalen Regulierungen zum ersten Mal erfasst wurden, zeichnen sich jedoch systematische Verbesserungen in den Kantonen ab.

Auffallend ist immer noch die Intransparenz, die eine Mehrheit der Kantone bei den gemeinwirtschaftlichen Leistungen an den Tag legt. 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. Dies bestätigen auch einige Kantone im Interview, welche ihren Spitalern über die GWL Strukturbeiträge bezahlen.

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 zunehmend 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. Langfristig kann eine solche Politik zu Lasten einer effizienten Spitalversorgung gehen. Die Spitäler sind weniger gezwungen auf die Kosten zu achten, um im Wettbewerb bestehen zu können. Dies kann eine Überversorgung zur Folge haben, die letztendlich die Steuerzahler berappen.

Nichts geändert hat sich an der Tatsache, dass die mangelnde Wettbewerbsausrichtung mancher Kantone dazu führt, dass andere Kantone irgendwann dazu gezwungen sein 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. Überspitzt zeigt sich dies bei den Universitätsspitalern. Eine unterschiedliche Einflussnahme der Kantone kann diese Spitäler in ihrer Existenz bedrohen und die Kantone zum Handeln zwingen, da die Spiesse auf dem Markt nicht für alle gleich lang sind.

10 Quellenverzeichnis

Zitierte Literatur

- Balmer, H. (2015), Die kantonalen Subventionspraktiken torpedieren die guten Absichten von-SwissDRG, *Clinicum*, 3-15, 116-120.
- 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.
- KPMG (2015), Kantonale Unterschiede in der Finanzierung der Universitätsspitäler, Studie im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern: Bern.
- Telser, H. und P. Widmer (2012), Pharmaregulierung im internationalen Vergleich, *metrobasel*: Basel.
- SwissDRG (2014), 7. Informationsveranstaltung SwissDRG, SwissDRG: Bern.
- Widmer, P.K. (2016), SwissDRG: Ein Vergütungssystem mit ungleichen finanziellen Risiken für die Spitäler? *Swiss Journal of Business Research and Practice*, forthcoming.
- Widmer, P.K. (2015), Does Prospective Payment Increase Hospital (In)efficiency: Evidence from the Swiss Hospital Sector, *European Journal of Health Economics*, 16(4), 407-419.
- Widmer, P.K., S. Spika und H. Telser (2015a), Leistungsorientierte Vergütung mit dem Fallpauschalensystem SwissDRG - Gleicher Preis für gleiche Leistung? Polynomics: Olten.
- Widmer, P.K., M. Trottmann und H. Telser (2015b), Das Fallpauschalenmodell Leistungsbezogene Basispreise unter SwissDRG. Polynomics: Olten.
- Widmer, P.K., M. Trottmann und P. Zweifel (2014), Choice of Reserve Capacity with Uncertain Production: Evidence from Swiss Hospitals under Prospective Payment, Working Paper: Zürich.
- Widmer, P.K. und H. Telser (2013), Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik. Polynomics: Olten.
- Widmer, P.K. und P. Zweifel (2010), Zur Relevanz des Benchmarking bei der Spitalfinanzierung mit Fallpauschalen, unveröffentlichte Studie im Auftrag der Schulthess Klinik: Zürich.

Expertengespräche

Wir danken den Vertretern der nachfolgend aufgeführten Kantone, die sich für ein Expertengespräch zur Verfügung gestellt haben:

- Aargau
- Appenzell Innerrhoden
- Appenzell Ausserrhoden
- Bern

- Basel Landschaft
- Basel Stadt
- Glarus
- Graubünden
- Luzern
- Nidwalden
- Obwalden
- St. Gallen
- Schaffhausen
- Solothurn
- Schwyz
- Thurgau
- Tessin
- Uri
- Wallis
- Zug
- Zürich

Zusätzlich wurden ergänzend kantonsübergreifende Expertengespräche mit verschiedenen Experten aus dem Spitalbereich durchgeführt, denen wir ebenfalls für ihre Mithilfe danken.

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