



*Bundesamt für Sozialversicherung
Office fédéral des assurances sociales
Ufficio federale delle assicurazioni sociali
Uffizi federal da las assicuranzas socialas*

***Wirkungsanalyse KVG:
Kostendifferenzen
zwischen den Kantonen***

***Sozialwissenschaftliche Analyse
kantonaler Politiken***

Forschungsbericht Nr. 15/01

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

Das Bundesamt für Sozialversicherung veröffentlicht in seiner Reihe „Beiträge zur Sozialen Sicherheit“ konzeptionelle Arbeiten und Forschungsergebnisse zu aktuellen Themen im Bereich der Sozialen Sicherheit, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Analysen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Sozialversicherung wieder.

Autor: Roland Haari
COPLAN Empirische Sozialforschung
Socinstrasse 81
4051 Basel
Tel. 061 272 44 40
E-mail: rhaari@bluewin.ch

Auskünfte: Herbert Käzig
Bundesamt für Sozialversicherung
Effingerstrasse 20
3003 Bern
Tel. 031/322 91 48
E-mail: herbert.kaenzig@bsv.admin.ch

ISBN: 3-905340-41-0

Copyright: Bundesamt für Sozialversicherung,
CH-3003 Bern

Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung
– unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares
an das Bundesamt für Sozialversicherung gestattet.

Vertrieb: BBL, Vertrieb Publikationen, CH-3003 Bern
www.bbl.admin.ch/bundespublikationen

Bestellnummer: 318.010.15/01 d 11.02 250

Kostendifferenzen zwischen den Kantonen

Sozialwissenschaftliche Analyse kantonaler Politiken

ausgearbeitet durch

COPLAN Empirische Sozialforschung
Socinstrasse 81, 4051 Basel

Projektleiter

Roland Haari, dipl. Ing./M.S. in Soziologie

unter Mitarbeit von:

Dr. phil. Ilse Haari-Oberg

Karl Schilling, dipl. Programmierer

Marco Torrisi

im Auftrag des

Bundesamtes für Sozialversicherung

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherung

Die beträchtlichen kantonalen Unterschiede der Kosten des Gesundheitswesens, der Kosten der Krankenversicherung und damit auch der Krankenversicherungsprämien sind seit längerer Zeit schon ein zentraler Punkt der politischen Diskussion: Sind die Differenzen durch die 26 kantonal unterschiedlichen Versorgungssysteme im Bereich des Gesundheitswesens begründet? Diskutiert wird auch, wieweit die Versorgungsdichte oder der Urbanitätsgrad die Kosten beeinflussen.

Das BSV beschloss die Untersuchung der Kostendifferenzen im Gesundheitswesen in zwei Teilstudien durchführen zu lassen. Die erste Studie befasste sich mit der statistischen Analyse sämtlicher Kantone (Büro Vatter, Bern, erschienen in der ersten Jahreshälfte 2002). Die zweite nun vorliegende Studie basiert auf einer qualitativen Analyse von sieben ausgewählter Kantone, die sich durch aufgrund der im ersten Bericht erarbeiteten Strukturmerkmale deutlich voneinander unterscheiden (COPLAN, Basel).

In der ersten Studie bestätigen sich als statistisch relevante Faktoren für die Kostendifferenzen die in Diskussionen häufig angeführten Kriterien wie Urbanitätsgrad, Versorgungsdichte und das Kostengefälle zwischen lateinischer Schweiz und Deutschschweiz (insbesondere Ostschweiz) und die Versorgungsdichte. Interessant ist weiter, dass Kantone mit einem zentral organisierten Gesundheitssystem eher höhere Kosten aufweisen als solche mit einer dezentralen Aufgabenteilung.

Die vorliegende zweite Studie geht schwergewichtig der Aufgabenverteilung und Verantwortlichkeiten im Gesundheitswesen sowie Management und Kontrolle der Leistungserbringung in den sieben Modellkantonen nach. Die Untersuchungsergebnisse beruhen auf schriftlichen Unterlagen der kantonalen Behörden, Leistungserbringern und Versicherern und Leitfadengespräche mit den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen. Auch diese Studie kommt zum Schluss, dass Kantone mit einer zentralisierten Organisation des Gesundheitswesens auch höhere Gesundheitskosten ausweisen. Von diesen festgestellten Beziehungen darf jedoch nicht auf eine Kausalität geschlossen werden: es ist einerseits vorstellbar, dass zentralisierte Organisationen wegen des grösseren Verwaltungs- und Kontrollaufwands, aber auch wegen der auf die lokalen Bedürfnisse wenig abgestimmten zentralen Entscheidungen höhere Kosten verursachen, andererseits ist es denkbar, dass stark steigende Gesundheitskosten, die sich in Form von Prämien erhöhungen manifestieren, nach verstärkten staatlichen Eingriffen rufen.

Die detaillierten Resultate der Befragungen in den Modellkantonen werden in einem Materialienband separat veröffentlicht.

Herbert Känzig, Projektleiter
Kompetenzzentrum Grundlagen, Bereich Statistik 2

Avant propos de l'Office fédéral des assurances sociales

Les différences considérables observées d'un canton à l'autre en ce qui concerne les coûts de la santé, de l'assurance-maladie, et donc aussi le montant des primes d'assurance-maladie, sont depuis longtemps au centre des discussions politiques : ces disparités sont-elles dues à la manière propre à chaque canton d'organiser son système de santé ? On se demande aussi dans quelle mesure la densité de la couverture sanitaire ou le degré d'urbanisation influent sur les coûts.

L'OFAS a décidé de confier l'étude des différences intercantionales en matière de coûts de la santé à deux bureaux de recherches qui ont adopté des approches distinctes. Le résultat de leurs travaux fait donc l'objet d'une double publication. La première étude consistait en une analyse statistique de l'ensemble des cantons (Bureau Vatter, Berne, publiée au 1^{er} semestre 2002). La seconde étude, ici présentée, se fonde sur une analyse qualitative de sept cantons-types qui, sur la base des indices structurels élaborés dans le premier rapport, se distinguent nettement les uns des autres (COPLAN, Bâle).

La première étude a confirmé que des composantes souvent évoqués dans les discussions, tels que le degré d'urbanisation, la densité de la couverture sanitaire et les écarts de coûts entre Suisse latine et Suisse alémanique (orientale en particulier), étaient effectivement significatifs statistiquement parlant. Il est également intéressant de constater que les coûts sont plus élevés dans les cantons où le système de santé est centralisé que dans ceux où les tâches sont décentralisées.

La présente étude s'occupe essentiellement de la répartition des tâches et des responsabilités dans le domaine de la santé, ainsi que de la gestion et du contrôle de la fourniture des prestations, dans les sept cantons-types. Les résultats de la recherche se fondent sur des documents écrits des autorités cantonales, des fournisseurs de prestations et des assureurs, ainsi que sur des entretiens avec différents acteurs du domaine de la santé. Cette étude parvient elle aussi à la conclusion que dans les cantons où le système de santé est centralisé, les coûts de la santé sont plus élevés. On ne doit pas pour autant en déduire que cette relation est de pure causalité : si, d'un côté, l'on peut penser qu'une organisation centralisée est plus coûteuse parce que les frais d'administration et de contrôle sont plus élevés, mais aussi parce que les décisions centrales sont moins en phase avec les besoins locaux, l'on peut aussi imaginer, d'un autre côté, que des coûts de la santé en forte augmentation, qui se traduisent aussi par une hausse des primes, nécessitent une intervention accrue de l'Etat.

Les résultats de l'enquête sur les modèles cantonaux seront publiés dans un rapport séparé. (seulement en allemand).

Herbert Känzig, chef de projet
Analyses fondamentales, Statistique 2

Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Le considerevoli differenze cantonali nei costi della sanità pubblica, nei costi dell'assicurazione malattie e quindi anche nei premi dell'assicurazione malattie sono già da parecchio tempo uno dei temi centrali del dibattito politico. Le differenze sono dovute ai 26 diversi sistemi cantonali di copertura sanitaria? Si discute anche fino a che punto la densità della copertura o il grado di urbanizzazione influenzino i costi.

L'UFAS ha deciso di far eseguire in due studi successivi l'analisi delle differenze nei costi della sanità pubblica. Il primo studio si era occupato dell'analisi statistica dei dati di tutti i Cantoni (Ufficio Vatter, Berna, pubblicato nella prima metà del 2002). Il presente studio, invece, si fonda su un'analisi qualitativa della situazione in sette Cantoni, che in base alle caratteristiche strutturali evidenziate nel primo rapporto si distinguono chiaramente l'uno dall'altro (COPLAN, Basilea).

Il primo studio ha confermato la rilevanza statistica di fattori comunemente citati nelle discussioni quali il grado di urbanizzazione, la densità della copertura e il dislivello dei costi tra la Svizzera latina e quella tedesca (in particolare la Svizzera orientale). E' inoltre interessante osservare che i Cantoni con un sistema sanitario centralizzato registrano costi tendenzialmente superiori rispetto a quelli con una decentralizzazione dei compiti.

Il presente studio analizza principalmente la ripartizione dei compiti e le responsabilità nella sanità pubblica come pure la gestione ed il controllo della fornitura di prestazioni nei sette Cantoni modello. I risultati dell'analisi si basano su documenti delle autorità cantonali, dei fornitori di prestazioni e degli assicuratori e su interviste strutturate svolte con i diversi operatori della sanità pubblica. Anche questo studio giunge alla conclusione che i Cantoni con un'organizzazione centralizzata della sanità pubblica presentano costi sanitari più elevati. Non si deve tuttavia dedurre dalla relazione constatata alcun rapporto di causalità: da un lato può essere vero che organizzazioni centralizzate generino costi più elevati a causa del maggiore carico amministrativo e di vigilanza (ma anche di decisioni a livello centrale che non tengono sufficientemente conto delle esigenze locali); dall'altro si può però argomentare che i forti aumenti dei costi sanitari, che si manifestano sotto forma di premi sempre più alti, mostrano la necessità di un intervento ancora maggiore da parte dello Stato.

Risultati e analisi delle interviste eseguite nei Cantoni modello saranno integralmente pubblicati in un volume separato (soltanto in lingua tedesca).

Herbert Känzig, responsabile del progetto

Centro di competenza analisi fondamentali, Settore Statistica 2

Preface by the Federal Office of Social Insurance

The considerable cost differences between the various cantons with regard to health care, health insurance and thus also health insurance premiums have for some time now been a subject of political debate: are these differences due to the varying systems of health-care provision applied by the cantons? Another aspect which has been much discussed is the extent to which the density of health-care facilities or the degree of urbanisation influences costs.

The FOSI decided to carry out a 2-part study of differences in the cost of health care. The first part of the study comprised a statistical analysis of all cantons and was carried out by Vatter in Berne, the results being published in the first half of 2002. The second part of the study, which is the present document, is based on a qualitative analysis of seven selected cantons which differ considerably from the point of view of the structural characteristics noted in the first report. This part was carried out by COPLAN in Basle.

The first part confirmed that the frequently mentioned criteria such as the degree of urbanisation, density of health-care facilities and the difference in costs between the French and Italian speaking parts of the country and the German-speaking part (in particular eastern Switzerland) are statistically relevant factors in relation to cost differences. A further interesting observation was that cantons with a centrally organised health-care system tend to incur higher costs than those with a decentralised system.

The second report concentrates on distribution of tasks and responsibilities in the health-care sector, as well as management and monitoring of the provision of services in the seven sample cantons. The results of this study are based on written documents provided by the cantonal authorities, service providers and health insurance companies, as well as discussions with various players in the health-care sector. This study also concludes that cantons where health care is centrally organised incur higher costs in this field. It should not be concluded from this, however, that the one is the cause of the other. On the one hand it is possible that centralised organisations incur higher costs owing to the larger volume of administrative and monitoring tasks as well as central decisions which go less far in meeting local needs. On the other, it is possible that health-care costs which are rising steeply, as can be seen from increases in premiums, require stricter control on the part of the state.

Detailed results of the questioning in the sample cantons will be published separately (only in German).

Herbert Känzig, Project Manager
Basic Concepts Unit, 2nd Statistics Sector

Zusammenfassung

Fragestellung

Die Gesundheitskosten der Kantone, die nach Einwohner zum Teil auffallend differieren, werfen Fragen über die Ursachen auf. Ein Grund kann die unterschiedliche kantonale Regelung des Gesundheitswesens sein, die sich auf die Gestaltung des ambulanten und stationären Angebots auswirkt. Ein anderer Grund mag im abweichenden Vollzug der Bundesgesetzgebung beispielsweise in bezug auf Spitalplanung oder -finanzierung liegen. Vermutet wird auch, dass die Kostendifferenzen entweder angebotsbedingt sind, oder dass sie durch das divergierende Nachfrageverhalten der Bevölkerung bewirkt werden. In einer Untersuchung sollen deshalb die Ursachen der Kostendifferenzen zwischen den Kantonen analysiert und Verbesserungsmöglichkeiten für das KVG und die kantonale Gesundheitspolitik vorgeschlagen werden.

Methodisches Vorgehen

Das Bundesamt für Sozialversicherung beauftragte deshalb die beiden Büros Dr. A. Vatter, Politikforschung und -beratung sowie COPLAN Empirische Sozialforschung mit der Analyse. Das Büro Dr. A. Vatter führte ausgehend von bestehenden Datenbeständen eine statistische Quer- und Längsschnittanalyse der Kostendifferenzen zwischen den 26 Kantonen durch. Das Büro COPLAN untersuchte die Situation in sieben Modellkantonen, deren Auswahl mit einer Cluster-Analyse der Kantone erfolgte, anhand von Fachgesprächen und Dokumenten im Detail.

Die Analyse der Kostendifferenzen geht von einem Zusammenwirken der Akteure im Gesundheitswesen aus, die sich niederschlagen in den gesetzlichen Regelungen des Gesundheitswesens, der Aufgabenteilung zwischen Kantonen und Gemeinden, der Planung und der Finanzierung der Angebote sowie der Organisation, den Führungsstrukturen, dem betriebsinternen Controlling und der Personalsituation der Leistungserbringer.

Die Untersuchung beruht auf Dokumenten der Kantone und der Leistungserbringer sowie Gesprächen mit Vertretern der Gesundheitsdirektionen, der Spitäler, der Alterspflegeheime, der Spitex-Organisationen, der Ärzteschaft und der Versicherer. Die Sammlung der schriftlichen Unterlagen fand in der Zeit von März bis April 2001 statt. Die Gespräche in den Kantonen wurden vom Mai bis August 2001 durchgeführt.

Übersicht über das Gesundheitswesen der sieben Modellkantone

Die sieben Modellkantone Aargau, Appenzell AR, Zürich, Tessin, Waadt, Basel-Stadt, und Genf sind in der Reihenfolge zunehmender Gesundheitskosten dargestellt.

- Kanton Aargau

Der Kanton Aargau ist für die beiden Kantonsspitäler mit spezialisierter Versorgung und die Psychiatrische Klinik verantwortlich. Die Gemeinden sind zuständig für die Grundversorgung in regionalen Spitälern, für die Langzeitpflege in Heimen und für die ambulante Betreuung durch die Spitex. Der Kanton beteiligt sich an der Finanzierung der kommunalen Einrichtungen. Durch Konzepte versucht der Kanton das Gesundheitswesen auf kommunaler und kantonaler Ebene zu steuern: Heime sind an die gestiegenen Pflegeanforderungen anzupassen, psychiatrische Kranke sollen vermehrt dezentral und ambulant betreut werden, die ambulante Hilfe und Pflege Spitex soll durch interdisziplinäre Organisationen erfolgen, die Spitalversorgung durch ein abgestuftes und bedarfsgerechtes Versorgungsnetz geschehen. Mit Leistungsaufträgen, Globalbudgets, selbständigere Betriebsführung, und Einführung von Fallpauschalen soll die Wirtschaftlichkeit der Kantonsspitäler erhöht werden. Durch die Zusammenarbeit der Ärzte und der Versicherer hat sich das Hausarztmodell in den letzten Jahren verbreitet.

- Kanton Appenzell AR

Nach der Umwandlung der Gemeinde- in Kantonsspitäler ist der Kanton Appenzell AR jetzt für die Grundversorgung und Psychiatrie sowie die Gemeinden für die Langzeitpflege und ambulante Hilfe und Pflege zuständig. An kommunale Einrichtungen leistet der Kanton einen

finanziellen Beitrag. Der Kanton ist dem Ostschweizer Spitalabkommen beigetreten und befriedigt den Bedarf an spezialisierter und hochspezialisierter Medizin in den Nachbarkantonen. Die beiden Kantonsspitäler führen ihre Tätigkeit im Rahmen von Leistungsaufträgen und Globalbudgets durch und nutzen gemeinsam die administrative Infrastruktur. Alterspflegeheime bauen zunehmend ihre pflegerische Kapazität aus. Die Spitex ist in Vereinen organisiert, die in einem kantonalen Dachverband zusammengeschlossen sind und sich zunehmend durch Fusionen in regionale und interdisziplinäre Organisationen umwandeln. Unter den Ärzten verbreitet sich zunehmend das Hausarztmodell.

- Kanton Zürich

Der Kanton Zürich ist für die Psychiatrie, die Spezialkrankenhäuser und für die Universitätsspitäler zuständig, während die Gemeinden für die stationäre Grundversorgung, die Langzeitpflege und die Hilfe und Pflege Zuhause verantwortlich sind. Die kantonale Gesundheitspolitik konzentrierte sich in den letzten Jahren auf die Redimensionierung des Spitalangebots und auf eine effizientere Leistungserbringung im Spitalbereich. Durch die Schliessung der Regional-spitäler sollen rund 600 Betten wegfallen. In den kantonalen Spitälern sollen durch neue Arbeitszeitmodelle, Leistungsaufträge, Globalbudget und wirkungsorientiertes Controlling eine bessere Nutzung der Ressourcen ohne Qualitätseinbusse erreicht werden. In der Psychiatrie wird eine ambulante und gemeindenahere Versorgung angestrebt. Zu Auseinandersetzungen führten die langen Arbeitszeiten der Assistenz- und Oberärzte und die Entlohnung des Pflegepersonals. Die Verbesserungen im Personalbereich dürften zu einem Kostenschub in zweistelliger Millionenhöhe führen. In den Heimen werden die pflegerischen Kapazitäten ausgebaut. Die Spitexvereine fusionieren zunehmend zu interdisziplinären Organisationen und sind in einem kantonalen Verband zusammengeschlossen. Bei den Ärzten entstehen immer mehr Gruppenpraxen und die Fachärzte schliessen sich zu Kompetenzzentren zusammen.

- Kanton Tessin

Der Kanton Tessin ist für die Planung, Koordination und weitgehend für die Finanzierung des Gesundheitswesens verantwortlich. Die Gemeinden sind ausführendes Organ des Kantons und müssen sich teilweise an der Finanzierung beteiligen. In der Gesundheitspolitik wird besonderer Wert auf die Prävention gelegt. Die Hälfte der Spitalbetten befinden sich in privaten nicht subventionierten Spitälern. Durch die Einführung des KVG und die Abnahme der Patienten in den halb-privaten und privaten Abteilungen kämpfen insbesondere die privaten Spitäler ums Überleben. Die Bettenreduktion hat erst in den letzten Jahren begonnen und findet vor allem im privaten Bereich statt. Die meisten Alterspflegeheime sind neu, die anderen werden baulich erneuert und den steigenden pflegerischen Anforderungen angepasst. Die Spitex wurde kürzlich aufgrund eines kantonalen Gesetzes in sechs Gebiete mit interdisziplinären Organisationen aufgeteilt. Die Zunahme der Arztpraxen bei gleichbleibender Menge der Patienten wird beklagt.

- Kanton Waadt

Der Kanton Waadt ist für das Gesundheitswesen verantwortlich und die Gemeinden sind ausführende Organe. Das wichtigste laufende Projekt ist die Schaffung von Netzwerken von Leistungserbringern, die alle Angebotsformen von Spital, Heimen, ambulante Hilfe und Pflege Zuhause und Arztpraxen umfassen. Im Netzwerk sollen Leistungsaufträge und Finanzierung der Leistungserbringer geregelt werden. Anstelle der unflexiblen Globalbudgets soll die Mittelzuteilung an die Leistungsaufträge und die Voraussage der künftigen Tätigkeit geknüpft sein. Die Revision des Gesundheitsgesetzes soll u.a. bessere Patientenrechte und Beschwerdemöglichkeiten schaffen. Die Anzahl der Spitäler hat sich in den letzten zehn Jahren halbiert. Zur Situation der Alterspflegeheime berichtet eine parlamentarische Enquete von Missständen bezüglich der Rechnungslegung, Behandlung der Pensionäre und Personalsituation. In den Alterspflegeheimen ist ein Projekt im Gange, das sich mit Qualitätsfragen und Kostenkontrolle auseinandersetzt. Bei der Spitex wurde bereits in den 80er Jahren ein öffentlich-rechtlicher Dachverband geschaffen. Das Kantonsgebiet ist in zehn Regionen mit interdisziplinären Spitex-Organisationen aufgeteilt.

- Kanton Basel-Stadt

Im Kanton Basel-Stadt finden seit den 90er Jahre Bemühungen für ein kostengünstiges Gesundheitswesen statt. Beabsichtigt wird eine vermehrte Förderung der Spitex und Alterspflegeheime und eine Redimensionierung des Spitalsektors. Mit dem Kanton Basel-Land wurde eine gemeinsame Spitalliste für die somatische Akutmedizin erarbeitet. Eine separate Spitalliste des Kantons Basel-Stadt besteht für die Bereiche Rehabilitation, Geriatrie, Psychiatrie und Spezialangebote. Seit einigen Jahren werden in den Spitälern Akut- und vor allem Langzeitbetten abgebaut. Bei den Alterspflegeheimen wurden entweder neue Betten geschaffen oder Altersheimplätze in Pflegeheimplätze umgewandelt. Durch den Ausbau der Spitex sind in den Heimen kaum noch leicht pflegebedürftige Pensionäre zu finden. Seit 1987 sind die Heime in einem Verband zusammengeschlossen. Die vorher selbständigen Spitexvereine sind seit 1996 in einer kantonalen Stiftung zusammengefasst und die Hilfe und Pflege zuhause erfolgt jetzt in interdisziplinären Quartierzentren. Für alle Angebote bestehen Leistungsaufträge und die Finanzierung erfolgt im Rahmen von Globalbudgets.

- Kanton Genf

Der Kanton Genf trägt die Verantwortung für das Gesundheitswesen und die Gemeinden sind ausführende Organe. Im Vordergrund der Gesundheitspolitik steht seit zehn Jahren die Kostendämpfung und zwar wegen der angespannten finanziellen Lage des Kantons. Das Ziel soll durch die Redimensionierung des stationären Sektors und durch den Ausbau des ambulanten Bereichs erreicht werden. Globalbudgets sollen die Ausgaben im öffentlich finanzierten Bereich (Spitäler, Heime, Spitex) limitieren. In den Spitälern findet seit 1990 ein Bettenabbau statt und gleichzeitig wird die Auslastung gesteigert. Auf organisatorischer Ebene fusionierten die Spitäler. Durch den Bettenabbau vervielfachten sich die Alterspflegeheime, bis dann 1992 im Zusammenhang mit der Förderung der Spitex ein Baustopp verfügt wurde. Die Alterspflegeheime haben sich 1998 in einem Verband zusammengeschlossen. Die Hilfe und Pflege Zuhause werden jetzt durch Sozial- und Spitexzentren mit interdisziplinären Equipen erbracht. Bei der Spitex entstand durch die Fusion der bisherigen drei Organisationen ein gemeinsamer Dachverband. Neuzugelassene Ärzte schliessen sich in Gemeinschaftspraxen zusammen.

Vergleich der sieben Modellkantone

Der Vergleich der sieben Modellkantone weist auf eine Reihe von Charakteristika hin, die mit den Kostendifferenzen korrelieren. Diese Beziehungen werfen Fragen zu den Auswirkungen auf die Gesundheitskosten auf. Zwischen den Kantonen Aargau, Appenzell AR und Zürich mit niedrigen sowie den Kantonen Tessin, Waadt, Basel-Stadt und Genf mit hohen Gesundheitskosten bestehen folgende Unterschiede:

- Aufgabenteilung

In Kantonen mit niedrigen Gesundheitskosten liegt die Spitalgrundversorgung, die Langzeitpflege und die ambulante Hilfe und Pflege Zuhause in den Händen der Gemeinden, während die Kantone mit hohen Gesundheitskosten für das gesamte Gesundheitswesen verantwortlich sind.

- Planungs- und Beratungsgremien

In der Gruppe mit niedrigen Gesundheitskosten berät eine ständige Gesundheitskommission die Regierung. Die Gruppe mit hohen Gesundheitskosten kennen eine Vielzahl von ständigen Kommissionen für Spitäler, Heime und Spitex, deren Zusammensetzung häufig nach Gesetz detailliert aufgeschlüsselt ist.

- Finanzierung

Bei niedrigen Gesundheitskosten erfolgt die Finanzierung von kantonalen Institutionen durch den Kanton. Die kommunalen Einrichtungen zahlen die Gemeinden und der Kanton gemeinsam. Bei hohen Gesundheitskosten liegt die Finanzierung des Gesundheitswesens in den Händen des Kantons und die Gemeinden müssen teilweise finanzielle Beiträge leisten.

- Planung

Bei Planungen in Kantonen mit niedrigen Gesundheitskosten können bei der heutigen Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden Konflikte entstehen, wie die Spitalplanung des Kantons Zürich zeigt. Die Kantone versuchen aber auch die vorhandenen Strukturen und Aufgabenteilung zu respektieren und wie im Kanton Aargau vor allem Hinweise zur Erfüllung der gestiegenen Anforderungen an Heime zu geben. In den Kantonen mit niedrigen Gesundheitskosten führen die Gemeinden ebenfalls eigene Planungen durch. In den Kantonen mit hohen Gesundheitskosten gibt es nur kantonale Planungen und die Planungsgesetze enthalten bereits detaillierte Ausführungen über die Gestaltung und Organisation der Angebote. Die Gesetze verlangen ebenfalls eine regelmässige Evaluation der Planungen.

- Alterspflegeheime

In der Gruppe mit niedrigen Gesundheitskosten ist die Umwandlung von Alterswohnheimen in Alterspflegeheime im Gange, während sie in der Gruppe mit hohen Gesundheitskosten nahezu abgeschlossen ist.

- Spitex

In den Kantonen mit niedrigen Gesundheitskosten verändern sich die nach Sparten gegliederte Spitexvereine zunehmend in interdisziplinäre und professionelle Organisationen. Die Dachverbände sind in erster Linie Dienstleister für ihre „unabhängigen“ Mitglieder. In den Kantonen mit hohen Gesundheitskosten ist die Spitex in Versorgungsregionen mit interdisziplinären Organisationen aufgeteilt, die in einer kantonalen Spitexorganisation zusammengefasst sind.

- Revisionen

In den Kantonen mit niedrigen Gesundheitskosten sollen neu die Kantone für die Akutspitäler und die Gemeinden für die Langzeitpflege und Spitex verantwortlich sein. In den Kantonen mit hohen Gesundheitskosten wird über Netzwerke von Leistungserbringern nachgedacht.

Interpretation der Ergebnisse

Die Korrelationen der oben dargestellten Merkmale mit den Gesundheitskosten können mehrdeutig sein und in Wechselbeziehungen mit anderen Charakteristika des Gesundheitswesens stehen. Sie bedürften deshalb einer weiteren Interpretation: Der Vergleich der Kantone lässt erkennen, dass ein zentrales kantonales Gesundheitssystem zu hohen Kosten führt, während ein dezentrales Gesundheitssystem mit niedrigen Kosten verbunden ist. Ursache dürfte die höhere Komplexität der Steuerung eines zentralen Gesundheitssystems sein. Im dezentralen System verteilen sich die Aufgaben zum einen auf den Kanton, der für die spezialisierten Angebote verantwortlich ist, und zum anderen auf mehrere übersichtliche Regionen, wo die Gemeinden für die Grundversorgung, Langzeitpflege und ambulante Hilfe und Pflege Zuhause zuständig sind. In zentralen Gesundheitssystemen finden sich häufig für jedes Angebot eigene Planungsgremien, die einseitig auf die Optimierung ihrer Spezialität ausgerichtet sind. In den dezentralen und gemeindenahen Gesundheitssystemen sind Finanzierung und konkrete Kenntnisse der Leistungserbringung in den verschiedenen Angeboten stärker verknüpft. Die direktdemokratische Mitsprache der (potentiellen) Nutzer des Gesundheitswesens und der Steuerzahler ist sowohl auf kommunaler als auch auf kantonomer Ebene möglich und hat eine disziplinierende Wirkung auf die Ausgabenpolitik der Behörden.

Folgerungen

Der Vergleich der sieben Modellkantone und die Interpretation der Ergebnisse weist darauf hin, dass nicht mit isolierten Einzelmassnahmen sich die Gesundheitskosten in den Kantonen beeinflussen lassen. Ausgangspunkt für Verbesserungen muss ein Gesamtmodell des Gesundheitswesens sein, dessen Bestandteile ineinander greifen. Folgendes idealtypisches Modell lässt sich aus den Ergebnissen des vorliegenden Berichts ableiten:

- Aufgabenteilung

Die Regionen kümmern sich um die Spitalgrundversorgung, Langzeitpflege, und ambulante

Hilfe und Pflege Zuhause und der Kanton um die spezialisierte und hochspezialisierte Versorgung. Innerhalb der Regionen sollen die Leistungserbringer in Netzwerke integriert werden.

- Planungsgremien
Planungsgremien auf kantonaler und kommunaler Ebene sollen interdisziplinär zusammengesetzt sein.
- Finanzierung
Die Finanzierung soll entsprechend der Aufgabenteilung zwischen Regionen und Kanton getrennt sein. Die Feinallokation der Ressourcen soll den Netzwerken und den Leistungserbringern überlassen werden.
- Planung
Die Planungskompetenz soll der Aufgabenteilung zwischen den Regionen und dem Kanton entsprechen. Der Kanton soll mit Hilfe einer Richtplanung, die alle Angebote berücksichtigt, die Koordination zwischen den Regionen und mit anderen Kantonen sicherstellen.
- Ausserkantonale Zusammenarbeit
Für Einrichtungen der spezialisierten Versorgung, deren Einzugsgebiet mehrere Kantone umfassen, sind gemeinsame Trägerschaften zu bilden.
- Leistungserbringer
Die Träger und Leistungserbringer auf kantonaler und kommunaler Ebene legen gemeinsam die Prioritäten fest und planen zusammen Veränderungen und die Aufteilung der Ressourcen. Die Leistungserbringer behalten ihre operationelle Selbständigkeit bei der Betriebsführung und bei der Verwendung der Geldmittel.

Synthèse

Problème

Les différences parfois frappantes observées d'un canton à l'autre en ce qui concerne les coûts de la santé par habitant invitent à s'interroger sur les causes de ces différences. Elles pourraient tenir à la diversité des réglementations cantonales en matière de santé publique, qui se répercuterait sur l'aménagement de l'offre dans les secteurs ambulatoire et hospitalier. Elles pourraient aussi être dues aux manières différentes dont les cantons appliquent la législation fédérale, par exemple en ce qui concerne la planification hospitalière ou le financement des hôpitaux. L'on suppose aussi qu'elles sont liées à l'offre, ou qu'elles proviennent de différences de comportement en matière de demande de prestations. Une étude appropriée permettra d'analyser les causes des différences intercantionales en matière de coûts de la santé et d'avancer des propositions en vue d'améliorer la LAMal et les politiques cantonales de santé publique.

Méthode

L'Office fédéral des assurances sociales a confié cette analyse au bureau de recherches et de conseils en matière politique Vatter et au bureau de recherches sociales empiriques COPLAN. Le bureau Vatter a réalisé une analyse statistique transversale et longitudinale des différences de coûts entre les 26 cantons sur la base de données disponibles. Le bureau COPLAN a étudié la situation dans sept cantons-types sélectionnés au moyen d'une analyse de regroupement, sur la base d'entretiens et de documents détaillés.

L'analyse des différences de coûts postule une action conjointe des divers acteurs du domaine de la santé, qui se répercute sur les réglementations légales, la répartition des tâches entre les cantons et les communes, la planification et le financement des offres, ainsi que sur l'organisation, les structures de direction, le controlling interne et la situation du personnel des fournisseurs de prestations.

La présente étude se fonde sur des documents des cantons et des fournisseurs de prestations, ainsi que sur des entretiens avec des représentants des directions cantonales de la santé, des hôpitaux, des établissements médico-sociaux (EMS), des organisations d'aide et de soins à domicile (Spitex), du corps médical et des assureurs. Les documents écrits ont été recueillis durant les mois de mars et avril 2001, les entretiens dans les cantons ont eu lieu de mai à août 2001.

Aperçu des systèmes de santé dans les sept cantons-types

Les sept cantons-types sont, énumérés selon le volume croissant des coûts de la santé par habitant, Argovie, Appenzell Rh.-Ext., Zurich, Tessin, Vaud, Bâle-Ville et Genève.

- Canton d'Argovie

Le canton d'Argovie est responsable de la fourniture des soins spécialisés dans les deux hôpitaux cantonaux et la clinique psychiatrique. Les communes sont responsables des soins de premier recours dans les hôpitaux régionaux, des soins de longue durée dans les EMS, ainsi que de l'aide et des soins apportés à domicile par les services Spitex. Le canton participe au financement des infrastructures communales. Il élabore en outre des concepts par lesquels il s'efforce d'orienter le système de santé aux niveaux cantonal et communal: il s'agit d'adapter les EMS à des exigences plus hautes en matière de soins, de soigner les malades psychiques de manière plus décentralisée et ambulatoire, de confier l'aide et les soins à domicile à des organisations interdisciplinaires et de répondre aux besoins en soins hospitaliers par un réseau comprenant différents degrés de spécialisation. L'économicité des hôpitaux cantonaux doit également être améliorée au moyen de contrats de prestations, de budgets globaux, d'une gestion plus indépendante des établissements, ainsi que par l'introduction de forfaits par cas. Par ailleurs, le modèle du médecin de famille s'est bien diffusé ces dernières années grâce à la collaboration entre médecins et assureurs.

- Canton d'Appenzell Rh.-Ext.

Depuis la transformation des hôpitaux communaux en hôpitaux cantonaux, le canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures est désormais compétent pour les soins de premier recours et la psychiatrie, les communes pour les soins de longue durée en EMS ainsi que pour l'aide et les soins ambulatoires. Le canton participe au financement des infrastructures cantonales. Il a adhéré à la convention des établissements hospitaliers de Suisse orientale; ses besoins en médecine spécialisée et en médecine de pointe sont satisfaits par les cantons voisins. Les deux hôpitaux cantonaux accomplissent leurs tâches dans le cadre de contrats de prestations et de budgets globaux et

recourent à une infrastructure administrative commune. Les EMS développent constamment leurs capacités de soins. L'aide et les soins à domicile sont organisés en associations rattachées à une fédération cantonale et se transforment toujours plus en organisations régionales interdisciplinaires. Parmi les médecins, le modèle du médecin de famille gagne du terrain.

- Canton de Zurich

Le canton de Zurich est responsable de la psychiatrie, des cliniques spécialisées et des hôpitaux universitaires, tandis que la médecine hospitalière de premier recours, les soins de longue durée, l'aide et les soins à domicile sont du ressort des communes. Ces dernières années, la politique cantonale de santé publique s'est concentrée sur le redimensionnement de l'offre hospitalière et l'économicité des prestations fournies dans ce secteur. La fermeture des hôpitaux régionaux se traduira par la suppression de quelque 600 lits. Dans les hôpitaux cantonaux, de nouveaux horaires de travail, des mandats de prestations, des budgets globaux et un controlling axé sur l'efficacité doivent permettre de mieux utiliser les ressources sans perte de qualité. Dans le secteur psychiatrique, on vise une décentralisation des soins en misant sur l'ambulatoire. Au chapitre du personnel, les horaires prolongés des médecins-assistants et des médecins-chefs, ainsi que la rémunération du personnel soignant ont suscité bien des controverses. La facture des améliorations apportées dans ce domaine devrait s'élever à plusieurs dizaines de millions de francs. Les EMS ont développé leurs capacités de soins. Les associations d'aide et de soins à domicile se transforment toujours plus, par fusion, en organisations interdisciplinaires, rattachées à une fédération cantonale. Quant aux médecins, ils sont toujours plus nombreux à ouvrir des cabinets de groupe et les spécialistes se regroupent en centres de compétences.

- Canton du Tessin

Le canton du Tessin est responsable de la planification, de la coordination et, pour une large part, du financement du système de santé. Les communes sont les organes d'exécution du canton et elles doivent participer en partie au financement. La politique de la santé voue une attention particulière à la prévention. La moitié des lits d'hôpitaux se trouve dans des établissements privés non subventionnés. Depuis l'introduction de la LAMal et avec la diminution du nombre de patients en division privée ou semi-privée, les cliniques privées surtout luttent pour leur survie. La réduction du nombre de lits n'a commencé que ces dernières années et touche surtout le domaine privé. La plupart des EMS sont neufs, les autres sont rénovés et adaptés aux exigences croissantes en matière de soins. En vertu d'une loi cantonale, l'aide et les soins à domicile ont été répartis en six régions de soins et confiés à des organisations interdisciplinaires. Il est déploré que le nombre de cabinets médicaux augmente, alors que celui des patients reste le même.

- Canton de Vaud

Le canton de Vaud est responsable de la santé publique et les communes sont ses organes d'exécution. Le plus important projet en cours est la création de réseaux de fournisseurs de prestations comprenant toutes les palettes d'offres: hôpital, EMS, services d'aide et de soins à domicile et cabinets médicaux. Les contrats de prestations et le financement des fournisseurs de prestations doivent être réglés au sein du réseau. L'affectation des moyens devrait être liée aux contrats de prestations et aux prévisions d'activité plutôt qu'aux budgets globaux, qui manquent de souplesse. La révision de la loi sur la santé doit notamment étendre les droits des patients et créer de nouvelles possibilités de recours. Le nombre d'hôpitaux a diminué de moitié au cours des dix dernières années. En ce qui concerne les EMS, une commission parlementaire d'enquête a fait état d'irrégularités dans la tenue des comptes, le traitement des pensionnaires et la situation du personnel. Par ailleurs, un projet s'occupant de questions de qualité et de contrôle des coûts est en cours. Pour l'aide et les soins à domicile, un organisme de droit public a été créé dans les années 80 déjà. Le territoire cantonal est divisé en dix régions couvertes par des organisations interdisciplinaires.

- Canton de Bâle-Ville

Le canton de Bâle-Ville s'efforce depuis les années 90 de mieux maîtriser les coûts de la santé. L'objectif est une promotion accrue des services Spitex et des EMS, ainsi qu'un redimensionnement du secteur hospitalier. Une liste des hôpitaux commune a été établie avec le canton de Bâle-Campagne pour les soins aigus en médecine somatique. Le canton de Bâle-Ville a une liste des hôpitaux séparée pour la réadaptation, la gériatrie, la psychiatrie et les offres spéciales. Depuis quelques années, des lits d'hôpitaux sont supprimés en soins aigus et surtout en soins de longue durée. Dans les EMS, soit on augmente le nombre des lits, soit on transforme des places de

homes pour personnes âgées en places d'EMS. Grâce au développement des services Spitex, les personnes âgées peuvent rester plus longtemps à domicile et ne passent en EMS que lorsque leur besoin en soins augmente. Depuis 1987, les EMS sont regroupés en une association. Quant aux associations Spitex autrefois indépendantes, elles sont regroupées depuis 1996 en une fondation cantonale et l'aide et les soins à domicile sont prodigués par des centres de quartier interdisciplinaires. Il existe des contrats de prestations pour toutes les offres et le financement est assuré par des budgets globaux.

- Canton de Genève

Le canton de Genève est responsable du système de santé et les communes sont ses organes d'exécution. Depuis dix ans, en raison d'une situation financière tendue, la politique cantonale de santé vise avant tout à maîtriser les coûts, et cela au moyen d'un redimensionnement du secteur hospitalier et d'une extension du secteur ambulatoire. Des budgets globaux devraient limiter les dépenses dans le secteur financé par les pouvoirs publics (hôpitaux, EMS, aide et soins à domicile). Depuis 1990, des lits sont supprimés dans les hôpitaux, cependant que le taux d'occupation augmente. Au niveau organisationnel, les hôpitaux fusionnent. La réduction du nombre de lits d'hôpitaux a entraîné une multiplication des EMS jusqu'en 1992, lorsque la décision a été prise, en relation avec la promotion de l'aide et des soins à domicile, d'interdire la construction de nouveaux homes. Les EMS se sont réunis en fédération en 1998. L'aide et les soins à domicile sont maintenant apportés par des équipes interdisciplinaires dans des centres d'action sociale et de santé. Les trois organisations qui existaient précédemment dans ce domaine ont fusionné pour former une fondation commune. Les nouveaux médecins qui s'installent ouvrent des cabinets de groupe.

Comparaison des sept cantons-types

Une comparaison des sept cantons-modèle révèle une série de caractéristiques qui sont corrélées avec les différences de coûts. Ces relations invitent à se demander quels sont leurs effets sur les coûts de la santé. Entre les cantons d'Argovie, d'Appenzell Rh.-Ext. et de Zurich, où ces coûts sont bas, et ceux du Tessin, de Vaud, de Bâle-Ville et de Genève, où ils sont élevés, on relève les différences suivantes:

- Répartition des tâches

Dans les cantons où les coûts de la santé sont bas, les soins hospitaliers de premiers recours, les soins de longue durée ainsi que l'aide et les soins à domicile sont du ressort des communes, alors que dans les cantons où ces coûts sont élevés, l'ensemble du système de santé est sous la responsabilité du canton.

- Organes de planification et de consultation

Dans les cantons où les coûts de la santé sont bas, une commission sanitaire permanente conseille le gouvernement. Les cantons où ces coûts sont élevés connaissent pour leur part une multiplicité de commissions pour les hôpitaux, les EMS, l'aide et les soins à domicile, dont la composition est souvent réglementée en détail par la loi.

- Financement

Là où les coûts de la santé sont bas, les institutions cantonales sont financées par le canton et les infrastructures communales conjointement par le canton et les communes. Là où ces coûts sont élevés, le financement du système de santé est l'affaire du canton et les communes doivent apporter leur contribution dans certains domaines.

- Planification

Dans les cantons où les coûts de la santé sont bas, la planification peut provoquer des conflits avec la répartition actuelle des tâches entre le canton et les communes, comme le montre l'exemple de la planification hospitalière dans le canton de Zurich. Mais les cantons essaient aussi de respecter les structures et la répartition des tâches actuelles et, comme dans le canton d'Argovie, veillent surtout à donner des directives aux EMS pour leur permettre de répondre à de plus hautes exigences. Dans ces cantons, les communes procèdent aussi à leurs propres planifications. Dans ceux où les coûts de la santé sont élevés, il n'existe que des planifications cantonales et les lois en la matière contiennent déjà des prescriptions détaillées sur l'aménagement et l'organisation des offres. Les lois exigent également une évaluation régulière des planifications.

- Etablissements médico-sociaux
Là où les coûts de la santé sont bas, la transformation des homes pour personnes âgées en EMS est en cours; là où ces coûts sont élevés, cette transformation est presque achevée.
- Aide et soins à domicile
Dans les cantons où les coûts de la santé sont bas, les associations auparavant vouées à des domaines précis se transforment toujours plus en organisations interdisciplinaires et professionnelles. Les organisations faitières sont avant tout pourvoyeuses de services pour leurs membres « indépendants ». Dans les cantons où ces coûts sont élevés, l'aide et les soins à domicile sont réparties en régions de soins confiées à des organisations interdisciplinaires regroupées en fédération ou fondation cantonale.
- Révisions
Dans les cantons où les coûts de la santé sont bas, le canton devrait désormais être responsable des hôpitaux pour soins aigus, les communes des soins de longue durée ainsi que de l'aide et des soins à domicile. Les cantons où ces coûts sont élevés envisagent des réseaux de fournisseurs de prestations.

Interprétation des résultats

Les corrélations entre les caractéristiques exposées ci-dessus et les coûts de la santé peuvent avoir des significations diverses et interagir avec d'autres particularités du système de santé. Elles doivent donc être interprétées plus avant. La comparaison des cantons permet de voir qu'un système de santé centralisé induit des coûts élevés, alors qu'un système décentralisé est lié à des coûts bas. Cela tient probablement à la plus grande complexité de la conduite d'un système centralisé. Dans un système décentralisé, les tâches sont réparties entre le canton d'un côté, responsable des offres spécialisées, et de l'autre plusieurs régions clairement définies, où les communes ont la compétence des soins de premier recours, des soins de longue durée, ainsi que de l'aide et des soins à domicile. Dans les systèmes de santé centralisés, il est fréquent que chaque offre ait son organe de planification, uniquement préoccupé de l'optimisation de sa spécialité. Dans les systèmes décentralisés, proches des communes, le financement et les connaissances concrètes sur les prestations fournies dans les diverses offres sont plus étroitement liés. Grâce aux institutions de démocratie directe, les utilisateurs (potentiels) du système de santé et les contribuables ont voix au chapitre tant au niveau cantonal que communal, ce qui a pour effet de discipliner la politique financière des autorités.

Conclusions

La comparaison des sept cantons-types et l'interprétation des résultats tend à montrer que des mesures isolées ne peuvent influencer sur les coûts de la santé dans les cantons. Des améliorations ne peuvent venir que d'un modèle global de santé publique dont les divers éléments s'imbriquent. Les résultats du présent rapport permettent de tracer le modèle idéal suivant:

- Répartition des tâches
Les régions s'occupent des soins hospitaliers de premier recours, des soins de longue durée, ainsi que de l'aide et des soins à domicile; le canton, des soins spécialisés et de la médecine de pointe. A l'intérieur des régions, les fournisseurs de prestations doivent être intégrés dans des réseaux.
- Organes de planification
Les organes de planification, tant au niveau communal que cantonal, doivent être interdisciplinaires.
- Financement
Le financement doit être séparé conformément à la répartition des tâches entre le canton et les régions. L'affectation détaillée des ressources doit être laissée aux réseaux et aux fournisseurs de prestations.
- Planification
Les compétences en la matière doivent correspondre à la répartition des tâches entre le canton et les régions. Le canton doit garantir la coordination entre les régions et avec les autres cantons au moyen d'un plan directeur qui tienne compte de toutes les offres.
- Coopération extracantonale
Il convient de créer des organismes responsables communs pour les infrastructures de soins spécialisés utilisées par la population de plusieurs cantons.

- Fournisseurs de prestations

Les organismes responsables et les fournisseurs de prestations fixent conjointement les priorités aux niveaux cantonal et communal et planifient ensemble les modifications et la répartition des ressources. Les fournisseurs de prestations conservent leur indépendance opérationnelle en matière de gestion des services et d'utilisation des ressources.

Sintesi

Formulazione della domanda

I costi sanitari dei Cantoni, che secondo gli abitanti differiscono in parte notevolmente, sollevano domande sulle cause. Le diverse regolamentazioni cantonali del settore sanitario, che incidono sulla struttura dell'offerta del settore ambulatoriale ed ospedaliero, possono costituire uno dei motivi. Un'altra ragione può essere la diversa applicazione della legislazione federale per esempio per quanto riguarda la pianificazione o il finanziamento ospedalieri. Si pensa anche che le differenze di costi siano dovute all'offerta oppure al comportamento divergente della domanda della popolazione. L'inchiesta è quindi volta ad analizzare le cause delle differenze dei costi tra i Cantoni e a presentare proposte di miglioramento nel campo della LAMal e della politica sanitaria cantonale.

Procedura metodica

L'Ufficio federale delle assicurazioni sociali ha quindi incaricato gli uffici *Dr. A. Vatter, Politikforschung und -beratung* e *COPLAN Empirische Sozialforschung* di eseguire l'analisi. L'ufficio *Dr. A. Vatter* ha condotto un'analisi statistica trasversale e longitudinale delle differenze di costi tra i 26 Cantoni sulla base dei dati disponibili. L'ufficio *COPLAN* ha esaminato la situazione in sette Cantoni modello, scelti mediante un'analisi di Cluster dei Cantoni, sulla base di colloqui specializzati e documenti dettagliati.

L'analisi delle differenze di costi si basa sull'interazione degli operatori del settore sanitario, che si riflette nelle disposizioni legali sulla sanità, nella ripartizione dei compiti tra Cantoni e Comuni, nella pianificazione e nel finanziamento delle offerte e dell'organizzazione, nelle strutture di gestione, nel controlling in seno all'azienda e nella situazione del personale dei fornitori di prestazioni.

L'inchiesta si fonda su documenti dei Cantoni e dei fornitori di prestazioni e su colloqui con i rappresentanti di Direzioni della sanità, ospedali, case di cura per persone anziane, organizzazioni che operano nel settore Spitex, medici e assicuratori. La raccolta della documentazione scritta ha avuto luogo tra il mese di marzo e il mese di aprile del 2001. I colloqui presso i Cantoni sono stati condotti dal mese di maggio al mese di agosto del 2001.

Panoramica della sanità nei sette Cantoni modello

I Cantoni modello Argovia, Appenzello Esterno, Zurigo, Ticino, Vaud, Basilea Città e Ginevra sono elencati in ordine crescente secondo i costi della sanità.

- Canton Argovia

Il Canton Argovia è responsabile per entrambi gli ospedali cantonali che offrono un'assistenza specializzata e la clinica psichiatrica. I Comuni sono competenti per le cure di base fornite negli ospedali regionali, per le cure che comportano una lungodegenza in case di cura e per l'assistenza ambulatoriale fornita dallo Spitex. Il Cantone partecipa al finanziamento degli istituti comunali. Per mezzo di progetti cerca di controllare la sanità a livello comunale e cantonale: le case di cura devono essere adeguate alle maggiori esigenze nel campo delle cure, si deve aumentare l'assistenza decentrale e ambulatoriale delle persone che si trovano in psichiatria, l'assistenza e le cure ambulatoriali dispensate dallo Spitex devono essere eseguite da organizzazioni interdisciplinari, l'assistenza ospedaliera deve essere fornita attraverso una rete di cure graduale e adeguata alle esigenze. S'intende aumentare l'economicità degli ospedali cantonali mediante mandati di prestazioni, stanziamenti globali di bilancio, gestione aziendale autonoma e introduzione di forfait calcolati in base al numero di casi. Negli ultimi anni la collaborazione di medici e assicuratori ha fatto sì che il modello del medico di famiglia si diffondesse.

- Canton Appenzello Esterno

Dopo la trasformazione degli ospedali comunali in ospedali cantonali, le cure di base e la psichiatria sono di competenza del Cantone Appenzello Esterno, mentre la lungodegenza, l'assistenza e le cure ambulatoriali dei Comuni. Il Cantone contribuisce al finanziamento degli istituti comunali. Esso ha aderito all'accordo ospedaliero della Svizzera orientale e sovviene alle

esigenze dei Cantoni limitrofi per quanto riguarda la medicina specializzata e altamente specializzata. Entrambi gli ospedali cantonali svolgono la loro attività nel quadro dei mandati di prestazioni e degli stanziamenti globali di bilancio e usufruiscono congiuntamente dell'infrastruttura amministrativa. Le case di cura per persone anziane ampliano gradualmente la loro capacità di fornire cure. Lo Spitex è costituito da associazioni riunite in un'associazione mantello cantonale, che si trasformano sempre più spesso in organizzazioni regionali e interdisciplinari. Tra i medici si diffonde sempre più il modello del medico di famiglia.

- Canton Zurigo

La psichiatria, gli ospedali specializzati e gli ospedali universitari sono di competenza del Canton Zurigo, mentre le cure di base ospedaliere, la lungodegenza, l'assistenza e le cure a domicilio dei Comuni. Negli ultimi anni la politica sanitaria cantonale si è focalizzata sul ridimensionamento dell'offerta degli ospedali e su una fornitura più efficiente delle prestazioni nell'ambito ospedaliero. Con la chiusura degli ospedali regionali i posti letto sono stati ridotti di 600 unità. Negli ospedali cantonali i nuovi modelli di orario lavorativo, i mandati di prestazioni, gli stanziamenti globali di bilancio e il controlling orientato sugli effetti sono volti a migliorare lo sfruttamento delle risorse senza limitarne la qualità. In psichiatria si mira ad un'assistenza ambulatoriale analoga a quella comunale. I lunghi orari di lavoro dei medici assistenti dei primari nonché le retribuzioni del personale curante hanno dato adito a discussioni. Le misure di miglioramento nell'ambito del personale comporteranno un'impennata dei costi dell'ordine di decine di milioni di franchi. Le case di cura ampliano la loro capacità di fornire cure. Le associazioni Spitex si riuniscono sempre più spesso in organizzazioni interdisciplinari e fanno parte di un'associazione cantonale. Per quanto riguarda i medici, gli studi gestiti in gruppo aumentano e i medici specialisti si uniscono in centri di competenze.

- Canton Ticino

La pianificazione, il coordinamento e gran parte del finanziamento della sanità competono al Canton Ticino. I Comuni sono l'organo esecutivo del Cantone e devono in parte partecipare al finanziamento. La politica sanitaria accorda particolare importanza alla prevenzione. La metà dei posti letto degli ospedali sono in ospedali privati non sovvenzionati. L'introduzione della LAMal e la diminuzione dei pazienti nei reparti privato e semiprivato mettono soprattutto a repentaglio la sopravvivenza degli ospedali privati. La riduzione dei posti letto è recente e avviene soprattutto in ambito privato. La maggior parte delle case di cura per persone anziane sono nuove, le altre vengono ristrutturare e adeguate alle crescenti esigenze sanitarie. Conformemente a una legge cantonale, lo Spitex è stato suddiviso in sei regioni con organizzazioni interdisciplinari. Si critica l'aumento di studi medici nonostante il numero invariato di pazienti.

- Canton Vaud

La sanità compete al Canton Vaud e i Comuni sono l'organo esecutivo. Il progetto più importante in corso è l'istituzione di reti di fornitori di prestazioni comprendenti ogni forma di offerta di ospedali, case di cura, assistenza e cure ambulatoriali a domicilio e studi medici. Le reti devono disciplinare i mandati di prestazioni e il finanziamento dei fornitori di prestazioni. Anziché a rigidi stanziamenti globali di bilancio, la ripartizione dei mezzi deve essere legata ai mandati di prestazioni e alle previsioni dell'attività futura. La revisione della legge concernente il settore sanitario sarà volta anche a ottenere più diritti e migliori possibilità di ricorso per i pazienti. Negli ultimi dieci anni il numero di ospedali si è dimezzato. Per quanto riguarda la situazione delle case di cura per persone anziane un'inchiesta parlamentare ha permesso di portare alla luce abusi inerenti il rendiconto, il trattamento dei pensionanti e la situazione del personale. Nelle case di cura per persone anziane è in corso un progetto che si occupa delle questioni relative alla qualità e del controllo dei costi. Per quanto riguarda lo Spitex, già negli anni Ottanta è stata istituita un'associazione mantello di diritto pubblico. Il territorio del Cantone è stato suddiviso in dieci regioni con organizzazioni Spitex interdisciplinari.

- Canton Basilea Città

Dagli anni Novanta il Canton Basilea Città s'impegna per avere una sanità con costi poco elevati. Esso mira a un maggior promovimento dello Spitex e delle case di cura per persone anziane e ad un ridimensionamento del settore ospedaliero. Con il Canton Basilea Campagna ha elaborato un elenco degli ospedali comune per la medicina somatica acuta. Per gli ambiti riabilitazione, geriatria, psichiatria e offerte speciali esiste un elenco separato degli ospedali. Da alcuni anni negli ospedali si riducono i posti letto per la medicina acuta e in particolare per la lungodegenza. Nelle case di cura per persone anziane sono stati aumentati i posti letto oppure una parte dei posti di queste case sono stati trasformati in posti per case di cura per anziani. In seguito all'ampliamento dello Spitex i pensionanti delle case di cura che richiedono solo poche cure sono ormai molto pochi. Dal 1987 le case di cura sono riunite in un'associazione mantello. Dal 1996 le associazioni Spitex, un tempo indipendenti, sono riunite in una fondazione cantonale e l'assistenza e le cure a domicilio sono ora dispensate da centri di quartiere interdisciplinari. Tutte le offerte si fondano su mandati di prestazioni e il finanziamento avviene nel quadro dello stanziamento globale di bilancio.

- Canton Ginevra

Il Canton Ginevra è competente per la sanità e i Comuni sono l'organo esecutivo. Da dieci anni l'obiettivo primario della politica sanitaria consiste nel contenimento dei costi, a causa della difficile situazione finanziaria del Cantone. Esso dovrebbe essere raggiunto mediante il ridimensionamento del settore ospedaliero e l'ampliamento di quello ambulatoriale. Gli stanziamenti globali di bilancio dovrebbero limitare le spese nell'ambito finanziato dall'ente pubblico (ospedali, case di cura, Spitex). Dal 1990 negli ospedali si riducono i posti letto e allo stesso tempo si aumentano le infrastrutture ospedaliere. Gli ospedali hanno istituito un'organizzazione comune. La riduzione dei posti letto ha comportato una moltiplicazione delle case di cura per persone anziane finché nel 1992 è stato imposto un blocco delle costruzioni, in relazione al promovimento dello Spitex. Nel 1998 le case di cura per persone anziane si sono riunite in un'associazione. L'assistenza e le cure a domicilio sono ora fornite dalle équipes interdisciplinari di centri Spitex e centri sociali. Nell'ambito dello Spitex è stata fondata un'associazione mantello mediante la fusione delle precedenti tre organizzazioni. I nuovi medici riconosciuti si riuniscono in studi gestiti in gruppo.

Confronto dei sette Cantoni modello

Il confronto dei sette Cantoni modello ha rilevato una serie di particolarità correlate alle differenze dei costi. I nessi sollevano domande relative alle ripercussioni sui costi del settore sanitario. Tra i Cantoni Argovia, Appenzello Esterno e Zurigo, che presentano costi esigui nel settore sanitario, e i Cantoni Ticino, Vaud, Basilea Città e Ginevra, che invece presentano costi elevati, vi sono le seguenti differenze:

- ripartizione dei compiti

Nei Cantoni con costi sanitari esigui le cure di base ospedaliere, la lungodegenza e l'assistenza e le cure ambulatoriali a domicilio sono di competenza dei Comuni, mentre ai Cantoni con costi sanitari elevati compete l'intero settore sanitario.

- Organi di pianificazione e consulenza

Nel gruppo con costi sanitari esigui il Governo consulta una commissione permanente per le questioni ivi inerenti. Il gruppo con costi sanitari elevati si rivolge a numerose commissioni permanenti per ospedali, case di cura e Spitex, la cui composizione è spesso organizzata in modo dettagliato ai sensi della legge.

- Finanziamento

I Cantoni con costi sanitari esigui finanziano gli istituti cantonali. Gli istituti comunali sono finanziati congiuntamente dai Comuni e dai Cantoni. Nei Cantoni con costi sanitari elevati, il Cantone finanzia la sanità e i Comuni sono tenuti a contribuire al finanziamento.

- Pianificazione

Nei Cantoni con costi sanitari esigui, possono sorgere controversie nell'ambito della pianificazione dovute all'attuale ripartizione dei compiti tra Cantoni e Comuni, come lo mostra la pianificazione ospedaliera del Canton Zurigo. I Cantoni però cercano di rispettare anche le strutture e la ripartizione dei compiti esistenti e di fornire soprattutto indicazioni affinché le case di cura soddisfino l'aumento delle esigenze, come per esempio nel Canton Argovia. Nei Cantoni con costi sanitari esigui i Comuni eseguono anche pianificazioni proprie. Nei Cantoni con costi sanitari elevati vi sono solo pianificazioni cantonali e le leggi sulla pianificazione contengono già spiegazioni dettagliate su struttura e organizzazione delle offerte. Conformemente alla legge si devono regolarmente valutare le pianificazioni.

- Case di cura per persone anziane

Nel gruppo con costi sanitari esigui è in corso la trasformazione degli istituti per persone anziane in case di cura per persone anziane, mentre nel gruppo con costi elevati la trasformazione è quasi terminata.

- Spitex

Nei Cantoni con costi sanitari esigui le associazioni Spitex strutturate in categorie lasciano sempre più il posto a organizzazioni interdisciplinari e professionali. Le associazioni mantello prestano in primo luogo servizi ai loro membri „indipendenti“. Nei Cantoni con costi elevati lo Spitex è suddiviso in regioni che prestano assistenza con organizzazioni interdisciplinari, riunite in un'organizzazione Spitex cantonale.

- Revisioni

Nei Cantoni con costi sanitari esigui d'ora in poi gli ospedali per cure acute competono ai Cantoni, mentre la lungodegenza e lo Spitex ai Comuni. Nei Cantoni con costi elevati si riflette sulla possibilità di istituire reti di fornitori di prestazioni.

Interpretazione dei risultati

La correlazione delle particolarità sopra esposte con i costi del settore sanitario può avere più significati e variare in funzione di altre particolarità della sanità. È necessario quindi un'ulteriore interpretazione: il confronto dei Cantoni permette di rilevare che un sistema sanitario cantonale centrale comporta costi elevati, mentre un sistema sanitario decentrale comporta costi esigui. Ciò è probabilmente riconducibile alla maggiore complessità del controllo di un sistema sanitario centrale. Nel sistema decentrale i compiti sono ripartiti sul Cantone competente per l'offerta specializzata e su più regioni relativamente estese, dove i Comuni sono competenti per le cure di base, la lungodegenza e l'assistenza e le cure ambulatoriali a domicilio. Nei sistemi sanitari centrali spesso vi sono per ogni offerta comitati di pianificazione propri, orientati all'ottimizzazione della propria specialità. Nei sistemi sanitari decentrali e in quelli analoghi ai sistemi comunali il finanziamento e le conoscenze concrete sulla fornitura delle prestazioni sono maggiormente correlati tra le varie offerte. La partecipazione democratica diretta dei (potenziali) beneficiari della sanità e dei contribuenti è possibile sia a livello comunale che cantonale e ha un effetto disciplinatore sulla politica delle spese delle autorità.

Conclusioni

Il confronto dei sette Cantoni modello e l'interpretazione dei risultati rilevano che nei Cantoni non è possibile influire sui costi del settore sanitario con singole misure isolate. La base per qualsiasi miglioramento deve essere un modello globale della sanità, i cui elementi si sovrappongono parzialmente. I risultati del presente rapporto danno quale modello ideale quello che presenta le seguenti caratteristiche:

- ripartizione dei compiti

Le regioni si occupano di cure di base ospedaliere, lungodegenza e assistenza e cure ambulatoriali a domicilio e i Cantoni delle cure specializzate e altamente specializzate. All'interno delle singole regioni si devono istituire reti per i fornitori di prestazioni.

- Organi di pianificazione
Organi di pianificazione a livello cantonale e comunale devono essere interdisciplinari.
- Finanziamento
Il finanziamento deve essere separato secondo la ripartizione dei compiti tra regioni e Cantone. L'attribuzione nel dettaglio delle risorse deve essere delegata alle reti e ai fornitori di prestazioni.
- Pianificazione
La competenza della pianificazione deve corrispondere alla ripartizione dei compiti tra regioni e Cantone. Il Cantone, con l'ausilio di una pianificazione direttrice che tenga conto di tutte le offerte, deve garantire il coordinamento tra le regioni e con altri Cantoni.
- Collaborazione extracantonale
Per gli istituti che forniscono cure specializzate, il cui campo d'attività comprende più Cantoni, deve essere istituito un soggetto giuridico comune.
- Fornitori di prestazioni
I soggetti giuridici e i fornitori di prestazioni a livello cantonale e comunale stabiliscono insieme le priorità e pianificano insieme le modifiche e la ripartizione delle risorse. I fornitori di prestazioni mantengono la loro indipendenza operativa nella gestione dell'azienda e nell'impiego dei mezzi finanziari.

Summary

Issue in question

The fact that cantonal expenditure on health-care per inhabitant, which in certain cases varies considerably from one canton to another, raises questions concerning causes. One reason may be the different cantonal regulations applied in the health-care field, which affect the range of out-patient and in-patient treatment offered. A further cause may lie in the difference in application of federal legislation, for example in relation to hospital planning or funding. It is also thought that the differences in cost either depend on the treatment offered or that they are influenced by diverging demand from the population. A study was therefore planned to analyse the reasons why cantonal expenditure on health-care varies and to propose possible improvements in the cantonal health laws and cantonal health policy.

Methods

The Federal Office of Health mandated two institutions – Dr. A. Vatter, Political Researchers and Consultants and COPLAN Empirical Social Research – to carry out the necessary analyses. Dr. A. Vatter's office carried out a statistical cross and in-depth analysis of the difference in expenditure between 26 cantons, based on existing data series, while COPLAN examined in detail the situation in seven sample cantons, chosen on the basis of a cluster-analysis system, using interviews with experts and documents.

Vatter's analysis of cost differences presumed the interaction of actors in the health-care field who influence legislation concerning health care, the distribution of tasks between cantonal and local authorities, and planning and funding the range of treatment offered, as well as organisation, management structures, internal controlling and human resources among the service providers.

COPLAN's investigation was based on documents from the cantonal authorities and the service providers, as well as interviews with representatives of public health-care departments, hospitals, nursing homes for the elderly, Spitex services, doctors and health insurance companies. Written documentation was gathered in March and April 2001, while the interviews were carried out in the different cantons between May and August 2001.

Overview of health care in the seven sample cantons

The seven sample cantons (Aargau, Appenzell Ausserrhoden, Zurich, Tessin, Vaud, Basel-Stadt and Geneva) are analysed below in order of increasing expenditure on health care.

- Aargau

The cantonal authorities are responsible for the two cantonal hospitals including their specialised equipment and the psychiatric clinic. The local authorities are responsible for providing basic equipment in regional hospitals, for long-term care in homes and for out-patient care through Spitex. The canton contributes towards the cost of local facilities. The cantonal authorities have drawn up concepts for governing health care at a local and cantonal level: homes are to be adapted to meet the increased demand for long-term care, psychiatric patients are to be cared for on a more decentralised principle and as out-patients, home assistance and care for out-patients (Spitex) are to be provided by inter-disciplinary organisations, and hospitals are to be supplied through an appropriate, multi-tier supply network. It is aimed to raise the efficiency of the cantonal hospitals through service contracts, global budgets, independent management and the introduction of global charges per case. Thanks to cooperation between doctors and health insurance companies the designated doctor system has become more common over the past few years.

- Appenzell AR

Following the upgrading of local hospitals to cantonal hospitals, the cantonal authorities of Appenzell AR are now responsible for basic supplies and psychiatric services while local authorities are responsible for long-term care and home assistance and care for out-patients. The canton makes a financial contribution towards the cost of local facilities. The canton has signed the Eastern Switzerland Hospital Agreement and meets the need for specialised and highly specialised medicine in neighbouring cantons. The two cantonal hospitals are run on the basis of service contracts and global budgets and have a common administrative infrastructure. Nursing homes for the elderly are constantly expanding their capacity. The Spitex service is provided by associations which come under a cantonal umbrella organisation and are increasingly merging to become

regional and inter-disciplinary units. The designated doctor system is being adopted by a growing number of doctors.

- Zurich

The cantonal authorities of Zurich are responsible for psychiatric care, specialised hospitals and university hospitals, while the local authorities take care of basic in-patient treatment, long-term care and home assistance and care for out-patients. Over the past few years, cantonal health policy has concentrated on reorganising hospital services and ensuring greater efficiency in this area. Around 600 beds will be lost through the closure of regional hospitals. In the cantonal hospitals resources are to be used to greater advantage through new work-time models, service contracts, a global budget and efficiency-oriented controlling, without compromising the quality of the services offered. In psychiatry the aim is to provide out-patient care at a local level. The long working hours put in by assistant doctors and senior consultants and the salaries paid to the nursing staff have led to disputes. Improvements in working conditions for hospital staff are expected to lead to an increase in cost in the double-digit million francs range. Nursing capacity in homes will be expanded. Spitex organisations are merging more and more to become inter-disciplinary units and have joined together to form a cantonal association. Independent doctors are getting together to set up joint practices and specialists are forming competence centres.

- Tessin

In the Tessin the cantonal authorities are responsible for planning and coordination and largely for funding the health-care sector. The local authorities are the canton's executive body and also have to contribute towards funding health-care services. In health-care policy particular importance is attached to preventive medicine. Half of the available hospital beds are to be found in private, non-subsidised hospitals. Following the introduction of the new health-insurance law and the subsequent drop in the numbers of patients in semi-private and private wards, private hospitals in particular are fighting to survive. It was only in recent years that the number of beds started to be reduced, mainly in the private sector. Most of the nursing homes for the elderly are new, while the older ones are being renovated and adapted to meet growing nursing requirements. In line with a new cantonal law, the Spitex service was recently split into six areas with inter-disciplinary units. The fact that the number of doctors' practices is rising while the number of patients remains unchanged is regretted.

- Vaud

In the canton of Vaud the cantonal authorities are responsible for the health-care sector and the local authorities are the executive body. The most important current project is the creation of networks of service providers, which include all forms of care from hospitals and nursing homes to out-patient care and nursing and doctors' practices. It is the network which lays down regulations for service contracts and funding the service providers. Instead of an inflexible global budget, funding is linked to service contracts and prognoses concerning future activities. The revision of the health-care law is aimed among other things at improving patients' rights and their possibilities for lodging complaints. Over the last ten years the number of hospitals has fallen by half. With regard to nursing homes for the elderly, a parliamentary commission is investigating complaints concerning accounting systems, treatment of residents and the staff situation. A project is underway which is looking into quality and cost control in nursing homes for the elderly. As far as concerns the Spitex service, a public umbrella organisation was set up in the 1980s; the canton is divided into ten regions covered by inter-disciplinary Spitex organisations.

- Basel-Stadt

Since the 1990s the canton of Basel-Stadt has been making efforts to reduce its expenditure on health care. Its aims include promoting the Spitex service and expanding nursing homes for the elderly, as well as reorganising the hospital sector. A joint hospital list for somatic acute diseases has been drawn up together with the canton of Basel-Land. The canton of Basel-Stadt maintains a separate list for rehabilitation, geriatrics, psychiatry and special services. Over a period of years, the number of hospital beds for the treatment of acute illnesses and in particular for long-term treatment has been reduced. As far as concerns nursing homes for the elderly, either new beds have been added or beds have been made available in old people's homes for the elderly who need nursing care. Thanks to the expansion of the Spitex service, hardly any residents who need light nursing care are now found in old people's homes. In 1987 the homes joined together to form an

association, while in 1996 the previously independent Spitex units merged to form a cantonal foundation and home assistance and care for out-patients are now provided through interdisciplinary local centres. Service contracts exist for all services offered and the system is funded through a global budget.

- Geneva

Here the cantonal authorities are responsible for the health-care sector and the local authorities are the executive body. For the past ten years the main focus of health policy has been on reducing costs, principally owing to the financial difficulties that the canton has been facing. The measures for achieving this aim include reorganising the in-patient sector and expanding out-patient services. Expenditure in the public sector (hospitals, homes, Spitex service) is to be limited through global budgets. Since 1990 the number of hospital beds has been reduced and at the same time use of beds has been increased. At an organisational level, hospitals have merged. Thanks to the reduction in the number of hospital beds the number of nursing homes for the elderly increased to the point that in 1992 a halt was called to the construction of new homes, while the Spitex service was expanded. In 1998 the nursing homes for the elderly merged to form one association. Home assistance and care for out-patients is now provided through social and Spitex centres with inter-disciplinary teams. An umbrella organisation was formed through the merger of the three former Spitex units. Newly qualified doctors are setting up joint practices.

Comparison of the seven sample cantons

A comparison of the seven sample cantons reveals a series of characteristics which correlate with the differences in expenditure. This raises questions as to the effects on the cost of health care. The following differences exist between the cantons of Aargau, Appenzell AR and Zurich, where expenditure on health care is low, and the Tessin, Vaud, Basel-Stadt and Geneva, where expenditure is high.

- Distribution of responsibilities

In cantons where expenditure on health-care is low the local authorities are responsible for basic hospital supplies, long-term care and home assistance and care for out-patients, while in those where expenditure is high the cantonal authorities are responsible for the entire health-care sector.

Planning and advisory committees

In the cantons with low health-care costs a permanent health-care committee advises the government. The cantons with high costs have a number of permanent committees for hospitals, homes and the Spitex service, in line with cantonal laws, whose composition is often very complicated.

- Funding

Where health-care costs are low cantonal institutions are funded by the canton. Local facilities are paid for jointly out of local and cantonal funds. In the cantons where health-care costs are high the cantonal authorities are responsible for funding the health-care sector and the local authorities make a contributions in some cases.

- Planning

With the present division of responsibilities, conflict may arise between the cantonal and local authorities with regard to planning in cantons with low health-care expenditure, as can be seen from hospital planning in the canton of Zurich. The cantons still try, however, to maintain existing structures and responsibilities and, as in the canton of Aargau for example, to make suggestions as to how the increased requirements regarding homes can be met. In cantons where the cost of health care is low, the local authorities also implement their own plans. In cantons with high health-care expenditure all planning is done at a cantonal level and the planning laws include details as to the format and organisation of the tendering system. By law planning must also be regularly evaluated.

- Nursing homes for the elderly

In the cantons where health-care costs are low old people's homes are still being converted into nursing homes for the elderly, whereas in the cantons where health-care expenditure is high this process has more or less been completed.

- The Spitex service

In the cantons where expenditure on health care is low the different types of Spitex associations are increasingly being transformed into inter-disciplinary and professional organisations. In

principle, the umbrella organisations are service providers for their “independent” members. In the cantons with a high rate of expenditure for health care the Spitex service is divided into supply regions with inter-disciplinary units which together form one cantonal Spitex organisation.

- Reorganisation

In cantons where health-care costs are low the cantonal authorities are now responsible for hospitals which treat acute diseases while the local authorities take care of long-term treatment and the Spitex service. The cantons where health-care costs are high, however, are considering the possibility of networks of service providers.

Interpretation of the results

The correlation of the above-mentioned characteristics with the cost of health care may mean many things and can represent interrelationships with other characteristics of health care. A further interpretation is therefore required: a comparison of the different cantons reveals that a centralised, cantonal health-care system leads to high costs, while a decentralised health-care system generates low costs. The reasons for this lie in the greater complexity of managing a centralised system. In the decentralised system responsibilities are distributed between the cantonal authorities on the one hand, which are responsible for specialised treatment, and a number of distinct regions, where local authorities take care of basic supplies, long-term care and home assistance and care for out-patients. In a centralised health-care system there are often special planning committees for each field which focus exclusively on optimising their speciality. In systems which are decentralised and closer to local authority level there is a strong link between funding and practical knowledge among the service providers in the various fields. It is possible both at a local and a cantonal level for (potential) users of the health-care system and tax-payers to play a direct democratic role in decision-making and this has a disciplinary effect on official spending policy.

Conclusions

The comparison between the seven sample cantons and the interpretation of the results indicate that cantonal expenditure on health care is not influenced by isolated measures. The starting point for making improvements must be a global health-care system model whose component parts overlap. The following ideal model has been drawn up on the basis of the results of the present report.

- Division of responsibilities

Regional bodies should take care of basic hospital supplies, long-term care and home assistance and care for out-patients, while the cantonal authorities are responsible for specialised and highly specialised supplies. Within each region service providers should be integrated to form networks.

- Planning committees

Cantonal planning committees should be made up of representatives of different disciplines.

- Funding

Funding should be split between the regions and the cantonal authorities according to the division of responsibilities.

- Planning

Responsibilities with regard to planning should correspond to the division of tasks between the regions and the cantonal authorities. With the help of a general plan, the cantonal authorities should be responsible for coordination between the regions and with other cantons.

- Extra-cantonal cooperation

Joint bodies should be set up to be responsible for specialised installations which can be used for treating patients from several cantons.

- Service providers

Funding bodies and service providers at a cantonal and local level should jointly set priorities and plan changes and the distribution of resources, the service providers remaining operationally independent with regard to their management and the use of funds.

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	1
2	ANLAGE UND DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG	3
2.1	Auswahl der Modellkantone	3
2.2	Untersuchungsansatz	4
2.3	Erhebung und Auswertung	7
3	GESUNDHEITSWESEN IN DEN MODELLKANTONEN	9
3.1	Einführung	9
3.2	Kanton Aargau	9
3.3	Kanton Appenzell AR	11
3.4	Kanton Zürich	14
3.5	Kanton Tessin	17
3.6	Kanton Waadt	20
3.7	Kanton Basel-Stadt	24
3.8	Kanton Genf	28
4	VERGLEICH DER SIEBEN MODELLKANTONE	33
4.1	Einführung	33
4.2	Kanton und Gemeinden	34
4.2.1	Organisation des Gesundheitswesens	34
4.2.2	Finanzierung	38
4.2.3	Kantonale Planungen	40
4.2.4	Planungen der Gemeinden	46
4.3	Leistungserbringer und Versicherer	47
4.3.1	Spitäler	47
4.3.2	Alterspflegeheime	49
4.3.3	Spitex	51
4.3.4	Ärzte	54
4.3.5	Versicherungen	56
4.4	Zusammenfassung	59
5	INTERPRETATION DER ERGEBNISSE UND FOLGERUNGEN	64
5.1	Ursachen der Kostendifferenzen	64
5.1.1	Einführung	64
5.1.2	Kantone und Gemeinden	64
5.1.3	Leistungserbringer und Versicherer	68
5.2	Ableitung der Folgerungen	70
6	LITERATUR- UND DOKUMENTENVERZEICHNIS	73

ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

Abb. 1: Übersicht über Einflussfaktoren	5
Tab. 1: Kantone nach Cluster und Variablen der Cluster-Analyse	3
Tab. 2: Aufgabenteilung und Kompetenzen	35
Tab. 3: Beratungs- und Planungsgremien	36
Tab. 4: Revisionen und Veränderungen	37
Tab. 5: Ausserkantonale Zusammenarbeit	38
Tab. 6: Finanzierung	39
Tab. 7: Vorgehen beim Bettenabbau in Spitälern	42
Tab. 8: Pflegeheimplanung	43
Tab. 9: Psychiatrieplanung und Drogenpolitik	43
Tab. 10: Spitexplanung	45
Tab. 11: Fachübergreifende Planungen	46
Tab. 12: Instrumente der Bedarfsanalyse	46
Tab. 13: Mitwirkung der Gemeinden in der Planung	47
Tab. 14: Spitäler	49
Tab. 15: Alterspflegeheime	51
Tab. 16: Spitex	54
Tab. 17: Ärzte	56
Tab. 18: Versicherer	59
Tab. 19: Kantone und Gemeinden	59
Tab. 20: Leistungserbringer und Versicherer	59

Danksagung

Der erfolgreiche Abschluss eines Berichts ist der Verdienst vieler. Danken möchte ich den Vertretern der Gesundheitsdirektionen in den Kantonen Aargau, Appenzell AR, Basel-Stadt Genf, Tessin, Waadt und Zürich, die kompetent auf unsere Fragen antworteten. Hoch anzurechnen ist, dass sich die Repräsentanten der Spitäler, Alterspflegeheimen und Spitex an der Erhebung beteiligten. Den Gesprächspartnern aus der Ärzteschaft und den Versicherungen spreche ich für ihre offen geäußerten Meinungen zu Problemen des Gesundheitswesens meine Anerkennung aus. Allen kontaktierten Personen fühle ich mich für die bereitwillige Überlassung von Berichten und Unterlagen ebenfalls zum Dank verpflichtet. Von der begleitenden Projektgruppe sind insbesondere die Herren L. Gärtner, H. Känzig und M. Wicki vom Bundesamt für Sozialversicherung und Herr R. Rosset vom Bundesamt für Statistik hervorzuheben, die durch ihre Anregungen zum Gelingen des Projekts beitrugen. Erwähnen möchte ich auch die gute Zusammenarbeit mit den Herren Chr. Rüefli und A. Vatter vom Büro für Politikforschung und -beratung, Bern.

Roland Haari

1 Einleitung

Die Höhe der Krankenkassenprämien und der anfallenden Gesundheitskosten je Versicherten lösen in der Öffentlichkeit immer wieder Kontroversen aus. Insbesondere geben die auffälligen Unterschiede zwischen den Kantonen Anlass zu vielfältigen Erklärungsversuchen.

Ein Grund könnte in der kantonalen Regelung des Gesundheitswesens liegen, welche zu verschiedenen Gesundheitspolitiken, zu anderen Konzepten beim Aufbau der ambulanten und stationären Angebote sowie zu nicht übereinstimmenden Tarifgestaltungen und abweichenden Subventionierungen der Leistungserbringer führt. Ein weiterer Grund ist eventuell die historisch entstandene Angebotsstruktur, die in den Kantonen unterschiedlich aussieht. Der divergierende kantonale Vollzug von Bundeskompetenzen wie Pflicht zur Spitalplanung (Art. 39 KVG) oder Regelung der Spitalfinanzierung (Art. 49 KVG) mag ebenfalls für abweichende finanzielle Aufwendungen verantwortlich sein. Ob die Regelungen im KVG bezüglich der gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen bei Einzelleistungstarifen (Art. 43 Abs. 5 KVG) sowie der Genehmigung der Prämientarife der Versicherer (Art. 61 Abs. 4 KVG) Auswirkungen auf die Kostendifferenzen haben, ist ungewiss.

Je nach Subventionierung der Leistungen durch die Kantone kann bei gegebenen Kosten des Gesundheitswesens die Belastung der Krankenversicherungen variieren. Gleichermassen kann der Anteil der selbstgetragenen Kosten der Versicherten bei erhöhten Jahresfranchisen die Aufwendungen der Krankenversicherer beeinflussen.

Vermutet wird auch, dass die Kostendifferenzen angebots- oder nachfragebedingt sind. Je mehr Ärzte es im Verhältnis zur Bevölkerung gebe, um so höher fallen die finanziellen Aufwendungen im Gesundheitswesen aus. Unter Umständen sind die divergierenden Aufwendungen für medizinische Leistungen auf unterschiedliches Nachfrageverhalten der Bevölkerung zurückzuführen, das sich aus kulturell bedingten Eigenheiten oder der demografischen Zusammensetzung der Bevölkerung ergibt.

Unsicher ist auch die Entwicklung der Kostendifferenzen im Zeitverlauf. Führen die gesetzlichen Bestimmungen im KVG, die sich auf die Kosten auswirken bzw. die Leistungs- und Kostentransparenz erhöhen, zu einer Angleichung? Oder deuten die grösser werdenden Diskrepanzen bei den Durchschnittsprämien zwischen den Kantonen auf andere Kräfte hin, welche die Kosten beeinflussen?

Welche der oben dargestellten Faktoren für die Kostendifferenzen zwischen den Kantonen und Prämienregionen verantwortlich sind, ist weitgehend unklar. Deshalb sollen nicht nur die Ursachen, sondern auch die Entwicklung der Kostenunterschiede im Gesundheitswesen und bei den Krankenversicherungen im Zeitverlauf untersucht werden. Im Zentrum der Untersuchung steht die Beantwortung folgender Fragen:

- **Wirkung von Angebot und Nachfrage**

Welche Bedeutung kommt der Gestaltung des Angebots und den vorhandenen Kapazitäten im stationären und ambulanten Bereich für die Nachfrage zu?

Welchen Einfluss haben die Subventionen der öffentlichen Hand auf die Preisgestaltung?

Wie wirkt sich die demografische Zusammensetzung der Bevölkerung nach Alter, Geschlecht, Schicht, sowie Nationalität auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aus?

Welchen Einfluss haben regional unterschiedliche Verhaltensweisen?

Wie wirken sich die Charakteristika des Angebots und der Bevölkerung auf Preis- und Mengenunterschiede und somit auf die Kostendifferenzen zwischen den Kantonen und Prämienregionen aus?

- **Einfluss der kantonalen und kommunalen Gesundheitspolitiken**

Führen Differenzen bei der Genehmigung der Tarifverträge durch die Kantonsregierungen zu unterschiedlichen Preiseffekten? Reagieren die Anbieter auf niedrige Preise mit einer Ausweitung der Mengen?

Welche Steuerungsinstrumente werden eingesetzt, um Nachfrage z.B. durch Information der Bevölkerung oder um die Preise / Kosten z.B. durch Globalbudget für Leistungserbringer sowie Subventionen zu beeinflussen?

Welche Veränderungen der Angebotsstrukturen werden angestrebt? Welche Veränderungen wurden realisiert und wie wirken sie sich auf die Kosten im Gesundheitswesen und in den Krankenversicherungen aus?

- **Entwicklung der Kostenunterschiede**

Welches sind die wichtigsten Faktoren, die eine Auseinanderentwicklung der Kosten begünstigen oder verhindern?

Wie haben sich diese Faktoren seit 1990 entwickelt?

Was für Folgerungen lassen sich im Hinblick auf künftige Veränderungen ziehen?

Die Untersuchung soll nicht nur bessere Kenntnisse über die Ursachen der Kostendifferenzen zwischen den Kantonen und Prämienregionen bringen, sondern es sollen auch Empfehlungen für die Regelungen im KVG und die kantonalen und kommunalen Gesundheitspolitiken formuliert werden.

Das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) betraute die beiden Büros Dr. A. Vatter, Politikforschung und -beratung sowie COPLAN Empirische Sozialforschung mit der Untersuchung der Ursachen dieser Kostendifferenzen. Das Büro Dr. A. Vatter führte, ausgehend von ihrer bestehenden Datenbank und weiteren leicht zugänglichen Daten zu Anbietern, Nachfragern, und wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen, eine statistische Quer- und Längsschnittanalyse der Kostendifferenzen zwischen den 26 Kantonen durch.

Das Büro COPLAN basiert seine Untersuchung in sieben ausgewählten Modellkantonen auf Dokumenten wie Gesetze, Planungs- oder Geschäftsberichte sowie auf Leitfadengespräche mit Vertretern der kantonalen Gesundheitsdirektionen, der Leistungserbringern und der Krankenversicherer. Mit Hilfe einer qualitativen Auswertung der Unterlagen und der Gespräche wird der Einfluss der Organisation und Veränderungen des Gesundheitswesens, der Planungen sowie des Managements der Leistungserbringern auf die Kostendifferenzen zwischen den Kantonen eruiert.

Nach der Übersicht über Themenstellung und Zielsetzung in der Einleitung werden im nächsten Kapitel die Auswahl der Modellkantone, der Untersuchungsansatz sowie die Durchführung der Erhebungen dargestellt. Das dritte Kapitel umfasst eine Übersicht zu den Gesundheitswesen in den Modellkantonen. Im vierten Kapitel werden die Modellkantone miteinander verglichen und die wichtigsten Unterschiede im Zusammenhang mit den Kostendifferenzen zwischen den Kantonen herausgearbeitet. Im fünften Kapitel findet sich eine Interpretation der Ergebnisse der Untersuchung. Zusätzlich werden in einem idealtypischen Modell des Gesundheitswesens die Charakteristika hervorgehoben, die eine kostenmindernde Wirkung haben. Im sechsten Kapitel ist das Literatur- und Dokumentenverzeichnis aufgeführt.

Ein separater Materialband enthält als Grundlage für den vorliegenden Berichtsband eine detaillierte Beschreibung der Gesundheitswesen in den sieben Modellkantonen, einen tabellarischen Vergleich der Modellkantone nach einem einheitlichen Raster sowie die Gesprächsleitfäden.

2 Anlage und Durchführung der Untersuchung

2.1 Auswahl der Modellkantone

Um zu einer transparenten und nachvollziehbaren Auswahl der Modellkantone zu kommen, hat das Büro Dr. A. Vatter die 26 Kantone einer Cluster-Analyse unterzogen, die auf bereits vorliegenden Daten aus dem Jahr 1996 beruht. Ziel war Modellkantone in die Untersuchung einzu beziehen, die sich in den Gesundheitskosten, in den Merkmalen des Gesundheitswesens und in den sozialen, wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen voneinander unterscheiden. Die Cluster-Analyse sollte zusätzlich Hinweise auf die Grössenordnung der unterschiedlichen Verhältnisse in der Schweiz geben und aufzeigen, welche Kantone sich im gleichen Cluster wie die ausgewählten Modellkantone befinden.

Von den rund 60 Variablen in der Datenbank wurden nach einer Überprüfung von Kollinearitäten 10 Variablen für die Cluster-Analyse ausgewählt, die in Tab. 1 aufgelistet sind. Zuerst werden die Werte der 10 Variablen in den Clustern dargestellt, danach folgen zur besseren Unterscheidung der Differenzen zwischen den Clustern die standardisierte Werte der Variablen. Die Standardisierung erfolgte, in dem die Werte der Variablen jeweils durch ihren kleinsten Wert dividiert werden.

Tab. 1: Kantone nach Cluster und Variablen der Cluster-Analyse
Werte der Variablen

1996	LU,SZ,ZG						
	AI,SG,GR	UR,OW,NW	ZH,BE,SO	FR,TI	VD	BS	GE
AG,TG	GL,AR	BL,SH,VS	NE,JU				
Kosten Kassen/Versich. in Fr.	1136.95	1140.22	1441.73	1706.00	1897.60	2137.70	2224.50
Kosten Kantone,Gem./Einw.	530.13	803.68	731.01	703.62	783.98	1928.77	1946.42
Durchschnittsprämie in Fr.	124.75	129.87	152.56	177.00	250.86	191.44	249.79
Unterschrift: Initiativ., Referend.	1.79	0.72	1.28	4.38	3.30	1.60	3.40
Dezentralisierung	5.15	5.66	5.13	4.05	4.70	5.50	3.20
Gesundheit wichtig in %	69.70	70.98	64.85	67.38	56.90	68.90	56.90
Hospitalisierung/100 000 Einw.	124.95	126.40	144.45	168.35	148.10	194.80	119.80
Wohlfahrtsausgab. in % v. BIP	26.63	28.07	31.93	31.55	40.86	29.41	57.21
Urbanitätsgrad	40.63	0.00	63.20	47.80	60.20	100.00	100.00
Kantonspersonal/1000 Einw.	16.88	21.60	17.00	24.25	26.00	66.00	56.00

Standardisierte Werte der Variablen

1996	LU,SZ,ZG						
	AI,SG,GR	UR,OW,NW	ZH,BE,SO	FR,TI	VD	BS	GE
AG,TG	GL,AR	BL,SH,VS	NE,JU				
Kosten Kassen/Versich. in Fr.	1.00	1.00	1.27	1.50	1.67	1.88	1.96
Kosten Kantone,Gem./Einw.	1.00	1.52	1.38	1.33	1.48	3.64	3.67
Durchschnittsprämie in Fr.	1.00	1.04	1.22	1.42	2.01	1.53	2.00
Unterschrift: Initiativ., Referend.	2.48	1.00	1.78	6.08	4.58	2.22	4.72
Dezentralisierung	1.61	1.77	1.60	1.27	1.47	1.72	1.00
Gesundheit wichtig in %	1.22	1.25	1.14	1.18	1.00	1.21	1.00
Hospitalisierung/100 000 Einw.	1.04	1.06	1.21	1.41	1.24	1.63	1.00
Wohlfahrtsausgab. in % v. BIP	1.00	1.05	1.20	1.19	1.53	1.10	2.15
Urbanitätsgrad	40.63	1.00	63.20	47.80	60.20	100.00	100.00
Kantonspersonal/1000 Einw.	1.00	1.28	1.01	1.44	1.54	3.91	3.32

Wenn die ersten drei Variablen Kosten der Krankenkassen, Kosten der Kantone und Gemeinden und die Durchschnittsprämien zusammen als Indikator für die Gesundheitskosten betrachtet werden, dann unterscheiden sich die Cluster in der Reihenfolge von links nach rechts durch zunehmende Aufwendungen für das Gesundheitswesen. Die Ausprägungen der drei Variablen haben sich zwar seit 1996 leicht gewandelt, ohne jedoch das generelle Bild zu verändern. Mit den steigenden Gesundheitskosten der Kantone korrelieren eine Reihe von weiteren Variablen: Politische Entschei-

dungsstrukturen sind im geringeren Masse dezentralisiert. In der Bevölkerung sinkt der Anteil derjenigen, welche die Gesundheit als wichtig einschätzen. Hingegen lässt sich teilweise eine höhere Hospitalisierungsrate je Einwohner, einen grösseren Anteil der Bevölkerung in städtischen Gemeinden und mehr kantonale Beamten je Einwohner beobachten.

Diese Unterschiede, die von ländlichen zu städtischen Kantonen verlaufen, können sowohl in der deutsch- als auch französisch- und italienischsprachigen Schweiz festgestellt werden. Auffallend ist jedoch, dass die Gesundheitskosten und Wohlfahrtsausgaben, aber auch die Anteile der kantonalen Beamten in der französisch- und italienischsprachigen Schweiz, im Vergleich zur deutschsprachigen Schweiz, auf einem höheren Niveau beginnen und aufhören. Die Gesundheit wird dagegen in der Welschschweiz als weniger wichtig eingeschätzt. Bemerkenswerte Abweichungen von diesen generellen Beziehungen sind: Ländliche und kleine Deutschschweizer Kantone wie Uri oder Unterwalden weisen eher höhere Gesundheitskosten der öffentlichen Hände als grössere und stärker urbanisierte Kantone wie Luzern oder St. Gallen auf. Die Hospitalisierungsquote je Einwohner ist im städtischen Kanton Genf am niedrigsten. Die Krankenkassenprämien sind 1996 in Basel-Stadt deutlich unter den Werten als in den eher städtischen Kantonen der Welschschweiz.

Die Grobübersicht über die Unterschiede zwischen den sieben Clustern zeigt einen guten Querschnitt sowohl durch das Gesundheitswesen als auch durch die sozialen, wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen in der Schweiz. Die Frage stellt sich jedoch, nach welchen Kriterien die Modellkantone aus den Clustern ausgesucht werden sollen, die mehrere Kantone enthalten? Die begleitende Projektgruppe des BSV beschloss im Konsens mit den Projektbearbeitern, dass in diesen Clustern jeweils der bevölkerungsreichste Kanton auszuwählen ist. Aufgrund dieser Entscheidung wurden die Kantone Aargau, Appenzell AR, Zürich, Tessin, Waadt, Basel-Stadt und Genf in die Untersuchung eingeschlossen. Die sieben Kantone repräsentieren alle drei Sprachregionen und umfassen sowohl ländliche als auch städtische Kantone. Indessen die Auswahl des jeweils grössten Kantons führt dazu, dass nur ein ländlicher Kanton aus der deutschsprachigen Schweiz, nämlich Appenzell AR, einbezogen wurde. In der französischsprachigen Schweiz blieben die kleinen und ländlichen Kantone unberücksichtigt.

2.2 Untersuchungsansatz

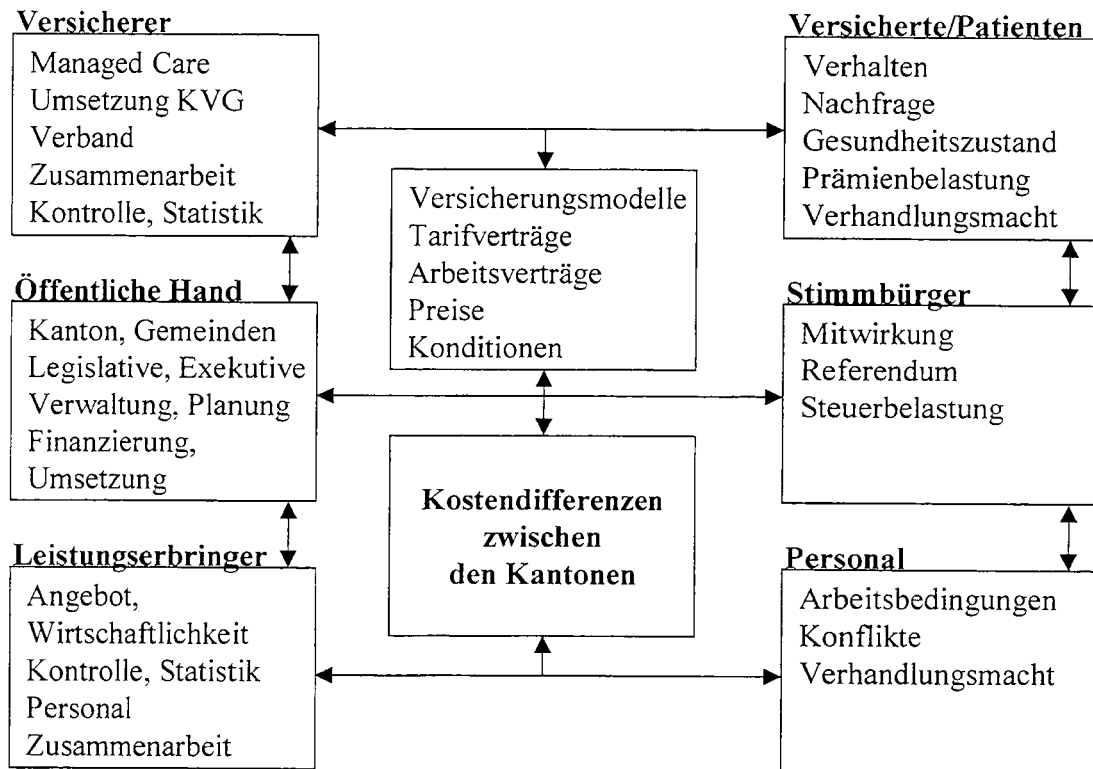
Vorbemerkungen

Zur Ableitung des Untersuchungsansatzes sollen zuerst die Einflussfaktoren in den Kantonen auf die Kostendifferenzen aufgezeigt werden. Die Einflussfaktoren erlauben dann zu entscheiden, welche Informationen benötigt werden und durch Dokumente, durch Gespräche mit Vertretern der Verwaltung, Leistungserbringern oder Versicherern in den Kantonen zu ermitteln sind. Ebenfalls kann dann die Auswahl der Gesprächspartner in den Modellkantonen festgelegt werden.

Übersicht über Einflussfaktoren

Um die Einflüsse der Gesundheitspolitik und Besonderheiten des Gesundheitswesens auf die Kostendifferenzen zwischen den Kantonen aufzuzeigen, enthält die folgende Abbildung eine grobe Übersicht über die Beteiligten im Wirkungsgefüge des Gesundheitswesens. Auf der linken Seite der Grafik sind die institutionellen Akteure und auf der rechten Seite die individuellen Akteure im Gesundheitswesen dargestellt. Die Vereinbarungen zwischen den Akteuren finden sich im mittleren Teil der Grafik. Sie werden als Resultat der Strukturen und Entwicklungen im Gesundheitswesen gesehen, die zum Gesamtaufwand und zu den Kostendifferenzen zwischen den Kantonen führen. Unter Vereinbarungen werden nicht nur Tarifverträge, verschiedene Optionen der obligatorischen Grundversicherung sowie mögliche Zusatzversicherungen, sondern alle möglichen kostenwirksamen Absprachen verstanden.

Abb. 1: Übersicht über Einflussfaktoren



Quantitative Einflussfaktoren wie Staatsausgaben, Altersstruktur, Bettendichte oder Personalabstand sind im Bericht („Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen. Statistische Analyse kantonaler Indikatoren“) des Büros Dr. A. Vatter behandelt. Die folgenden Ausführungen geben Anhaltspunkte, welche vorwiegend qualitative Sachverhalte in den Erhebungsbereichen öffentliche Hand und Stimmbürger, Leistungserbringer und Personal sowie Versicherer und Versicherte zu beachten sind. Eine detaillierte Auflistung der Erhebungsbereiche ist in den Gesprächsleitfäden im Materialband enthalten.

Erhebungsbereiche öffentliche Hand und Stimmbürger

Die Kantone haben unter den Beteiligten im Gesundheitswesen die vielfältigsten Funktionen. Sie bestimmen, welche Aufgaben und Kompetenzen im Gesundheitswesen dem Kanton und den Gemeinden zustehen. Sie setzen ebenfalls die kantonalen Planungs- und Beratungsgremien ein. Die Kantone regulieren und ordnen unter Berücksichtigung des Bundesrechts den Rahmen für die Aktivitäten der übrigen Akteure. Für die ausgewählten Spitäler und Heime, welche Leistungen zu Lasten der Krankenversicherung erbringen dürfen, legen die Kantone den Umfang und die Spezialisierung des stationären Versorgungsangebotes fest. Die Kantone regeln die Zulassung und Voraussetzungen für die Berufsausübung der nichtwissenschaftlichen Gesundheitsberufe. Sie sind weitgehend für Gesetzesrevisionen und Veränderungen bei der Leistungserbringung zuständig. Ferner bestimmen sie in Abkommen mit anderen Kantonen, welche Versorgung sie selbst erbringen wollen und welche sie in anderen Kantonen einkaufen. Die Kantone greifen durch die Finanzierung selbst in das Leistungsangebot ein. Sie regeln das finanzielle Engagement des Kantons und der Gemeinden an den verschiedenen Gesundheitsaufgaben. Die konkrete Ausgestaltung der fünfzigprozentigen Beteiligung an den Betriebskosten der öffentlichen Spitäler und der Subventionen an die Heime

kann in den Kantonen verschieden aussehen. Die Kantone beeinflussen durch Subventionen die Versorgung mit Spitexangeboten, da die Krankenversicherung nur die Pflegeleistungen abdeckt, welche aber für eine voll funktionierende Spitex nicht ausreichen. Unterschiedliche Konzepte bestehen in den Kantonen ebenfalls bezüglich der Frage, wie stark öffentliche Spitäler der Verantwortung der kantonalen Verwaltung unterstehen sollen. Die unmittelbare Leitung durch das zuständige Departement wird in letzter Zeit zunehmend durch eine klare Trennung zwischen öffentlichen Rahmenbedingungen und selbständigen betrieblichem Management ersetzt. Ferner kann die öffentliche Hand auch Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention durchführen, von denen Effekte auf das benötigte Versorgungsangebot und die Kosten ausgehen können. Durch Planungen im Bereich der Spitäler, Pflegeheime, Psychiatrie oder Spitex legen die Kantone die künftige Entwicklung der Gesundheitsangebote fest. Zwischen diesen Leistungserbringern bestehen eine Reihe von Wechselwirkungen, die sich auf die Gesundheitskosten auswirken. Eine unzulängliche Anzahl von Heimen für Pflegefälle kann zu Fehlbelegungen in den Akutspitälern und darum zu höheren Kosten führen. Fehlende Spitexangebote bewirken unter Umständen eine höhere Nachfrage bei stationären Einrichtungen.

Erhebungsbereiche Leistungserbringer und Personal

Die Leistungserbringer sind eine heterogene Gruppe von Akteuren im Gesundheitswesen und umfassen: Spitäler, Heime und Wohneinrichtungen, Spitex, freipraktizierende Ärzte und medizinische Hilfsberufe. Dazu kommen noch medizintechnische Betriebe und Personal. Aber auch das Personal, das etwa 70% der Betriebskosten der Spitäler verursacht, trägt zu den Gesundheitskosten bei und kann für Kostendifferenzen zwischen den Kantonen verantwortlich sein.

Die Binnenstrukturen der Leistungserbringer und deren Veränderungen im Zeitverlauf spielen eine bedeutende Rolle für die Gesundheitskosten. Zu fragen wäre, ob bei den Leistungserbringern das Angebot ausgeweitet, reduziert, umgeschichtet oder verändert wurde. Ferner ist von Interesse, wie die Ausnutzung und Auslastung des Angebots aussieht und welche Leitbilder das Betriebsmanagement bestimmen. Eine grosse Bedeutung kommt der Umsetzung, von politischen Vorgaben und eigenen Leitbildern, Massnahmen zur wirtschaftlichen Leistungserbringung, die Ausgestaltung der unternehmerischen Freiheit sowie dem Controlling und Kostenmanagement zu. Der Zusammenschluss in Fachverbänden sowie die Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Angeboten dürfte sich ebenfalls auf die Qualität und Kosten der Leistungserbringung auswirken.

Je nach Leistungserbringer sind Besonderheiten zu beachten. Für die Gesundheitskosten des Kantons und die Aufwendungen der Krankenkassen wirkt sich aus, ob ein Spital in die Spitalliste aufgenommen wurde, von der öffentlichen Hand mitfinanziert wird oder einen privaten Träger hat. Weiter beeinflussen die Spezialisierung des Spitalangebots und die Ausstattung mit medizintechnischen Grossgeräten die Kosten. Auch bei den Heimen kann die Differenzierung des Angebots zu unterschiedlichen Kosten führen. Psycho-geriatrische Einrichtungen sind z.B. wesentlich personalintensiver als Alters- und Pflegeheime. Die Spitexdienste werden wegen ihrer spital- und heimentlastender Funktion je nach Kanton und Gemeinden unterschiedlich unterstützt. Die Angebotspalette kann sich durch die Einrichtung neuer Dienste wie eine Kinderspitex verändern. Die Organisation der Spitex ist im grossem Masse (noch) durch Freiwilligenarbeit geprägt, was sich wieder auf die Kosten auswirkt. Das Angebot an freipraktizierenden Ärzten lässt sich aufgrund der gegenwärtigen gesetzlichen Grundlage kaum steuern. Mit dem neuen KVG können jedoch durch Sonderverträge mit möglicherweise kostendämpfenden Effekt alternative ärztliche Praxen wie HMO's oder Hausarztmodelle etabliert werden. Die Vergütungen der medizintechnischen Betriebe und Labors werden im Gegensatz zu den Ärzten in gesamtschweizerischen Tarif- und Gebührenordnungen festgelegt.

Erhebungsbereiche Versicherer und Versicherte

Das neue KVG soll mit der Freizügigkeit des Versicherungswechsels zu einem verschärften Wettbewerb unter den Krankenkassen führen. Damit sollen Anreize für die Entwicklung von neuen Versicherungsangeboten, eine effizientere Leistungsabwicklung, ein wirksameres Unternehmenscontrolling und der Abschluss von kostengünstigen Tarifvereinbarungen geschaffen werden. Die Versicherer sollen gleichfalls mit Fallmanagement im stationären Bereich, Aufklärung der Versicherten oder Überprüfung der Rechnung von Leistungserbringern Einfluss auf die Entwicklung der Gesundheitskosten und Prämien nehmen.

Die gestiegenen Gesundheitskosten und Krankenkassenprämien führen ebenfalls vermehrt zu Unruhe unter den Versicherten und Patienten. Die Patientenorganisationen könnten deshalb zunehmend versuchen, die Kostenentwicklung zu beeinflussen. Die Entwicklung und der Einfluss der Patientenorganisationen dürften jedoch unterschiedlich in den Kantonen aussehen.

Auswahl der Gesprächspartner in den Modellkantonen

Die dargestellten Erhebungsbereiche in den Modellkantonen zeigen, dass Informationen über die kantonale Verwaltung, die Leistungserbringer und die Versicherer für die Analyse der Kostendifferenzen relevant sind. Folgende Gesprächspartner wurden deshalb für die Untersuchung gewählt:

- Kantonale Verwaltung
 1. Sekretär der Gesundheitsdirektion und/oder Sachbearbeiter aus der Planungsabteilung
- Leistungserbringer
 2. Spitaldirektor eines grossen öffentlichen oder privaten Spitals,
 3. Leiter eines Heimes oder Vertreter des Heimleiterverbandes,
 4. Geschäftsleiter Spitexorganisation,
 5. Vertreter der Ärztesgesellschaft
- Versicherer
 6. Verbandsvertreter oder Direktor einer grossen Versicherung

In jedem der sieben Modellkantone sollten sechs, d.h. insgesamt 42 Gespräche durchgeführt werden.

2.3 Erhebung und Auswertung

Durchführung der Erhebung

Die Durchführung der Erhebung erfolgte in zwei Phasen. Die erste Phase umfasste eine Internet- und Bibliotheksrecherche zu Informationen über das Gesundheitswesen in den sieben Modellkantonen. Parallel dazu wurden die Gesprächsleitfäden für die Interviews in den sieben Modellkantonen entwickelt. In der zweiten Phase wurden die Gespräche in den sieben Modellkantonen durchgeführt. Jeder Gesprächspartner erhielt vor dem Gespräch den Gesprächsleitfaden sowie eine Liste, der durch die Internet- und Bibliotheksrecherche bereits vorhandenen Unterlagen mit der Bitte fehlende Dokumente zu komplettieren.

Die Internet- und Bibliotheksrecherche fand in der Zeit von März bis April 2001 statt. Die Gespräche in den Kantonen wurden vom Mai bis August 2001 durchgeführt. Entgegen der gewünschten Auswahl der Interviewpartner kam im Kanton Waadt kein Gespräch mit dem Universitätsspital und der Ärzteschaft zustande. Im Kanton Genf konnte trotz vielfältiger Bemühungen keine Gespräche mit Vertretern der Spitex und der Krankenversicherer geführt werden.

Auswertung der Unterlagen und Gespräche

Im Rahmen der Erhebungen in den sieben Modellkantonen sammelte sich umfangreiches Material an, dass in einem dreistufigen Verfahren für die Auswertung erschlossen werden musste. In

der ersten Stufe waren je Kanton zwischen 200 bis 2000 Seiten zu sichten, auf Relevanz für die Fragestellung der Untersuchung zu prüfen und in Exzerpten die wichtigsten Punkte je Kanton zusammenzufassen. In einer zweiten Stufe wurden die wichtigsten Ähnlichkeiten und Unterschiede herausgearbeitet, die Kantone miteinander verglichen und in Tabellen die wichtigsten Unterschiede hervorgehoben. In einer dritten Stufe wurden die Unterschiede zwischen den Kantonen, die als relevant für die Kostendifferenzen vermutet wurden, in bezug auf die Ursachen und Hintergründe der Kostenentwicklung interpretiert und die Folgerungen aus den Untersuchungsergebnissen in der Form eines idealtypischen Modells des Gesundheitswesens dargestellt.

3 Gesundheitswesen in den Modellkantonen

3.1 Einführung

Die folgende Übersicht zu den wichtigsten Charakteristika des Gesundheitswesens in den sieben Modellkantonen ist nach den Akteuren Kanton, Gemeinden, Spitäler, Alterspflegeheime, Spitex, Ärzte und Versicherer gegliedert¹. Ziel des Kapitels ist eine Grundlage für den Vergleich der kantonalen Gesundheitssysteme zu schaffen.

3.2 Kanton Aargau

Im Kanton Aargau entwickelten sich in den letzten zehn Jahren alle Bereiche des Gesundheitswesens ohne grössere Probleme kontinuierlich. Der **Kanton** ist nach dem Gesetz vor allem für die stationäre Versorgung in den beiden Kantonsspitalern sowie für die Psychiatrische Klinik verantwortlich. Aufgabe der **Gemeinden**, der Gemeindeverbände oder der gemeinnützigen Träger sind Spitalgrundversorgung, Langzeitpflege in Alters- und Krankenheimen, Heilstätten und Heilbäder, Spitex sowie Prävention bei Suchtkrankheiten. Die Gesundheitsdirektion wird unterstützt durch eine ständige Gesundheitskommission sowie durch Aufsichtskommissionen für die kantonalen Krankenanstalten. Die Gemeinden oder die Gemeindeverbände können für ihre Belange ebenfalls Gesundheitskommissionen einsetzen. Der Kanton unterstützt die Gemeinden oder andere gemeinnützige Träger finanziell in bezug auf regionale Spitäler, Krankenheimen, Alterspflegeheime und Spitex. Bau- und Landkosten für Spitäler und Krankenheimen begleicht der Kanton und bei Alterspflegeheimen leistet er einen Beitrag. Der Kanton trägt auch 60% des Betriebsdefizits von Spitalern und Krankenheimen. Die Spitex wird bei der Errichtung von Spitexstützpunkten einmalig unterstützt und erhält regelmässige finanzielle Beiträge an die Öffentlichkeitsarbeit, die Fortbildung sowie die Kosten des Dachverbandes. Geplant ist ein revidiertes Spitalgesetz, das eine leistungsorientierte Finanzierung und mehr Selbständigkeit der Spitäler ermöglicht. Künftig soll der Kanton für die Spitalversorgung und die Gemeinden für den Sozialbereich und die Betagtenbetreuung verantwortlich sein.

Mit einer Reihe von Leitbildern und Konzepten versucht der Kanton das Gesundheitswesen auf kantonaler und kommunaler Ebene zu steuern:

- Die Betagtenbetreuung gehört zu den Gemeindeaufgaben. Die „Konzeption für die Betagtenbetreuung im Kanton Aargau (Altersheimkonzept) 1991“ soll deshalb Trägern von Alterseinrichtungen einen Orientierungsrahmen für ihre Tätigkeit geben. In einem Gesamtkonzept wird auf Prävention, ambulante Hilfe und Pflege, Tagesheime, Rehabilitation, Wohnformen für Betagte, Heime, geriatrische Abteilungen in Spitalern und Koordination zwischen den verschiedenen Leistungserbringern eingegangen. Die Stossrichtung liegt auf der baulichen Modernisierung der Alterspflegeheime, um sie den gestiegenen Komfortansprüchen und höheren Pflegeanforderungen anzupassen.
- Die im „Planungsbericht Psychiatrie im Kanton Aargau 1991“ geäusserte Absicht ist, eine dezentrale ambulante Betreuung der psychisch Kranken aufzubauen und die Voraussetzungen für den Abbau von Betten im stationären Bereich zu schaffen. Dafür sollen zum einen die notwendigen organisatorischen Voraussetzungen vorgenommen werden. Ein Leitungs- und Koordinationsorgan ist für die gesamte stationäre und ambulante Psychiatrie verantwortlich. Der Kanton wird in zwei Psychiatriesektoren mit komplettem Angebot aufgeteilt. Die ambulanten psychiatrischen Dienste sind nicht mehr der Klinik zugeordnet, sondern selbständig. Zum anderen soll das ambu-

¹ Weiterführende Informationen können im Kapitel 1 „Detaillierte Darstellung des Gesundheitswesens der Modellkantone“ des Materialbands nachgesehen werden.

lante Versorgungsnetz ausgebaut werden. Dazu gehören unter anderem geschützte Werkstätten und Übergangswohngruppen für psychisch Kranke, Ausbau der Spitex und dezentralisierte psychiatrische Betreuung in Heimen für psychogeriatrische Patienten und eine vernetzte Versorgungskette für Suchtkranke mit Prävention, Entzug, Therapie und Nachsorge.

- Die Spitex gehört zu den Aufgabenbereichen der Gemeinden und wird in deren Auftrag meist von privaten gemeinnützigen Trägervereinen wahrgenommen. Durch das „Spitex-Leitbild Kanton Aargau 1995“ soll erreicht werden, dass die zersplitterten Vereine in den Regionen und Gemeinden sich zu interdisziplinären Organisationen mit allen Basisdienstleistungen der Haushaltshilfe und Hauspflege zusammenschliessen. Im Leitbild wird verlangt, dass die Leistungen zu tragbaren Kosten unter Förderung der Selbsthilfe der Betagten zu erbringen sind. Die Erreichbarkeit soll rund um die Uhr und am Wochenende an einem Spitexstützpunkt mit einer Telefonnummer gewährleistet sein.
- Die „Spitalkonzeption 2005 des Kantons Aargau“ wurde 1994 vom Kantonsparlament genehmigt und aufgrund des KVG in bezug auf Bedarfsermittlung und Spitalisten 1997 den neuen Anforderungen angepasst. Mit dem Spitalkonzept soll eine bedarfsgerechte Versorgung durch ein abgestuftes Versorgungsnetz und Leistungsaufträge der Einrichtungen erreicht werden. Die spezialisierte Versorgung soll vor allem vom Kantonsspital Aarau und teilweise auch vom Kantonsspital Baden wahrgenommen werden. Der Kanton unterhält ebenfalls die Psychiatrische Klinik Königsfelden. Der Grundversorgung dienen vor allem die Regional- und Bezirksspitäler. Die Kantonsspitäler sollen mehr Führungsautonomie zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit erhalten. Die bisherige Defizitgarantie wird durch ein Globalbudget in den Kantonsspitalern und Abteilungs-pauschalen in den Regionalspitälern abgelöst.

Weitere Führungsinstrumente des Kantons, die in diesem Bericht nicht behandelt werden, sind Pflegeschulplanung, Rehabilitationskonzept und Rettungskonzept.

In den **Spitälern** ist im Akutbereich auffallend, dass seit 1995 die Anzahl der betriebenen Betten immer weiter unter dem Bettensollbestand fällt. Im Kantonsspital Aarau liegt die Spitalauslastung schon seit Jahren bei 85% und ist gut. Personalengpässe führten zu einem leichten Rückgang der stationär behandelten Patienten. Entsprechend ist ein ständiges Thema die Überlastung des Personals. Im Rahmen der Wirkungsorientierten Verwaltungsführung (WOV) wurden Leistungsaufträge und Globalbudgets eingeführt, um die Spitäler auf eine vermehrte Selbständigkeit vorzubereiten. Dazu gehört auch die Einführung eines leistungsabhängigen und geschlechtsneutralen Lohnsystems. Zur Prozessoptimierung wurde in den letzten Jahren das Modell integrierter Patientenfunde (MIPP) entwickelt, das sich auch als Alternative zu All Patients Diagnosis Related Groups (AP-DRG) bei der Finanzierung von Leistungen eignet. Geplant ist, die Spitäler Menziken und Leuggern zu fusionieren. Die Spitäler Laufenburg, Rheinfelden und die dazugehörigen Krankenhäuser sollen zu einem Gesundheitszentrum Fricktal zusammengelegt werden.

Im Kanton Aargau wird zwischen **Alterspflegeheimen** (Alters- und Pflegeheimen) sowie Krankenhäusern unterschieden. Dazu kommen noch Pflegeabteilungen in den Akutspitalern. Für die stationäre Langzeitpflege sind die Gemeinden verantwortlich. Träger der Alters- und Pflegeheimen und der Krankenhäuser sind entweder die Gemeinden bzw. ein Gemeindeverband oder eine von den Gemeinden im Einzugsgebiet beauftragte gemeinnützige Körperschaft. Rund ein Drittel der Heime sind nicht auf der Pflegeheimliste. Die Anforderungen an die Pflege sind gestiegen. In den letzten zehn Jahren wurde deshalb zum einen die Bausubstanz der älteren Heime erneuert und den heutigen Komfortansprüchen angepasst und zum anderen die Anzahl der Pflegebetten in den Altersheimen erhöht und das Pflegepersonal aufgestockt. Gleichzeitig wurden Neubauten errichtet. Neu seit der Einführung des KVG ist, dass die Sektion Aargau des Heimverbands Schweiz jetzt für alle Heime verbindliche Tarifverhandlungen mit den Versicherern führt.

Die Pflege und Hilfe Zuhause ist Sache der Gemeinden und wird in deren Auftrag von gemeinnützigen Vereinen wahrgenommen. In den letzten zehn Jahren hat bei der **Spitex** eine zunehmende Professionalisierung stattgefunden. Die Anzahl der kleinen Vereine nimmt durch die Fusion zu regionalen und interdisziplinären Organisationen kontinuierlich ab. Gründe für den Konzentrationsprozess sind die bessere Qualifikation des Personals durch die gestiegenen Anforderungen an die Leistungserbringung sowie die Abrechnungen nach differenzierten Leistungsgruppen, die im Tarifvertrag mit den Versicherern festgelegt sind. Ferner dürften die Bestrebungen des Kantons zur Errichtung von Spitexstützpunkten sowie die Leistungsaufträge der Gemeinden eine Rolle spielen. Der Kantonalverband der Spitex berät deshalb die Vereine bei Aufgaben wie Einführung einer Spitex-Software und führt auch die Verhandlungen mit den Versicherern durch.

Bei den **Ärzten** nimmt die Anzahl der Gemeinschaftspraxen zu. Der Grund liegt in den unzeitgemässen Arbeitszeiten in den Einzelpraxen. HMO haben ausser in den grossen Städten keine Chancen. Dagegen hat sich im Kanton Aargau in den letzten Jahren das Hausarztsystem verbreitet. Etwa ein Sechstel der Bevölkerung nimmt am Hausarztsystem teil. Die Ärzteteinkommen haben sich in den letzten Jahren nicht verändert. Die Zusammenarbeit mit Alterspflegeheimen und der Spitex entwickle sich gut. In vielen örtlichen Spitex-Organisationen sitzt ein Arzt im Vorstand. Die Verbandsarbeit der Ärztesgesellschaft befasste sich in den letzten Jahren vor allem mit Patientenschutz, Arztgeheimnis und Qualitätssicherung. Ein wichtiges Thema ist das Verbot der Selbstdispensation im Kanton Aargau.

Von den **Versicherern** wird das Hausarztmodell angeboten. Allerdings wurde es von der CSS wieder eingestellt, weil die Kosteneinsparungen nicht dem gewährten Rabatt entsprochen haben. Andere alternative Versicherungsformen fragen die Versicherten kaum nach. Die Versicherten wechseln auch selten die Kasse. Einige grosse Versicherungen führen das Fallmanagement durch, um zusammen mit dem Patienten und Spital die optimale Behandlungskette zu finden. Die Finanzierung der Leistungserbringer wird durch Instrumente wie Resident Assesment Instrument/Resident Utilisation Groups (RAI/RUG) oder Modell integrierter Behandlungspfade (MIPP) oder Abteilungspauschalen zunehmend transparenter. Seit der Einführung des KVG wird es insbesondere für kleine Versicherungen zunehmend schwierig, wenn Prämienhöhungen nicht bewilligt werden. Entsprechend setzt sich der Konzentrationsprozess fort. Der Verband ist nach der Einführung des KVG hauptsächlich im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung tätig, im Zusatzversicherungsbebereich nur noch auf Mandatsbasis. Mit der Gesundheitsdirektion finden regelmässige Gespräche statt und der Verband beteiligt sich auch an kantonalen Vernehmlassungen. Er ist in der grossrätlichen Gesundheitskommission vertreten, wo alle Geschäfte des Gesundheitswesens vorberaten werden. Schwierigkeiten bereitete die Spitalliste, weil der Kanton marode Kurhotels als Rehabilitationskliniken aufführte.

3.3 Kanton Appenzell AR

Von den sieben untersuchten Modellkantonen ist der Kanton Appenzell Ausserrhoden der kleinste. Das kantonale Spitalwesen stellt nur die Grundversorgung sicher, der Bedarf an spezialisierter Medizin muss in den benachbarten Kantonen befriedigt werden. Die Aufgabenbereiche des **Kantons** veränderten sich 1993 durch die Umwandlung der Gemeindespitäler in kantonale Spitäler. Der Kanton ist jetzt nach dem Krankenpflegegesetz für die Akutversorgung und die Gemeinden für die Langzeitpflege in Heimen und für die ambulante Hilfe und Pflege zuständig. Nach dem Gesetz ist der Kanton verpflichtet, bauliche Massnahmen der Gemeinden im Bereich der Heime mitzufinanzieren. Ebenfalls hat er die Spitex zu unterstützen. In der Ostschweizer Krankenhausvereinbarung ist die Abgeltung der Spitalleistungen zwischen den Kantonen und die Zusammenarbeit im Spitalbereich geregelt. Für den Kanton Appenzell Ausserrhoden stellt das Abkommen vor allem den

Zugang zur Spezial- und Spitzenmedizin sicher. Kantonale Planungsinstrumente sind die Spital- und Pflegeheimplanung.

- Nach der Spitalplanung 1997 wird mit einem Bedarf von 182 Akutbetten im Jahr 2005 gerechnet. Auf der Spitalliste sind die öffentlichen Spitäler, private Akutspitäler, Rehabilitationskliniken und Kurhuser mit rund 750 Betten. Diese Diskrepanz zwischen Bettenbedarf und Bettenbestand wird mit fehlenden Daten begründet, die keine genaue Evaluation der Anbieter zulassen. 2001 wurde das Spital Teufen geschlossen. Der Bedarf für die Akutpsychiatrie beträgt 72 Betten und wird für ein Einzugsgebiet berechnet, das die beiden Appenzell und den Kanton Glarus umfasst. Zur Langzeithospitalisation werden keine Angaben gemacht. Insgesamt werden in der psychiatrischen Klinik 224 Betten betrieben, davon sind 87 Akutbetten. 1995 wurden für die Spitäler Globalbudgets eingeführt. Leistungsauftrag der Spitäler ist seit 1990, die Grundversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Geplant ist bis 2002 Abteilungspauschalen in den Spitälern einzuführen.
- Die Pflegeheimplanung will vor allem die Gewähr bieten, dass in der Pflegeheimliste aufgeführten Institutionen die umschriebenen Leistungen in guter Qualität anbieten und die Pensionäre die Versicherungsleistungen erhalten. Das heutige Angebot reiche vom einfachen Bürgerheim bis zur spezialisierten psychogeriatrischen Abteilung in der kantonalen psychiatrischen Klinik. Die Pflegeheimliste unterteilt deshalb die Heime in verschiedene Kategorien, die sich für unterschiedliche Grade der Pflegebedürftigkeit eignen. Die Bedarfsberechnung geht jedoch nicht von Schweregrade der Pflegebedürftigkeit aus, sondern von altersspezifischen Bedarfsrichtwerten. Nach der Berechnung decken die Heime heute weitgehend den Bedarf.

Die **Gemeinden** führen in ihrem Bereich eigene Planungen durch. Bauliche und betriebliche Mängel in einem Heim lösten in der Gemeinde Herisau die Erarbeitung eines Altersleitbilds aus. Angestrebt wurde eine Verbesserung der Lebensqualität. Dafür wurden Leitsätze abgeleitet und der Ist-Zustand kritisch bewertet. Die Vorschläge betreffen Zusammenschluss der Spitexvereine, gemeinsame Anlaufstelle für die Spitexdienste oder die Heimzimmer den heutigen Anforderungen anpassen, Schaffung einer zentralen Beratungs- und Informationsstelle sowie ein Instrument zur Kostenerfassung als Führungsinstrument in der Altersarbeit.

Alle kantonalen **Spitäler** bemuhnten sich im Verlaufe der letzten Jahre kontinuierlich die Aufenthaltsdauer zu reduzieren. In den letzten 10 Jahren sind ungefähr 20 Betten weggefallen. Die Bettenauslastung hat sich durch die Einrichtung von Tageskliniken und einem vermehrten Angebot von ambulanten Leistungen verbessert. Immer wieder sind Personalengpässe zu verzeichnen. Bei den Spitälern ist vor allem die Gründung des Spitalverbunds von Bedeutung, der seit April 2000 aus den Spitälern Heiden und Herisau sowie der psychiatrischen Klinik Herisau besteht. Der Spitalverbund soll die Grundversorgung und einen Rettungsdienst für Notfälle sicherstellen. Der Spitalverbund ermöglicht eine gemeinsame Infrastruktur für Rechnungs- und Personalwesen, Informatik und Materialeinkauf, während bei medizinischen und pflegerischen Leistungen die Spitäler unabhängig bleiben. Im Rahmen eines Globalbudgets ist eine Eigendeckung von 70% durch den Spitalverbund vorgesehen, die restlichen 30% zahlt der Kanton in der Form einer Defizitgarantie. Im ambulanten Bereich werden Einzelleistungen und im stationären Bereich Pauschaltarife abgerechnet. Vorgesehen ist, dass im stationären Bereich Abteilungspauschalen eingeführt werden. Ein systematisches Controlling soll im Spitalverbund in nächster Zeit aufgebaut werden.

Die rund 70 **Alterspflegeheime** werden von einer kantonalen Heimkommission beaufsichtigt. Der Kanton unterhält auch eine Fachstelle zur Beratung der Heime in bezug auf Gesetze und Betriebsführung. Der Kanton leistet Beiträge bis zu 50% an die Baukosten. Ansonsten gehören die Heime zum Kompetenzbereich der Gemeinden, die Aufgabe Organisation, Aufsicht und Pensionspreise regeln. Der Leistungsauftrag der Gemeinde Herisau sieht beispielsweise vor, dass sich die

Heime selbst tragen und eine ausgeglichene Jahresrechnung haben. Während vorher jedes Heim den vom Gemeinderat gewählten Heimkommissionen unterstellt war, sind jetzt beide Heime in eine Stiftung mit gemeinsamen Stiftungsrat und Geschäftsleitung zusammengefasst. Obwohl im Reglement steht, dass keine pflegebedürftigen Betagte aufgenommen werden, bauen die Heime im zunehmenden Masse ihre pflegerische Kapazität aus. Der Personalbestand ist deshalb in den letzten Jahren angestiegen und durch die bauliche Sanierung sollen auch die gestiegenen Komfortansprüche befriedigt werden. Ziel ist, dass die Pensionäre bis zum Lebensende dort wohnen können. Die Zusammenarbeit der Heime mit anderen Leistungserbringern findet punktuell statt, wenn ein Pensionär verlegt werden muss. Der Heimverband bemüht sich ein Bewohnerfassungsinstrument zu entwickeln und vertritt die Heime gegenüber den Versicherern.

Die **Spitex** ist in erster Linie Sache der Gemeinde. Eine kantonale Verordnung legt jedoch den Leistungsumfang, die Finanzierung, der kantonale Beitrag an die Spitex sowie die Organisation fest. Die kantonale Spitexverordnung wird ergänzt durch Leistungsverträge zwischen Gemeinden und lokalen Organisationen. Neben der Pflege und Hilfe Zuhause soll die Spitex auch bei der Gesundheitsförderung mitwirken. Die Leistungen werden aufgrund von Bedarfsabklärungen erbracht, die auch die Ressourcen der Klienten berücksichtigen und ihre Selbständigkeit fördern sollen. Die Spitex soll ihre Leistungen rund um die Uhr während der ganzen Woche erbringen und gut erreichbar sein. Die Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern ergibt sich weitgehend aus der Arbeit. Die Vergütung der Pflegeleistungen durch die Versicherer variiert zwischen Bedarfsabklärung und Grund- und Behandlungspflege. Die Spitex ist jetzt in 12 Vereinen organisiert. In den letzten Jahren fusionierten verschiedene Dienstleistungen und es gibt bereits 3 regionale Organisationen. Die fusionierten Vereine versuchen ihre Arbeit in Ressorts zu gliedern. 1990 wurde ein kantonaler Verband gegründet, der seit 1997 eine Geschäftsstelle mit einer Geschäftsleiterin hat. Der kantonale Verband vertritt die Spitexvereine beispielsweise gegenüber dem Kanton und den Versicherern. Er berät die Mitgliedsorganisationen bei Personalfragen, Qualitätsnormen oder Subventionsgesuchen.

Viele **Ärzte** haben sich seit 5 Jahren in Hausarztmodellen zusammengeschlossen. Der Vorteil des Hausarztmodells ist die vermehrte Kommunikation zwischen den Grundversorgern, regelmässige Weiterbildung und Qualitätszirkel. Die Zusammenarbeit mit der Spitex entwickelt sich gut und die Ärztesgesellschaft hat auch einen Vertreter im Spitexdachverband. Mit dem Spitalverbund läuft augenblicklich ein Pilotprojekt bezüglich des elektronischen Datenaustauschs. Einweisungszeugnisse können bereits elektronisch übermittelt werden. Die Ärztesgesellschaft nimmt ebenfalls Stellung zu eidgenössischen und kantonalen Gesundheitsfragen und befasst sich mit der Weiterbildung der Ärzte.

Von den neuen Versicherungsmodellen der **Versicherer** hat sich nur das Hausarztmodell verbreitet. Eine Versicherung bietet Prämienreduktionen an, wenn der Versicherte auf teure Ärzte verzichtet, die auf einer Liste aufgeführt sind. Nach Meinung des Vertreters des kantonalen Verbandes gehen die Versicherten wegen der hohen Prämien zunehmend zur „Konsumation“ über. Der Anstieg der Prämien in der Grundversicherung wurde verursacht, weil das KVG keine Quersubventionen mehr zulässt. Die Versicherer versuchen die Kosten in Griff zu bekommen und sie prüfen die Rechnungen auf Vertragskonformität. Aber die Diagnose ist massgebend und der Versicherer muss bezahlen. Prämienerrhöhungen werden teilweise aus politischen Gründen nicht akzeptiert, einige Versicherer bekommen deshalb enorme Schwierigkeiten und die Fusionen gehen weiter. Bezüglich des KVG gibt es grosse rechtliche Probleme, weil unklar ist, welche Spitalkosten von den Versicherern zu 50% zu übernehmen sind. Kriterien für eine Kostenrechnung fehlen immer noch. Die kantonale Verbandsarbeit hat sich nach Einführung des KVG verkompliziert. Früher konnte der Verband ohne grosse Abstimmung mit den Versicherern Verträge abschliessen. Auch gab es nicht so viele Leistungserbringer wie heute. Jetzt wollen die Versicherer mitreden. Es ist geplant, die kantonalen

Verbände in Regionalverbände zusammenzufassen, um durch Bündelung des Fachwissens mehr Kompetenz zu erhalten. Die Zusammenarbeit mit der kantonalen Verwaltung und den Leistungserbringern erfolgt im Rahmen von Vernehmlassungen. Bei der Spitalliste gab es Konflikte, weil der Regierungsrat Kurhäuser als Rehabilitationskliniken einstufen wollte.

3.4 Kanton Zürich

Der Schwerpunkt der kantonalen Gesundheitspolitik in den letzten zehn Jahren lag in der Redimensionierung des Spitalangebots. Nach dem heutigen Gesetz über das Gesundheitswesen ist der **Kanton** für zentrale Kantonsspitäler, psychiatrische Kliniken und Spezialkrankenhäuser mit kantonalem Einzugsgebiet verantwortlich. Die Gemeinden sind für die Spitalgrundversorgung, die stationäre Langzeitversorgung, Hilfe und Pflege Zuhause und Prävention zuständig. Die kantonalen Einrichtungen finanziert der Staat alleine. An die Investitionen der regionalen und kommunalen Spitäler und die Betriebsaufwendungen der Spitäler und Spitex leistet er einen Beitrag. Umstritten im Gesetz ist das Verbot der Selbstdispensation durch Ärzte, über die in kürze in einer Volksabstimmung entschieden wird. Die Erteilung von Leistungsaufträgen und die Haushaltsführung mit Globalbudgets ist in zwei Verordnungen festgehalten. Nach dem Entwurf für ein neues Gesundheitsgesetz soll die Verantwortung und die Finanzierung für die Akutspitäler und psychiatrischen Kliniken in den Händen des Kantons liegen. Die Befugnis für die Langzeitpflege und die ambulanten Dienste stünden den Gemeinden zu. Neu wird auch die Abkehr von der Defizitdeckung und die Verselbständigung der Spitäler anvisiert. In verschiedenen Verträgen ist die ausserkantonale Hospitalisation geregelt. Der Kanton Zürich bietet den benachbarten Kantonen vor allem spezialisierte und hochspezialisierte Leistungen im universitären Bereich an. In der Ostschweizer Krankenhausvereinbarung wird zusätzlich eine Koordination zwischen den Kantonen bezüglich der medizinisch-pflegerischen Betreuung und der Spitallisten angestrebt.

Mit Fachplanungen zu Spitälern, zur Langzeitversorgung und zur Psychiatrie sowie mit der Durchführung von internen Reformen in den kantonalen Spitälern wird das Gesundheitswesen gesteuert:

- Bereits seit der Spitalplanung 1991 sind Bestrebungen im Gange das Spitalangebot zu reduzieren, Bemühungen, die in den betroffenen Regionen und Gemeinden auf Widerstand stiessen. Die Einführung des KVG führte zu einer Überarbeitung der Spitalplanung, um die kantonalen Spital- und Pflegeheimlisten zu erstellen. Das bisherige viergliedrige Spitalangebot mit Regionalspitälern, Schwerpunktspitälern, Zentralspitälern und Universitätsspitälern wurde durch den Wegfall der Regionalspitäler mit einem dreigliedrigen System ersetzt. Die Grundversorgung übernehmen jetzt die (über)regionalen Schwerpunktspitäler. Rund 600 Betten sollen in einer ersten Phase wegfallen und weitere Schliessungen sind geplant.
- Im Planungsbericht zur Zürcher Pflegeheimliste wird festgehalten, dass das Angebot an Pflegebetten in Spitälern, in Krankenheimen, in Alterspflegeheimen, in Pflegewohngruppen und Behinderteneinrichtungen trotz regionaler Ungleichgewichte weitgehend dem Bedarf entspricht. Bis 2015 würde sich jedoch ein ausgeprägtes Bettendefizit entwickeln. Aus der Einschätzung der Lage wird gefolgert, dass alle Heime in die Pflegeheimliste aufzunehmen sind.
- Nach dem Fachkonzept Integrierte Psychiatrie Winterthur soll in den nächsten Jahren das Modell eines nutzerzentrierten und gemeindenahen Versorgungsnetzes realisiert werden, das für den psychiatrischen Patienten eine Betreuungskontinuität gewährleistet. Eine Klinik soll geschlossen werden. Dafür soll die stationäre psychogeriatrische Akutbehandlung, Therapie und Rehabilitation sowie die Suchtprävention weiter ausgebaut werden.

- Im Spitalbereich finden eine Reihe von internen Reformen statt, um ohne Qualitätseinbussen und soziale Härten eine Kostendämpfung zu erreichen. Mit dem Pilotprojekt neue Arbeitszeitmodelle (BAM) soll der Abbau der Spitalbetten sozialverträglich durchgeführt werden.
Das Pilotprojekt transparente Leistungserbringung und Ressourcenallokation (LORAS) basiert auf datengestützten Steuerungsinstrumenten, dem in der Spitalliste festgelegten Leistungsauftrag und einem daraus abgeleiteten Globalbudget. Mit dem Globalbudget wird der Stellenplan freigegeben und der Gewinn verbleibt im Spital.
Um eine Qualitätsverschlechterung zu vermeiden, wurde von Spitalern, Versicherern, Gesundheitsdirektion, Patientenorganisation und Zuweisern der Verein zur OUTCOME-Messung gegründet.
In einem Projekt zur Verselbständigung des Universitätsspitals Zürich und des Kantonsspitals Winterthur sollen Verselbständigungsmodelle, vermögensrechtliche und finanzielle Fragen, Leistungsvereinbarungen und Personalsituation untersucht werden. Ziel ist die umständlichen Entscheidungsprozesse zu vereinfachen, die den Spitalern als Abteilungen der Gesundheitsdirektion die operative Betriebsführung erschweren.
- Die oben dargestellten Planungen und Projekte der Gesundheitsdirektion, die sich hauptsächlich auf den Spitalbereich konzentrieren, sind in die Entwicklungsplanung 1999-2004 zusammengefasst und in Zusammenhang mit der Bevölkerungsentwicklung und dem medizinischen Fortschritt gestellt. Als Ziel der Entwicklungsplanung werden ausreichende und allgemein zugängliche Gesundheitsangebote sowie wirtschaftliche Leistungserbringung mit einem Kostendeckungsgrad von 50% in Spitalern definiert. Im Vordergrund der Entwicklungsplanung steht jedoch, den finanziellen Bedarf bei der laufenden Rechnung und bei den Investitionen darzustellen.
- Der akute Personalmangel, der zu Abteilungsschliessungen in den Spitaler führte, aber auch Lohnklagen des Pflegepersonals wegen der Verletzung des verfassungsmässigen Anspruchs auf gleichen Lohn von Mann und Frau bewirkten verschiedene Veränderungen im Personalwesen. Zum einen wurden mit einer ausserordentlichen Beförderungsrunde und der Rückgängigmachung einer 3% Lohnkürzung die Gehälter angehoben. Zum anderen fand eine Überarbeitung der Lohnklassen der Gesundheitsberufe statt. Diese Veränderungen führen im Personalbereich zu Mehrkosten im zweistelligen Millionenbereich.

Aufgaben der **Gemeinden** sind die stationäre Grundversorgung, die Langzeitpflege und die ambulanten Dienste. In den einzelnen Gemeinden bzw. in Gemeindeverbänden finden Planungen zur Gestaltung der Angebote statt. Die Gemeinde Niederhasli versucht in ihrer Altersplanung durch einen Spitextstützpunkt eine bessere Vernetzung des ambulanten und stationären Angebots zu erreichen. Die Langzeitunterbringung soll wie bisher mit den Nachbargemeinden erfolgen. Die Mischfinanzierung, die bei kommunalen Einrichtungen zwischen Gemeinden und Kanton besteht, erfolgt aufgrund Voranschlägen der Gemeinden, die von der Gesundheitsdirektion genehmigt werden. Die Finanzierung wird auch in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe der Gemeinden und der Gesundheitsdirektion besprochen. Das KVG hat nach Schätzung des Kantons zu einer spürbaren finanziellen Entlastung der Gemeinden durch Spitalschliessungen und Übernahme der Pflegeleistungen durch die Krankenversicherer geführt.

Die verschiedenen Projekte der Gesundheitsdirektion bei den **Spitalern** sind bei den Ausführungen zur Spitalplanung schon dargestellt. Aus der Sicht des Universitätsspitals Zürich wird eher die Stabilität der Entwicklung betont. Die Anzahl der Betten hat leicht abgenommen, die Bettenbelegung nahm zu, die Aufenthaltsdauer sank und der Personalbestand ist leicht gestiegen. Der Kostendeckungsgrad hat sich ebenfalls erhöht. Das Spital ist immer noch eine Verwaltungsabteilung der Gesundheitsdirektion und trotz des Globalbudgets besteht die Defizitgarantie des Kantons für das Spital weiter.

Die **Alterspflegeheime** sind Aufgaben der Gemeinden, die jedoch die Trägerschaft weiter delegieren können. Die Rechtsform variiert deshalb zwischen Gemeindeheimen, Stiftungen, Vereinen und privaten Heimen. Der Kanton sieht trotz des voraussichtlich beträchtlichen Defizits an Pflegebetten keinen eigenen Handlungsbedarf. Das Pflegeheim am See in Küsnacht soll als Beispiel für die sich abspielenden Veränderungen herausgegriffen werden. Da die Leute pflegebedürftiger geworden sind, geht die Entwicklung in Richtung Pflegeheim. Für die Integration dementer Kranken wird sehr viel getan. Die Nachfrage nach Tagesheimplätzen und temporären Betten steigt. Besonderer Wert wird auf die Aktivierung der Pensionäre gelegt. Durch die Veränderung der Pensionärstruktur und heutige Komfortansprüche sind die Gebäude teilweise veraltet und es besteht ein beträchtlicher Erneuerungsbedarf. Das Heim soll teilweise abgerissen und neu gebaut werden. Schwierig ist das Personal längerfristig an das Heim zu binden. Neu ist die Einführung der Mitarbeitergespräche. Als Führungsinstrument dient auch das Heimleitbild, das jährlich überarbeitet wird. Die Zusammenarbeit zwischen den Heimen ist gut, die Infrastruktur und die Wäscherei wird gemeinsam genutzt und beim Personal findet auch ein Austausch statt. Nach der Gemeindeordnung unterstehen alle Heime der Heimkommission. Aufsichtsbehörde für den Betrieb der Heime ist der Kanton. Das Heimdefizit wird von der Gemeinde übernommen, aber das detaillierte Budget muss eingehalten werden. Das KVG führte zu administrativen Veränderungen wie Kostenstellenrechnung oder Qualitätssicherung. Die Arbeit des Heimverbands konzentriert sich auf Löhne, Personalfragen und Tarifverhandlungen.

Auch die **Spitex** ist Gemeindesache, die sowohl von der Gemeinde selbst betrieben wird als auch an private Vereine weiter delegiert werden kann. In den letzten zehn Jahren fusionieren immer mehr kleine Dienste zu grösseren Organisationen, die zunehmend interdisziplinär und auch gemeindeübergreifend arbeiten. Der Fusionsprozess läuft weiter, weil erstens die Gemeinden ein vernetztes und benutzerfreundliches Angebot anstreben und zweitens die Versicherer eine transparente Leistungserbringung und Abrechnung verlangen. Der Umfang der Spitexleistungen hat seit fünf Jahren geringfügig abgenommen. Durch die Einführung des KVG verlagerten sich die Kosten von den Gemeinden auf die Klienten und ihre Krankenversicherungen. Seit 1992 besteht der kantonale Spitexverband, der die Interessen der Mitgliedorganisationen in der Öffentlichkeit, bei Bund, Kanton, Gemeinden sowie den Krankenversicherern vertritt. Der Spitexverband erarbeitete mit den Versicherern beispielsweise den Spitex-Vertrag und Richtlinien bezüglich der Qualitätssicherung. Mit der Spitex-Koordinationsstelle der Gesundheitsdirektion wurde ein Leistungsrahmen für die Spitex für das gesamte Kantonsgebiet erarbeitet. Danach soll die Spitex nicht nur Hilfe und Pflege Zuhause erbringen, sondern auch in der Rehabilitation, Beratung und Prävention tätig sein. Festgelegt wurde weiter, dass die Spitex über eine gemeinsame Anlaufstelle während der ganzen Woche erreichbar sein soll. Der Spitexverband unterstützt ebenfalls die Mitgliedorganisationen bei der Gestaltung und Planung der Spitexleistungen.

In der Grundversorgung geht die Entwicklung bei den **Ärzten** nach Ansicht des Gesprächspartners zu Gruppenpraxen. Hochspezialisierte Ärzte wie Neurologen, Kardiologen schliessen sich zu Kompetenzzentren zusammen. HMO und Hausarztmodell haben in der Schweiz nicht sehr viel Erfolg. Nach zehn Jahren gibt es nicht einmal 5% HMO-Versicherte. Vor allem jüngere und gesunde Leute nutzen diese neuen Angebotsformen. Veränderungen haben sich auch durch die Feminisierung des Ärzteberufs ergeben, weil Frauen weniger kommerziell ausgerichtet sind als Männer. TARMED hat den Vorteil, dass die Arbeit des Arztes transparent und die Beratung aufgewertet wird. Der Zeittarif verleitet jedoch länger am Patienten zu arbeiten. Die Zusammenarbeit mit nichtärztlichen Leistungserbringern hat sich verbessert. Es wird akzeptiert, dass man an Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Spitex und Fürsorgebehörde delegiert. Seit zwölf Jahren wurde bei Tarifverhandlungen kein Teuerungsausgleich mehr gewährt. Die Ärzte holten sich jedoch den Teuerungsausgleich, sie

haben einfach die Patienten häufiger bestellt. Zunehmend diktieren Ökonomen, Politiker, die Pharma, Medien, Spitaldirektoren und Versicherungsdirektoren, was die Ärzte zu tun haben.

Der Schweizer hat nach Meinung des Verbandsvertreters Schwierigkeiten, Einschränkungen in der Versicherungsleistung in Kauf zu nehmen. Bezüglich den neuen Modellen der **Versicherer** findet die wählbare Franchise am meisten Zuspruch. Hausarztmodelle sind noch im Versuchsstadium. Die Hausarztgemeinschaften sind mit 180-200 Ärzten häufig so gross, dass man nicht weiss, ob sich die richtigen Ärzte gefunden haben. Von Seiten der Versicherer kamen nicht die erwarteten Einsparungen heraus. HMO-Zentren, die von Ärzten gegründet wurden, laufen sehr gut. Man merkt, dass der Versicherte durch das KVG die Wahlfreiheit hat. Die Versicherungen sind von Verwaltungen zu kundenorientierten Unternehmen geworden. Die Prämienhöhungen entsprechen nicht der allgemeinen Kostenentwicklung. Zu erwarten sind jährliche Kostensteigerungen von 4-7%. Gewisse Kosten beispielsweise im Pflegebereich wurden vom BSV um das Doppelte unterschätzt. Die Versicherer führen das normale Unternehmenscontrolling mit Jahreszielen und Abweichungskontrollen durch. Die Wirtschaftlichkeitskontrolle der Leistungserbringer ist sehr aufwendig. Alles sind individuelle Fälle und es gibt kein standardisiertes Verfahren. Für ein Prozess muss ein Expertenteam von Ärzten aufgestellt werden. Die Prozesskosten können sich leicht auf CHF 300'000.00 belaufen.

3.5 Kanton Tessin

Das Gesundheitswesen im Tessin wird hauptsächlich vom **Kanton** bestimmt. Das Gesundheitsgesetz legt fest, dass der Kanton für die Planung und die Koordination der Ressourcen im Gesundheitswesen verantwortlich ist. Ausgehend von den Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung kann er die verschiedenen Einrichtungen finanziell unterstützen, an ihrer Leitung teilnehmen oder sie in der Form von autonomen Diensten führen. Im Gesetz wird grosser Wert auf Prävention und Gesundheitserziehung gelegt. In einer Änderung des Gesundheitsgesetzes ist festgelegt, dass der Kanton ein Anteil von 75% der Defizite deckt. Die **Gemeinden** sind nach dem Gesundheitsgesetz vor allem ausführende Organe des Kantons, die Gesetzesverletzungen zu melden haben und dem Kanton Vorschläge für die Gesundheitsprävention machen dürfen. Festgelegt ist ferner, dass die Gemeinden sich an den Kosten der schulärztlichen und schulzahnärztlichen Diensten in Abhängigkeit von ihrer Finanzkraft beteiligen müssen.

Das Spitalgesetz legt fest, dass der Kanton die Spitalbetreuung koordiniert, und die öffentlichen Spitäler dem Spitalamt unterstellt sind. Der Grosse Rat diskutiert alle vier Jahre die Richtlinien für die Spitalplanung und wählt die Mitglieder des Verwaltungsrates des Spitalamtes. Dem Spitalamt ist eine Spitalkonferenz mit Vertretern der Versicherer, Ärztesgesellschaft, der Gewerkschaften und Berggemeinden zugeordnet. Ferner besteht ein Spitalrat aus Vertretern der Gemeinden, Ärzten, und Versicherer. Der Verwaltungsrat des Spitalamtes führt die Beschlüsse des Regierungsrates aus und erarbeitet alle vier Jahre eine Spitalplanung, die sowohl die öffentlichen, privaten und ausserkantonalen Spitäler als auch die ambulante Versorgung berücksichtigt. Planungsprinzipien sind eine dezentrale Grundversorgung, eine zentralisierte Spezialversorgung und Zusammenarbeit mit ausserkantonalen Spitälern. Das Amt bestimmt die Aufgaben, der im Gesetz nicht erwähnten Spitäler, und die notwendige stationäre und ambulante Angebotsstruktur. Das Spitalamt kann in einzelnen Spitäler psychiatrische Abteilungen einrichten. Das Amt ist im Rahmen des vom Grossen Rat bewilligten Budgets für die Finanzierung von Geräten und Immobilien zuständig. Die Anschaffung von teuren Geräten muss aufgrund einer Bedarfsanalyse von einer speziellen Kommission bewilligt werden. Die Finanzierung der Betriebsausgaben und des Betriebsdefizits wird durch den Kanton gedeckt. Anerkannte Privatspitäler erhalten ebenfalls eine Defizitgarantie.

Das Gesetz für die sozialpsychiatrische Hilfe unterteilt den Kanton in Gebiete mit sozialpsychiatrischen Einheiten, die für eine dem Patienten angemessene Therapie, Rehabilitation und Aus-

bildung innerhalb des sozialen Umfelds zu sorgen haben. Die Einheiten sind ebenfalls für die Prävention verantwortlich. Die Einheiten können juristische und private Personen des privaten Rechts sein und müssen vom Kanton anerkannt werden, um finanzielle Zuschüsse zu erhalten. Zusätzlich müssen die Einheiten in einer kantonalen sozialpsychiatrischen Organisation mitarbeiten. Eine kantonale sozialpsychiatrische Kommission erarbeitet alle vier Jahre Vorschläge und Planungen zu Händen des Regierungsrates.

Das Spitexgesetz will die Hilfe und Pflege Zuhause koordinieren und die Spitex für jeden hilfsbedürftigen Kantonseinwohner unter Berücksichtigung seiner Ressourcen sicherstellen. Zu den Leistungen gehören ebenfalls Beratung bei sozialen Problemen und Gesundheitserziehung. Leistungserbringer sind interdisziplinäre Spitex-Organisationen, die jeweils für eine der sechs Versorgungsregionen im Kanton zuständig sind. Die Kompetenzen für die Spitex liegen hauptsächlich beim Kanton. Der Grosse Rat bespricht alle vier Jahre die Planungsrichtlinien, entscheidet über die Rekurse und bewilligt grössere Investitionen. Der Regierungsrat koordiniert die Aktivitäten der Spitex, akkreditiert die gemeinnützigen Dienste, erteilt Zuschüsse für den Betrieb und Versuchsprojekte, regelt zusammen mit der Spitex die Personalausbildung, evaluiert die Aktivitäten der Spitex und entscheidet die Differenzen zwischen Gemeinden und Spitex.. Die Gemeinden schliessen Vereinbarungen mit der Spitex ab, müssen die Leistungen auf ihrem Gebiet garantieren und vier Fünftel des Defizits tragen. Sie sind auch an den Spitexplanungen des Regierungsrates zu beteiligen.

Die kantonale Gesetzgebung betont die Prävention und stipuliert, dass in regelmässigen Abständen Planungen durchzuführen sind.

- Entsprechend den gesetzlichen Grundlagen werden regelmässig Präventionskampagnen durchgeführt, die sich teilweise in einem gesamtschweizerischen Rahmen abspielen. Themen sind unter anderem Herz- und Kreislauferkrankungen, Krebs, körperliche Betätigung, Alkohol- und Tabakkonsum sowie Übergewicht. Medien sind Fernsehen, Konzerte, Theater, Vorträge oder eine Rezeptsammlung für gesunde Ernährung. Die Kampagnen werden wissenschaftlich begleitet, um deren Wirkung festzustellen. Jährlich stehen CHF 800 000.00 für die Aktivitäten zur Verfügung.
- Die kantonale Spitalplanung hat sich vor der Einführung des KVG nur mit den öffentlichen Spitälern auseinandergesetzt, obwohl auf die Privatspitäler 50% des Bettenbestands entfallen. Unter Berücksichtigung aller Betten hat der Kanton im Vergleich zur gesamten Schweiz ein deutliches Überangebot. Die Tessiner suchen auch deutlich häufiger ein Spital auf und verbleiben auch länger dort. Der Kanton beabsichtigt deshalb durch eine bessere Koordination und Abstimmung des stationären, halbstationären und ambulanten Angebots, durch die Schliessung von überzähligen Spitalbetten sowie durch eine Bedürfnisklausel bei teurem Gerät und Technologien eine neue Richtung im Gesundheitswesen einzuschlagen. Der Rekurs des kantonalen Versichererverbandes führte zu einer Überarbeitung der Spitalplanung in bezug auf die Spitalliste. Aufgrund der Spitalplanung soll nicht ganz ein Fünftel des Bettenbestandes vor allem in Privatspitälern geschlossen werden. Für verschiedene Spitäler wurden Leistungsaufträge erarbeitet. Anspruch auf eine finanzielle Beteiligung des Kantons haben nur die Spitäler mit einem Leistungsauftrag.
- Im Brennpunkt der Gesundheitspolitik stand die Umwandlung der Spitex in eine interdisziplinäre Organisation, die sich seit ungefähr 6 Jahren in mehreren Phasen abspielt und auf dem Spitexgesetz von 1997 beruht. In verschiedenen Berichten und Veröffentlichungen sind die Grundzüge des Umwandlungsprozesses dargestellt. In der ersten Phase gilt es Ziele festzulegen, die Angebote zu überprüfen, Ressourcen festzustellen sowie ein multidimensionales Instrument zur Datenerfassung (Resident Assessment Instrument (RAI Home)) zu erproben. In der zweiten Phase sind dann Ziele, Personal- und Finanzbedarf sowie die Kriterien zur Anerkennung der Spitex-Organisationen, darunter fallen auch Transport- und Mahlzeitendienste, zu präzisieren. Weiter ist die Koordination zwischen ambulanten Diensten und halbstationären und stationären Einrichtun-

gen sicherzustellen. Die Beratung und Dienste für Familien, Mütter und Kinder sollen neu in die interdisziplinären Spitex-Organisationen in den sechs Versorgungsregionen integriert werden. In jeder Versorgungsregion soll eine gewählte Gebietskommission mit fünf Mitgliedern für die Spitex verantwortlich sein. In den Gebietskommissionen sind auch Mitarbeiter und Freiwillige der bisherigen Vereine zu beteiligen. Die Hilfe und Pflege soll rund um die Uhr und an allen Wochentagen angeboten werden, um Spital- und Heimeintritte zu reduzieren.

In der Gesundheitsdirektion hat sich in den letzten Jahren nicht viel verändert. Bei den Präventionskampagnen findet eine Zusammenarbeit mit anderen kantonalen Ämtern aus den Bereichen Umwelt und Arbeit statt. Ebenfalls werden die Gemeinden einbezogen. Im allgemeinen geht die Initiative in der Gesundheitspolitik vom Kanton aus. Offene Fragen sind die Abgrenzung zwischen Pflege- und anderen Kosten in den Spitälern und Heimen. Bis jetzt hat man einen Kompromiss mit den Versicherern gefunden.

Vom Bettenbestand der **Spitäler** sollen etwa ein Fünftel abgebaut werden, davon befinden sich vier Fünftel in privaten nicht subventionierten Instituten. Ein öffentlich subventioniertes Spital wird in ein Alterspflegeheim umgewandelt. Die öffentlichen Spitäler sollen in ein Verbundsystem mit stationären, halbstationären und ambulanten Einrichtungen einbezogen werden. In öffentlichen und privaten Spitälern wird zunehmend auf Fallpauschalen umgestellt. Grosse Veränderungen haben seit der Einführung des KVG und dem Bettenabbau bei den Privatspitälern stattgefunden. Der Bettenbestände der beiden Spitäler St. Anna und ARS Medica beispielsweise schrumpften um 15%. 15% der Patienten lagen 1990 in der allgemeinen Abteilung und heute liegt der Anteil bei 55%. Die finanzielle Situation ist in den letzten Jahren äusserst prekär geworden. Die administrativen Dienste wurden zusammengelegt und die Nutzung der Grossgeräte erfolgt gemeinsam, um Kosten zu sparen. Mit anderen Leistungserbringern und Akteuren im Gesundheitswesen gibt es eigentlich keine Kooperation. Vom Gesundheitsdepartement gibt es nur Direktiven bezüglich Bettenkürzungen und Leistungsaufträge.

Viele der 40 **Alterspflegeheime** wurden erst kürzlich errichtet, die anderen unterliegen einem sukzessiven Erneuerungsprozess und werden gleichzeitig erweitert. Geplant ist die Anzahl der Heimplätze zu erhöhen. Die Trägerschaft der Heime ist unterschiedlich. Als Beispiel kann das Heim in Agno dienen, das von 4 Gemeinden unterhalten wird. Der Anteil der Pflegebedürftigen hat sich in den letzten fünf Jahren von 33% auf 60% verdoppelt, weshalb auch die Kosten steigen. Das Heimbudget wird dem Kanton vorgelegt, welcher das Defizit zu 100% übernimmt. Seit sieben Jahren hat es jedoch keinen Fehlbetrag mehr gegeben. Das Heim versucht sich bei seiner Arbeit an die Richtlinien zu halten, die zwischen dem Forum für stationäre Altersarbeit und Santésuisse vereinbart wurden. Durch Aktivierung der Pensionäre versucht man keine Qualitätsunterschiede zu privaten Institutionen entstehen zu lassen. Mit Indikatoren werden die Angemessenheit und Notwendigkeit der Leistungserbringung dokumentiert. Eine analytische Buchhaltung soll eingeführt werden. Die Zusammenarbeit mit den anderen Heimen ist gut und man hilft sich bei Personalengpässen gegenseitig aus.

Der Wandel bei der **Spitex** ist in den Ausführungen zum kantonalen Spitexgesetz sowie Spitexplanung detailliert dargestellt. Hier sollen lediglich einige zusätzliche Informationen zur Region Lugano nachgetragen werden. Das Luganeser Gebiet umfasst rund 50 Gemeinden und ist in fünf Zonen aufgeteilt, die zwischen 9000 und 26000 Einwohner umfassen. In jeder Zone sind interdisziplinäre Equipen tätig. Jede Equipe besteht aus einem Chef, Krankenschwestern, Familienhilfen, Geriatrieassistenten und Hilfskräften. Für die Region Lugano gibt es noch ein Ambulatorium für Eltern und Kind. Der Leistungsauftrag wird durch den Kanton und die Gemeinden erteilt. Die Genehmigung und Kontrolle des Budgets erfolgt durch die Träger und definitiv durch den Kanton. Seit dem neuen Gesetz sind die Leistungen und Kosten stark gestiegen. Die Versicherer zahlen CHF

35.00 in der Stunde an die Pflegeleistungen. Mit den Heimen und Spitälern wird die Zusammenarbeit wegen des Wechsels zwischen temporären Betten, Spital und Zuhause gesucht.

Von den **Ärzten** wird vor allem die Zunahme der Praxen beklagt, die sich eine gleichbleibende Menge von Patienten teilen müssen. Vermehrt wird nach Auskunft des Gesprächspartners deshalb ein Business Plan erstellt und zur Kostenoptimierung und Teilung der Anfangsinvestitionen Gemeinschaftspraxen gegründet. Neue Angebotsformen wie HMO haben im Tessin keine Chancen, weil die Tessiner „ihren eigenen Arzt haben wollen“. Zwischen den Ärzten gibt es seit einigen Jahren einen besseren Informationsfluss und mehr Sinn für Teamarbeit. Die Ärztesgesellschaft beschäftigt sich vor allem mit Themen wie Qualitätssicherung, schwarze Schafe unter den Medizinem elektronisches Verbundnetz zwischen den Leistungserbringern und Tarifverträgen. Da es weit mehr Spezialärzte als Hausärzte gibt, finden die Diskussionen hauptsächlich in den Facharztvereinigungen statt.

Die **Versicherer** meinen ebenfalls, dass neue Angebotsformen wie HMO im Tessin überhaupt nicht beliebt sind. Höhere Franchisen sind nicht sehr verbreitet. Zweitmeinungen werden kaum eingeholt, weil vor allem ältere Leute stets ihrem Arzt glauben. Grössere Unterschiede entwickelten sich bei den Krankenkassenprämien. Besonders Jüngere wechselten in den letzten Jahren häufig die Versicherung. Die Zusammenarbeit zwischen den Versicherer ist in letzter Zeit besser geworden. Im Verband werden schwarze Schafe unter den Ärzten, falsche Kostenberechnungen, die verfehlte Spitalplanung und das neue private Kardiozentrum diskutiert. Mit den Ärzten gibt es eine gemeinsame Kommission und die Zusammenarbeit mit der Gesundheitsdirektion beschränkt sich auf das unumgängliche. Nach Ansicht des Gesprächspartners muss das KVG wegen der vielen neuen kassenpflichtigen Leistungen überarbeitet werden.

3.6 Kanton Waadt

Die Bestrebungen der letzten Jahren drehten sich vor allem um eine Neuausrichtung des Gesundheitswesens (Nouvelles Orientations de Politique Sanitaire NOPS), mit der Netzwerke von Leistungserbringern geschaffen werden sollen. Zwei Rahmengesetze, nämlich das Gesundheitsgesetz und das Gesetz zur Planung und Finanzierung von Gesundheitseinrichtungen, bieten die Basis für die Bemühungen des **Kantons**. Nach dem Gesundheitsgesetz werden Regierung und Verwaltung durch einen Gesundheitsrat, eine Planungs- und Finanzierungskommission und lokale Kommissionen (Commissions de zone) unterstützt. Die permanenten Kommissionen werden vom Regierungsrat ernannt. Insbesondere der Gesundheitsrat soll die Regierung bei der Gesetzgebung, Besetzung von Chefposten und Informationsbeschaffung beraten. Das Gesundheitsamt (Service de la santé publique et de la planification sanitaire) ist nach dem Gesetz hauptsächlich verantwortlich für Planung, Bauvorhaben und Ausbildung im Gesundheitsbereich sowie für Drogenbekämpfung und Prävention. Die **Gemeinden** haben nach dem Gesetz keine eigenen Kompetenzen, sondern sind ausführende Organe des Kantons. Das Gesundheitsgesetz befindet sich augenblicklich in Revision. Geplant sind zwei neue Kommissionen, die Klagen der Patienten und Heimbewohner prüfen sollen. Die Rechte der Patienten und Heimbewohner sollen ferner durch einen zugeordneten Vermittler bzw. durch eine begleitende Person gestärkt werden. Vorgesehen sind auch die Zulassung neuer Gesundheitsberufe sowie die Schaffung eines Rahmens für Notfallsituationen (Katastrophenhilfe).

Das Gesetz zur Planung und Finanzierung der Gesundheitseinrichtungen versucht eine Grundlage für die Neuausrichtung des Gesundheitswesens zu schaffen. Die Deckung der Gesundheitsbedürfnisse mit qualitativ hochstehenden Leistungen zu tragbaren Kosten soll durch den freiwilligen Zusammenschluss der Leistungserbringer in Netzwerke erreicht werden. Die Netzwerke sollen die Rechtsform einer juristischen Person haben. Die Mitglieder verwalten nicht nur gemeinsam die Ressourcen, sondern planen auch deren Einsatz. Zu den Kompetenzen des Kantons gehören

die Erteilung von Leistungsaufträgen, Zahlung von Investitionen und Betriebszuschüsse an stationäre Einrichtungen und Netzwerke der Leistungserbringern, Gesundheitsplanung und Information der Bevölkerung. Der Grosse Rat nimmt Stellung zur Planung, Finanzierung und Leistungsaufträge der Gesundheitseinrichtungen. Der Regierungsrat ernennt zu seiner Unterstützung bei der Gesundheitspolitik eine permanente sanitätspolitische Kommission, die sich aus den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen zusammensetzt. Die Gesundheitsplanung befasst sich laut Gesetz mit der geographisch dezentralen Grundversorgung und zentralen spezialisierter Versorgung, Aufgaben der Leistungserbringer und Zuteilung zu einem Netzwerk, Aufnahme in Spital- und Pflegeheimlisten, Restrukturierungen, Qualitätssicherung und Datenerfassung für Gesundheitseinrichtungen. Die kantonalen Finanzbeiträge sind an Leistungsaufträge mit Auflagen bezüglich Buchhaltung und Statistik geknüpft. Der Kanton finanziert ebenfalls ein Innovationsfonds zur Schaffung der Netzwerke, der zusätzlich Rationalisierung, Information der Bevölkerung und Weiterbildung abdeckt. Ferner beteiligt er sich an den Kosten der Allgemeinabteilungen in öffentlichen und privaten Spitälern und trägt die Kosten für Ausbildung und Forschung. Zur Finanzierung wird gemeinsam mit den Leistungserbringern ein Globalbudget festgelegt, das Bedarf und Aufteilung der Aufgaben im Netzwerk berücksichtigt. Nach dem Gesetz sollen die Spitalaktivitäten auf den ambulanten Sektor verlagert werden. Die Gemeinden sind verpflichtet, die Grundstücke für Gesundheitseinrichtungen zur Verfügung zu stellen. Das Gesetz soll in bezug auf Qualitätsfragen, Kostenkontrolle und Subventionen der Alterspflegeheime revidiert werden.

Mit dem Spitex- und Präventionsgesetz von 1967 und dem dazugehörigen Reglement wurde eine vom Kanton unabhängige Institution (Organisme médico-social vaudois (OMSV)) für die Spitex geschaffen. Die Institution kann ihre Aufgaben an andere öffentlich rechtliche oder private Körperschaften weiter delegieren. Die Finanzierung erfolgt durch den Kanton und in Abhängigkeit von der Bevölkerungszahl durch die Gemeinden. Das OMSV wird von einem Verwaltungsrat und einem Direktionskomitee geführt. Der 28köpfige Verwaltungsrat besteht aus kantonale und kommunale Vertretern sowie Delegierte von betroffenen Organisationen. Das 10köpfige Direktionskomitee wird von dem Kanton, den Gemeinden, regionalen Spitexvereinen und privaten Institutionen gestellt. Das OMSV schliesst Verträge mit den regionalen Spitexvereinen ab, die für die Spitexzentren verantwortlich sind. Die Aktivitäten sind mit der neuen kantonalen Gesundheitspolitik zu koordinieren. Das OMSV führt auch die Tarifverhandlungen mit dem Kanton.

Weitere gesetzliche Grundlagen befassen sich mit einer interkantonalen Vereinbarung der sechs Welschschweizer Kantone und dem Tessin betreffend ausserkantonale Hospitalisierung sowie halten fest, dass die Gemeinden bei den Alterspflegeheimen und der Kanton bei der Spitex keine finanziellen Verpflichtungen haben.

Als Gründe für den Schwerpunkt der kantonalen Planung, nämlich die Neuausrichtung des Gesundheitswesens, werden Alterung der Bevölkerung, technischer Fortschritt und Wachstum der Gesundheitskosten genannt. Die Ziele und das Vorgehen bei der Etablierung der Netzwerke von Leistungserbringern sind in zwei Berichten festgehalten.

- Mit den Netzwerken soll eine komplette Kette von Behandlungen und Prävention in interdependenten stationären und ambulanten Einrichtungen geschaffen werden. Die Information der Bevölkerung und Selbstverantwortung der Patienten soll im Vordergrund stehen. Die gemeinsame Nutzung von Unterstützungsdiensten in den Netzwerken soll einen Beitrag zur Kostenkontrolle leisten. Die Netzwerke sollen folgenden Werte respektieren: Gleicher Zugang zu den Leistungen, Behandlungskontinuität, Qualitätssicherung, technisch fortschrittliche Behandlung, Respektierung des Patienten, keine künstliche Lebensverlängerung, Linderung von Schmerzen und Begleitung bis zum Lebensende.

Zu den einzelnen Bereichen der Netzwerke wird unter anderem ausgeführt: Die Steuerung verlangt Engagement, Entwicklung einer Teilnehmerkultur, angemessene Mittelzuteilung und Einbezug von Medizinerinnen in die Führung. Die Strategie soll sich auf Behandlungskontinuität mit Berücksichtigung der Notaufnahme, Patienteninformation, Vertiefung der Beziehungen und Zusammenarbeit zentrieren. Beim Personal wird Wert gelegt auf Information, Arbeitsbedingungen, Personalfriedenheit, Aus- und Weiterbildung. Ein wachsender Teil der finanziellen Ressourcen ist für die prioritären Projekte des Netzwerkes zu verwenden. Bei der Arbeitsdurchführung sollen die Schwachpunkte identifiziert und Verbesserungsvorschläge entwickelt werden. Die Zufriedenheit des Personals und der Netzwerknutzer mit Prozessabläufen sowie die Diskrepanz zwischen Erwartungen und Erfahrungen sind zu analysieren. Die Netzwerke sollen ferner mit Hilfe von Informationskampagnen in ihr Umfeld integriert werden. Innerhalb des in den Berichten vorgegebenen Rahmens können die Netzwerke ihr eigenes Menu zusammenstellen. Um durch den Kanton gefördert zu werden, müssen die Netzwerke eine Dokumentation einreichen. Die Finanzierung hängt von der Grösse des Projekts und von der Übereinstimmung zwischen den Zielen des Netzwerkes und des Kantons ab.

In einem Bericht zum Stand der Arbeiten wird ausgeführt, dass acht Netzwerke dabei sind, sich zu etablieren. Ein Netz konnte anerkannt werden. Besondere Beachtung findet die Angleichung des Vorgehens der Netze in bezug auf die Spitalplanung. Im Bericht wird weiter ausgeführt, dass in den Randregionen des Kantons die Spitäler mit denjenigen der benachbarten Kantone kooperieren. Die Universitätsspitäler der Kantone Waadt und Genf arbeiten vermehrt zusammen. Bis zum Jahr 2002 wird eine neue Spitalplanung erstellt. Weitere Prioritäten sind ein neues Gesetz für die Alterspflegeheime sowie neue Finanzierungsmodalitäten, die anstelle der Globalbudgets treten.

- Mit der Einführung des KVG wurde der Bettenbestand überprüft. In die Bedarfsschätzung flossen folgende Parameter ein: Bevölkerungsentwicklung und Hospitalisationsrate nach Altersklassen, durchschnittliche Aufenthaltsdauer nach Spitaltypen, Bettenauslastung differenziert nach Akut-, Rehabilitations- und Palliativbetten und Patientenströme zwischen den Kantonen. Nach der Prognose sollte der Bettenbestand von 1995 bis 2005 um 915 Betten auf insgesamt 2456 Betten abnehmen. Die Bedarfsrechnung bildete dann die Grundlage, um die Spitalliste differenziert nach subventionierten und privaten Spitalen abzuleiten. Aufgrund einer verbesserten Datenlage wurde eine neue Schätzung durchgeführt. Die Parameter wurden im Vergleich zur ersten Schätzung weiter verfeinert und berücksichtigten halbstationäre Behandlungen, durchschnittliche Aufenthaltsdauer differenziert nach der Diagnose, medizinischer Fortschritt und Schätzungsfehler. Nach der neuen Berechnung schwankt im Jahr 2005 der Bettenbedarf zwischen 3076 und 3330 (inklusive der Psychiatrie).
- Zur Liste der Pflegeheime gehören auch Betten für Chronischkranke in den Krankenhäusern. In der vom Regierungsrat erlassene Liste wird zwischen Heimen mit Aufgaben in der Geriatrie, Psychogeriatrie, Psychiatrie und Spitalen mit Betten für Chronischkranke unterschieden. Gegenwärtig wird eine Bedarfsschätzung für das Jahr 2010 erarbeitet.
- Damit die Bevölkerung künftig besser über das Gesundheitswesen informiert werden kann, führte das Statistische Amt eine Befragung durch über die Beziehung zum Hausarzt, zur Häufigkeit des Arztbesuchs, zum Gesundheitsverhalten und zu den Kenntnissen bezüglich der Patientenrechte und dem KVG. Danach haben 80% der Waadtländer einen Hausarzt und 70% suchen mindestens einmal im Jahr den Arzt auf. 80% wissen Bescheid über den Einfluss der Ernährung und des Lebensstils auf die Gesundheit. Die Bevölkerung ist jedoch schlecht über die Patientenrechte und das KVG informiert.

Mit den **Spitälern** konnte kein Gespräch geführt werden. Die Informationen beruhen hauptsächlich auf Dokumenten der kantonalen Verwaltung. 1990 hat es noch 30 Spitäler gegeben, in der Zwischenzeit sind nach mehreren Fusionen 15 Spitäler übriggeblieben. Drei Spitäler wurden in Alterspflegeheime umgewandelt. Die Anzahl der Akutbetten hat in den seit 1989 um etwa ein Fünftel abgenommen, wobei allerdings zum Teil eine Umwandlung in Rehabilitations- und Langzeitbetten stattfand. Die Anzahl der Patienten ist in den letzten Jahren gestiegen. In den Universitätsspitälern hat der Schweregrad der Erkrankungen zugenommen. In einer Interpellation kam die Überlastung des Pflegepersonals zur Sprache. In der Antwort wies der Regierungsrat darauf hin, dass das Pflegepersonal aufgestockt wurde. Weitere Veränderungen im Spitalbereich sind der gemeinsame Einkauf der beiden Universitätsspitäler Lausanne und Genf. Das Kinderspital arbeitet jetzt enger mit den Universitätsspitälern zusammen. Die öffentlichen Spitäler wehren sich gegen die mangelnde Flexibilität der Globalbudget, die seit den 80er Jahren angewendet werden. In Zukunft soll deshalb die Finanzierung sowohl mit den Leistungsaufträgen als auch mit der Voraussage der künftigen Tätigkeit verknüpft werden. Die Privatkliniken im Kanton Waadt möchten ihre Leistungen durch die Versicherer gedeckt haben, was bei einem positiven Entscheid des Bundesrates zu erheblichen Mehrkosten für den Kanton und die Versicherer führen würde.

Im Kanton Waadt gab es 1999 rund 150 Heime mit nahezu 6000 Betten. 3800 Betten befinden sich in **Alterspflegeheimen** (Etablissements médico-sociaux EMS), 1350 Betten in Heimen mit einem psychogeriatrischen Angebot und 800 Betten in psychiatrischen oder Erholungsheimen. Nahezu alle Heime haben eine private Trägerschaft und zwei Drittel sind gemeinnützig orientiert. Lediglich 15 Heime mit 400 Betten befinden sich nicht auf der Pflegeheimliste. Seit 1990 hat die Gesamtzahl der Heime um 25 abgenommen, wobei bei den Heimen im öffentlichen Interesse eine Zunahme und bei den Heimen im nicht öffentlichen Interesse eine Abnahme zu verzeichnen ist. Bis 2005 soll ein zusätzlicher Bedarf von 300 Betten bestehen. Die Heime im öffentlichen Interesse werden durch Subventionen des Kantons in der Form eines Globalbudgets (budget enveloppe), Pauschale der Versicherer und Beitrag der Pensionäre finanziert. 80% der Heime erzielen einen ausgeglichenen Haushalt und einige wenige sogar ein Gewinn.

In einem von einer parlamentarischen Untersuchungskommission fertiggestellten Bericht zur gegenwärtigen Situation der Heime wird festgehalten: Die gebrechlichen Bewohner brauchen Schutz durch eine Vertrauens- und Begleitperson. Das Heimpersonal ist unterqualifiziert und unterbezahlt. Für die Weiterbildung wird mehr Geld benötigt und zwischen Heimen und Personal sind Arbeitsverträge abzuschliessen. Insbesondere in den privaten Heimen gibt es Unregelmässigkeiten in der Rechnungslegung. Für psychiatrische Heime im privaten Besitz werden keine Subventionen entrichtet. Daher sollte ein neuer Status für diese Heime gefunden werden. Die problematische Lage der Heime zeigt das Gespräch mit dem Leiter einer kommunalen Einrichtung. In den letzten Jahren ist das durchschnittliche Alter und die Pflegebedürftigkeit der Pensionäre stark gestiegen. Nahezu alle kommen nach einem Spitalaufenthalt ins Heim. Durch Personalschulung insbesondere im Bereich Psychiatrie und Psychogeriatric versucht man den gestiegenen Anforderungen gerecht zu werden. Trotz aller Bemühungen fehlt ausgebildetes Personal. Mit der Einführung des KVG haben sich die Probleme weiter verschärft, weil mehr Professionalität und Qualität und gleichzeitig ein kostengünstiger Betrieb verlangt wird. Die Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit betreffen vor allem die Kosten, die von den Versicherern wegen mangelnder Kostentransparenz nicht bezahlt werden. Seit 1997 musste der Regierungsrat den Tarif erlassen, weil kein Vertrag zustande kam. Vom kantonalen Verband der Versicherer wurde der Tarif angefochten. Die Verfügung des Bundesgerichts führte dazu, dass aufgrund des Erhebungsinstruments PLAISIR, der Tarif nach acht Schweregrade der Pflegebedürftigkeit neu kalkuliert wurde.

Bei der **Spitex** hat in den 80er Jahren der grosse Reformschub mit der Schaffung eines Spitexdachverbandes und von zehn interdisziplinären Spitex-Organisationen stattgefunden, die jeweils für eine Region des Kantons verantwortlich sind. Die 10 Spitex-Organisationen betreiben insgesamt 40 Stützpunkte mit 45 interdisziplinäre Equipen. Die Anzahl der betreuten Personen und der Anteil der Hochbetagten ist in den letzten Jahren stetig gestiegen. Entsprechend nahm das Volumen der Interventionen zwischen 1992 und 1999 um 60% und der Kosten um 40% zu. Die Finanzierungsquellen sind mit 30% die Krankenversicherer, mit 27% der Kanton, mit 17% der Bund, mit 14% die Gemeinden und mit 12% die Klienten. Ein Vergleich der Entwicklungen bei der Spitex und in den Heimen lässt vermuten, dass durch die Spitex etwa 450-500 Betten eingespart wurden.

Die Spitex bemüht sich einem ganzheitlichen Arbeitsansatz zu folgen. Die Spitex soll Hilfe zur Selbsthilfe leisten, die Lebensqualität des Kunden wird respektiert und er hat Anteil an den Entscheidungen. Die Leistungserbringung erfolgt wirtschaftlich und unter Beachtung der Qualität. Die Intervention erfolgt nach einer Evaluation, Festlegung der Zielsetzung, Arbeitsplan und Bewertung der Zielerreichung. Die Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern erfolgt im Rahmen der Netzwerke und ist gut. Mit den Versicherern läuft es ziemlich schwerfällig, weil es häufig Meinungsverschiedenheit über die anrechenbaren Kosten gibt. Mit der Einführung des KVG werden hohe Qualität und Transparenz bei der Leistungserbringung verlangt. Neuerdings läuft das Projekt BARman. Die Mitarbeiter geben alle relevanten Daten in ein Pocket-PC vor Ort ein, und übermitteln sie dem Stützpunkt.

Mit einem Vertreter des Ärzteverbands Waadt ist kein Gespräch zustande gekommen. Die wenigen Informationen beruhen auf Angaben der anderen Gesprächspartner. Danach ist geplant, die freipraktizierenden **Ärzte** in den Verbund der Leistungserbringer zu integrieren.

Neue Angebote der **Versicherer** wie HMO werden nur von ca. 5% der Versicherten nachgefragt. Der Waadtländer möchten nach Ansicht des Gesprächspartners selbst entscheiden, zu welchem Arzt er geht. Hingegen hat rund 70% der Versicherten eine höhere Franchise gewählt. Die Einführung des KVG brachte indessen markante Veränderungen. In den Zusatzversicherungen (Privat und Halbprivat) haben viele Kündigungen stattgefunden. Die meisten Versicherten verfügen jetzt nur noch über die Grundversicherung. Viele kleine Versicherungen wurden übernommen oder haben mit anderen Versicherungen fusioniert. Die Versicherer wollen zusammen mit dem Kanton die Kosten der Leistungserbringer transparenter aufzeigen. Der Verband arbeitet deshalb bei der Konzeption der Netzwerke, bei den Rahmenrichtlinien für die Gesundheitsplanung und bei den Tarifstrukturen mit dem Gesundheitsdepartement zusammen. Bei der Vergütung der Leistungserbringer ergaben sich einige Schwierigkeiten. Die Spitäler basieren die Kosten der Leistungen auf dem Globalbudget. In den allgemeinen Abteilungen müsste jedoch ein Abzug für ambulante Leistungen und für die Privatabteilungen vorgenommen werden, so dass der Deckungsgrad 47% beträgt. Bei den Alterspflegeheimen wollte der Regierungsrat die Beteiligung nach acht unterschiedlichen Schweregraden staffeln, so dass der mittlere Tagessatz CHF 94.00 betragen hätte. Die Spitex wollte den Tarif nach einer Studie neu festlegen, die nach Meinung des Verbandes jedoch für die Festlegung des Tarifs nicht ausreichte. Die Kostenabrechnungen der Spitäler werden von den Versicherern kontrolliert. In den Heimen fehlt jedoch bisher jede Kostentransparenz.

3.7 Kanton Basel-Stadt

Die gesetzlichen Grundlagen zum Gesundheitswesen oder zum KVG im **Kanton** Basel-Stadt sind über eine Reihe von Gesetzen verstreut. Diese verwirrende Lage soll durch ein neues Gesundheitsgesetz übersichtlicher werden. Inhaltlich wird sich nach Ansicht des Gesprächspartners nicht viel ändern. Konnte man doch bisher schon Leistungsaufträge oder Globalbudgets regeln. Angestrebt wird im Kanton Basel-Stadt eine echte Kapazitäts- und Leistungsplanung, die über die Sub-

ventionsbedingungen geschehen soll. Wegen der angespannten Haushaltslage des Kantons in den 90er Jahren wurde eine wirtschaftliche Leistungserbringung anvisiert, die durch eine vermehrte Förderung der Spitex und Alterspflegeheime sowie durch eine Redimensionierung des Spitalsektors erreicht werden sollte. Die planerischen Grundlagen sind im Psychiatriekonzept, in den Erläuterungen der Regierungen beider Basel zur Spitalliste sowie im Richtplan Alter festgehalten.

- Im Psychiatriekonzept wird eine bessere Koordination der vielfältigen ambulanten, halbstationären und stationären Angebote vorgeschlagen, die im Rahmen eines Departements Psychiatrie erfolgen soll. Vorrang soll die ambulante Betreuung haben, die durch die gleiche Person bzw. durch das gleiche Team zu leisten ist. Der Kanton soll in die beiden Versorgungsbereiche Nord und Süd aufgeteilt werden. Die Alterspsychiatrie soll mit Quartierdiensten und Heimen zusammenarbeiten. Die Konsiliardienste sind auszubauen, eine Kriseninterventionsstation und intermediäre Organisationen wie Tagesstätten, Wohngemeinschaften und Arbeitsrehabilitation sind neu zu schaffen.

Für die somatische Akutmedizin besteht eine gemeinsame Spitalliste der beiden Basel, die mit dem hohen Basellandschaftlichen Patientenanteil in den Universitätskliniken der Stadt begründet wird. In der Rehabilitation, Geriatrie, Psychiatrie und Spezialangebote gibt es hingegen keine Verflechtung und deshalb separate Spitallisten.

- Die Spitalplanung baut in der somatischen Akutmedizin auf dem Vergleich zwischen Angebot und Bedarf sowie mit anderen Versorgungsregionen auf. Die beiden Kantone weisen eine Bettendichte von 6/1000 Einw. und eine Hospitalisationsrate von 14.8/100 Einw. auf. Die Bettendichte vergleichbarer Regionen liegt bei 4-5/1000 Einw. Unter Berücksichtigung des Patientenimports soll die Bettendichte in den beiden Basel bei 4.7/1000 Einw. liegen. Ziel der gemeinsamen Spitalplanung ist deshalb die Bettendichte um rund 23% zu reduzieren. Auf eine detaillierte Festlegung der Bettenkontingente wird verzichtet und einer globalen längerfristigen Richtgrösse der Vorzug gegeben.

In Verhandlungen mit den Basler Spitälern wurden Abbauschritte festgelegt. Im ersten Abbauschritt wurden vor allem in den Privatspitälern bis 1998 270 Betten aufgehoben. Ein Belegspital wurde geschlossen. Im zweiten Abbauschritt sollen noch einmal 291 Betten überwiegend in den öffentlichen Spitälern aufgelöst werden. Mit dem Bettenabbau soll auch das Personal reduziert werden und die Reduktion der Akutbetten soll mit dem Ausbau der Tageschirurgie und -medizin und der Rehabilitations- und Hospizbetten in den Privatspitälern einhergehen. Weitere Schritte zur Kostendämpfung sind bessere Zusammenarbeit mit den Nachbarkantonen. Die Kosteneinsparungen sollen sowohl dem Kanton als auch den Krankenversicherer zugute kommen.

- Der Richtplan Alter geht von folgendem Konzept aus: Die Spitex soll dem Betagten erlauben möglichst lange Zuhause zu leben. Die Spitex übernimmt die Aufgabe, die früher von den Altersheimen erfüllt wurde. Die Langzeitpflege im Geriatriespital findet jetzt im Alterspflegeheim statt. Der Pensionär soll im Heim bis zum Lebensende wohnen können. In den Geriatriespitälern sollen nur noch medizinische Akut- und Langzeitbehandlungen oder Rehabilitation stattfinden. Der Abbau der Akutbetten führt zu einem früheren Übertritt der Betagten in die Rehabilitation, in die Alterspflegeheime oder in die Obhut der Spitex, wodurch sich höhere Anforderungen an das Personal stellen. Den Schnittstellen zwischen den verschiedenen Angeboten und der Qualitätssicherung ist deshalb grosse Aufmerksamkeit zu schenken.

Zu den einzelnen Angeboten wird unter anderem ausgeführt: Spitex Quartierzentren sollen das gesamte Spektrum der Hilfe und Pflege Zuhause abdecken. Die Stiftung Spitex Basel ermöglicht als alleiniger Gesprächspartner die Mengenausweitung besser zu kontrollieren. Die Alterswohnungen werden durch komfortable Wohnungen auf dem privaten Markt und durch die Spitex überflüssig. Die Entlastung der pflegenden Angehörigen durch Tagespflegeheime und temporäre

Entlastungsbetten ist zu begrüssen. Die Anzahl der Alterspflegebetten hat in den letzten Jahren um nahezu 300 zugenommen, einige Heime haben auch psychogeriatrische Abteilungen. Der Kanton will dem Verband der Alters- und Pflegeheime (VAP) Koordinations-, Lenkungs- und Kontrollaufgaben übertragen. Rund 500 Geriatriebetten wurden in den Spitälern abgebaut, gleichzeitig differenzierte sich das Angebot und umfasst jetzt eine Geriatrie Aufnahme und Abklärungsstation (GAAst), die Memory Klinik, psychogeriatrische Abteilungen, Betten für akute Kurzbehandlungen, Rehabilitation und Langzeitbehandlung.

Zur Bedarfsplanung im Altersbereich wird auf die unterschiedliche Struktur der Angebote hingewiesen, die einen Vergleich verunmöglichen. Weiter können sich Lebenserwartung und beschwerdefreie Lebenszeit verändern, so dass eine Bedarfsberechnung schwierig ist. Die Schätzungen beschränken sich auf den stationären Bereich und geht davon aus, dass die 528 Betten in den Geriatriespitälern beinahe dem anzustrebenden Richtwert entsprechen. Von den angestrebten 2700 Pflegebetten befinden sich nahezu 2500 in den Heimen, 147 sollen durch die Umwandlung von Spital- in Pflegebetten und 44 durch Heimerweiterungen entstehen.

Die öffentlichen und die subventionierten privaten **Spitäler** operieren im Rahmen von Leistungsaufträgen und Globalbudgets. In den öffentlichen Spitälern findet eine Budgetkontrolle statt, bei den privaten Spitälern werden die Leistungen mit Kennziffern überwacht. Im Kantonsspital geschieht das Controlling mit monatlichen Zahlen zu Pflgetagen, Bettenbelegung oder Personalkosten und mit Überwachung der Abweichungen vom Plan. Die Abgeltung durch die Versicherer wird variiert, in dem die ersten kostspieligen Tage höher vergütet werden. Fallpauschalen sind geplant. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer hat abgenommen, die Anzahl der Patienten nahm leicht zu und der Kostendeckungsgrad stieg von 63% (1995) auf 76% (2000). Die öffentlichen Spitäler sind weiterhin Verwaltungsabteilungen des Sanitätsdepartements und können Einsparungen nicht auf das nächste Jahr übertragen. Im Jahr 1996 wurde die Pflege in die Spitalleitung integriert. Beim Pflegepersonal und bei den Ärzten bestehen ausser bei der Notfallstation kaum Probleme. Für die künftige Entwicklung des Kantonsspitals gibt es ein Leitbild. Angestrebt wird eine selbständigere Unternehmensführung, der Ausbau des Kantonsspitals als medizinisches Ausbildungs-, Forschungs- und Kompetenzzentrum der Region und die Zusammenarbeit mit anderen Spitälern. Weitere Ziele sind leistungsabhängige Ressourcenallokation, interdisziplinäre Zusammenarbeit und Leistungsprinzip beim Personal, Qualitätsmanagement und Benchmarking. Zusätzlich soll die Transparenz gegenüber Patienten, Mitarbeitern und Behörden erhöht werden. Die Zusammenarbeit zwischen den Spitälern hat sowohl innerhalb des Kantons als auch mit benachbarten Kantonen, insbesondere dem Kanton Basel-Landschaft, bereits zugenommen. Die Kooperation ist hauptsächlich für das Kantonsspital Basel als kleinste Universitätsklinik der Schweiz von Bedeutung, um seine Position in der Forschung und Medizin zu behaupten. Im Rahmen des Leistungsspektrums wird von den subventionierten Privatspitälern erwartet, dass sie die Schwerpunkte auf die Grundversorgung, Tageschirurgie, Rehabilitation und Ersatzangebot für Hospizbetten verlagern.

Die Mehrheit der **Alterspflegeheime** ist im Verband der Alters- und Pflegeheime Basel-Stadt (VAP) zusammengeschlossen. Der Kanton schliesst mit dem VAP einen Rahmenvertrag ab, der Leistungsauftrag, Finanzierung, Taxgestaltung, Liegenschaftsrechnung, Finanzierungshilfen, Personalfragen und Aufsichtsrecht des Kantons regelt. Nach dem Leistungsauftrag sollen die Heime die Pensionäre bis zum Lebensende aufnehmen und aktivierende-therapeutische Pflege und Betreuung sowie Freizeitgestaltung anbieten. Durch den Ausbau der Spitex finden sich in den Heimen kaum noch nicht- oder leicht pflegebedürftige Pensionäre. Dadurch erhöhen sich die Anforderungen an das Personal kontinuierlich. Zusammen mit dem Amt für Altersfragen werden Richtlinien zur Qualitätssicherung und Weiterbildung des Personals festgelegt. Der Kanton bestimmt auch die Kriterien für die Betreibung von Alterspflegeheimen und die Grundtaxe und Pflegezuschläge nach Grad

der Pflegebedürftigkeit. Der Kanton unterstützt die Heime hauptsächlich durch die Subjektfinanzierung der Pensionäre. Dazu kommen noch Zinsbeiträge des Kantons an Heime, die durch Bau und Grunderwerb hoch belastet sind. Seit der Einführung des KVG erstatten die Versicherer den Heimen die Pflegeleistungen. Dadurch haben sich die Anforderungen an die Leistungserfassung in den Heimen erhöht und die Hilfs- und Pflegebedürftigkeit der Pensionäre wird deshalb neu mit dem Resident Assessment Instrument/Resident Utilisation Groups (RAI/RUG) ermittelt.

Die **Spitex** erbringt nach dem mit dem Sanitätsdepartement vereinbartem Leistungsauftrag Hilfe und Pflege Zuhause, die in speziellen Fällen auch am Wochenende und abends erfolgen kann. Die Spitexleistungen sollen aufgrund von Bedarfsabklärungen und Einsatzplanungen erfolgen und die eigenen Ressourcen der Hilfesuchenden berücksichtigen. Neben Haushilfe und Hauspflege kann noch Ernährungsberatung, Vermittlung von zusätzlichen Hilfen oder Begleitung von Sterbenden stattfinden. Nicht viel hat sich am Angebot geändert, in letzter Zeit ist die Onkologiepflege, der Notfalldienst und die Kinderspitex dazugekommen. Zusätzlich hat sich die Zusammenarbeit mit den Spitälern in bezug auf die Eintritt- und Austrittplanung intensiviert. Grosse Veränderungen spielten sich hingegen in der Organisation der Spitex und im Verhältnis zum Kanton und den Versicherern ab. Die vorher selbständigen Quartiervereine und weitere Organisationen im Bereich Hilfe und Pflege Zuhause sind seit 1996 in einer kantonalen Stiftung zusammengefasst. Eine Geschäftsstelle vertritt die Spitex nach aussen und die Leistungserbringung erfolgt in interdisziplinären Quartierzentren mit den Sparten Haushaltshilfe, Hauspflege und Krankenpflege. Die Finanzierung durch den Staat wandelte sich von der früheren Defizitgarantie zum Leistungsauftrag mit Globalbudget. Pflegeleistungen werden mit der Einführung des KVG durch die Versicherer abgegolten. Der Beitrag der Versicherer ist zu niedrig angesetzt und müsste erhöht werden. Wenn Krankenpflege 60 Stunden in drei Monaten übersteigt, dann muss eine detaillierte Bedarfsabklärung durch das Amt für Alterspflege erfolgen. Augenblicklich verfügt die Spitex Basel über ein eher qualitativ ausgerichtetes System für die Bedarfsabklärung, das aber in etwa zwei Jahren durch ein einheitliches Instrument für die gesamte Schweiz ersetzt werden soll. Die Zunahme der Kunden, die grössere Anzahl von Hochbetagten, die früheren Spitalaustritte und die spätere Übersiedlung in die Heime verursachen deutlich schlechtere Arbeitsbedingungen, die zu Unmutsäusserungen der Mitarbeiter führen. Die Bezahlung der Mitarbeiter soll künftig vermehrt leistungsorientiert sein, bereits heute gibt es eine Jahresarbeitszeit, um die Einsatzplanung flexibler zu gestalten.

In den letzten Jahren beteiligen sich immer mehr **Ärzte** bei neuen Angebotsformen wie HMO und Gemeinschaftspraxen. Aber die Ärzte haben nach Ansicht des Gesprächspartners nie eine effiziente und kostengünstige Medizin gelernt. Der Einfluss neuer Angebotsformen auf die Kosten ist deshalb nur marginal, auch weil die Patienten von der HMO-Praxis nicht in ein HMO-Spital kommen. Grösseren Einfluss auf die Kosten haben die Zunahme der Behandlungsmöglichkeiten. Bei dem umfangreichen Pflichtleistungskatalog kommt die Aufhebung des Kontrahierungszwanges einem Berufsverbot gleich. Besser als Einzeltarife und Franchisen wäre ein Rabatt für Patienten, die das Gesundheitswesen nicht beanspruchen, und eine Kopfprämie für jeden bei einem Arzt eingeschriebenen Patienten. TARMED wird mit seiner Mischung von Zeit- und Einzelleistungstarifen zu einer grösseren Kostentransparenz führen, dadurch sollte auch eine grössere Klarheit über die Kostenentwicklung möglich sein. Mit dem Sanitätsdepartement und den Versicherern gab es einmal eine Arbeitsgruppe zur Kostenstabilisierung. Das Sanitätsdepartement wollte sich aber nicht ins Handwerk pfuschen lassen. In der Zwischenzeit ist die Sache eingeschlafen. Die Bedeutung der Tarifverhandlungen hat in den letzten Jahren abgenommen. Die Arbeit der Medizinischen Gesellschaft hat sich mehr auf die politische Ebene verlagert. Wenn nicht die Ärzte, wer denn sonst kann den Politikern Sachverstand geben.

Die **Versicherer** sind nach Meinung des Verbandsvertreters zuwenig innovativ. Managed Care bringt den Versicherten erst nach fünf Jahren Vorteile. Entsprechend selten wird ein Systemwechsel vorgenommen. Auch der Wechsel zu einem günstigeren Versicherer findet kaum statt. CSS will das Hausarztmodell wieder abschaffen. Die Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern und dem Kanton hat sich erstaunlich wenig geändert. Der Kanton ist weiterhin Spitalbetreiber, Subventionsgeber und Schiedsrichter. Besser wäre im Kanton Basel-Stadt eine monistische Finanzierung zwischen Leistungserbringern und Versicherern. Mit dem Basler Spitalverband wollte man weg von der Tagespauschale und in einem Pilotprojekt Tarifmodule für die Untersuchungen in den ersten Tagen, grössere operative Eingriffe oder die Zeit auf der Intensivstation erproben. Trotz Einbezug der grösseren Versicherer in die Verhandlungen lehnten diese dann den Tarifvertrag ab. Die Kontrolle der Leistungserbringer steckt noch in den Kinderschuhen. Manche Versicherer haben unbefriedigende Datenbanken, die keinen Aufschluss über Wohnort oder Kanton des Versicherten erlauben. Das Globalbudget ist eine gute Sache. Aber im Kanton Basel-Stadt existiert kein Spitaltaxmodell, das erlaubt anrechenbare Kosten zu identifizieren. Der Kanton versucht auch sich aus der Finanzierung für die Spitex und Alterspflegeheime zurückzuziehen.

3.8 Kanton Genf

Die angespannte finanzielle Lage in den 90er Jahren führte dazu, dass die Kostendämpfung im Gesundheitswesen bis heute oberste Priorität in der kantonalen Politik hat. Die Zuständigkeit für das Gesundheitswesen liegt in den Händen des **Kantons**. Entsprechend einfach sieht das Gesetz für die Gesundheitsplanung aus. Der Regierungsrat legt dem Grossen Rat alle vier Jahre einen Richtplan vor, der Aufschluss über Ziele, Aktivitäten Institutionen, Finanzierung und regionale Zusammenarbeit gibt. Im Anwendungsgesetz zum KVG wird zusätzlich bestimmt, dass der Grosse Rat die Gesundheitsplanung genehmigen muss und der Regierungsrat für Spital- und Pflegeheimlisten, Zulassung der Leistungserbringer, Leistungsaufträge, Tarifverträge, Globalbudget, Prämienverbilligung usw. zuständig ist.

Für die einzelnen Leistungserbringer bestehen eigene Gesetze. Das Spitalgesetz ist hauptsächlich ein Organisationsgesetz für die öffentlichen Spitäler. Nach einer Beschreibung der zu erbringenden Leistungen wird festgelegt, dass die Spitäler dem Regierungsrat unterstellt sind, der unter anderem Budget, Betriebsrechnung und Tarife genehmigt, und die wichtigsten Angestellten kontrolliert. Der Regierungsrat und Grosse Rat bestimmen den Verwaltungsrat (Conseil d'administration), der als oberstes Organ der Spitäler die medizinischen Departements überwacht und deren Führungskomitees bestimmt sowie Budget, Betriebsrechnung, Tarifverhandlungen, Arbeitsprogramme, Personalreglemente und Anschaffungen genehmigt. Den Spitälern ist ein Überwachungskomitee aus Vertretern der Gesundheitsberufe und Parteien zur Seite gestellt. Die einzelnen Spitäler haben ebenfalls einen eigenen Verwaltungsrat, der sich aus Vertretern verschiedener gesellschaftlichen Gruppierungen und bei den Universitätsspitalern aus Delegierten des Kantons Waadt und der benachbarten französischen Regionen zusammensetzt. Direktionskomitees führen dann die Geschäfte der Spitäler. Die einzelnen medizinischen Departements werden von dem zuständigen Ordinarius und einem Führungskomitee geleitet.

Das Alterspflegeheimgesetz legt fest, dass der Kanton für die Planung der Heime verantwortlich ist, die Errichtung und den Betrieb von Heimen fördert, Subventionen leistet, die Heime überwacht, und dass er Massnahmen zur Verbesserung der Leistungserbringung unternimmt. Der Kanton erteilt die Betriebsbewilligung, sofern das Heim der kantonalen Gesundheitsplanung entspricht und bezüglich der baulichen Ausstattung, Essen, Hotellerie, Pflege, Betreuung und Animation den Anforderungen entspricht. Kantonale Subventionen sind an eine Reihe von Bedingungen geknüpft. Dazu gehören unter anderem Leistungsauftrag, Gemeinnützigkeit, Kontrolle des Rech-

nungswesens durch den Kanton und Führung einer Statistik. Der Regierungsrat wird in bezug auf die Heime von einer kantonalen Kommission assistiert, die sich aus kantonalen Delegierten und Vertreter verschiedener Leistungserbringern zusammensetzt.

Das Spitexgesetz regelt die kantonalen Bezirke mit Sozial- und Spitexzentren. Nach dem Gesetz umfassen die Arbeitsbereiche der Zentren Hilfe und Pflege Zuhause, Sozialdienste, Information und Prävention. Die Kommunen müssen unentgeltlich die Räume der Spitexzentren bereitstellen. Der Kanton ist für die Kontrolle, Subventionen, Organisation, Zusammensetzung und Koordination der öffentlichen sowie privaten Sozial- und Spitexdienste zuständig. Der Kanton wird durch eine Kommission unterstützt, die sich aus Vertretern der kantonalen Verwaltung, der Gemeinden sowie Akteuren im Gesundheitswesen zusammensetzt. Die operative Führung der Spitex wird durch ein Direktionskomitee bestehend aus Vertretern der Sozial- und Spitexdienste wahrgenommen, dessen Mitglieder durch den Regierungsrat ernannt werden. Den Sozial- und Spitexzentren stehen auf zwei Jahre ernannte Koordinatoren vor. Subventionen werden an vom Kanton anerkannte Dienste entrichtet, die gemeinnützig sind, die Qualität der Leistungen sicherstellen, die Gesamtarbeitsverträge respektieren und das Personal weiterbilden.

Im Kanton Genf wird die Gesundheitspolitik der letzten zehn Jahre in mehreren Berichten dargestellt:

- Im Bericht Gilliland wird auf die Wechselwirkung zwischen den verschiedenen Angeboten eingegangen. Hingewiesen wird auf die Entlastung der Spitäler durch die Alterspflegeheime sowie der Spitäler und der Alterspflegeheime durch die Spitex. Priorität soll deshalb der Ausbau der Spitex haben, die Akutbetten sind zugunsten dem Angebot in den Alterspflegeheimen zu verringern. Wichtig sind nach dem Bericht auch die Übergänge zwischen den verschiedenen Versorgungsformen. Durch die Planung sollen die Ressourcen besser verteilt und die Kosten vermindert werden.

Die Ausrichtung des Gesundheitswesens auf die Prävention wurde in drei Berichten aufgegriffen. Danach sind die Prioritäten auf Prävention, Gesundheitserziehung und Verminderung von krankmachenden sozialen Umständen auszurichten. Bei den Chronischkranken müsse die Verbesserung der Lebensverhältnisse im Vordergrund stehen. Die Gesundheitsdienste müssen im täglichen Leben integriert und dezentralisiert sein. Die Anzahl der Arztpraxen sollte von einer Bedürfnisklausel abhängig sein. Das Tarifsystem soll mehr Gewicht auf die Beratung legen. Über Zustand und Behandlung der Patienten soll ein elektronisches Gesundheitsheft informieren.

- Basierend auf den oben dargestellten Berichten wird die Gesundheitsplanung 1998-2001 entwickelt, die als rollende Planung angelegt ist. Die Planung geht von den Bedürfnissen der Bevölkerung und der Integration des gesamten Gesundheitssystems aus. Je nach Bedarf des Patienten soll der leichte Wechsel zwischen Spital, Heim oder Wohnung mit Spitex möglich sein. In den Heimen sollen auch psychogeriatrische Fälle aufgenommen werden und vorgesehen sind auch temporäre Betten, Gemeinschaftswohnungen und Begleitung von Sterbenden. Die Ressourcen sollen gemäss der Arbeitsbelastung zugeteilt werden. Die Arbeitsbedingungen und die Ausbildung des Personals sind zu verbessern. Mit grösserer Kostentransparenz, Ausbau der Statistik und Evaluationsstudien soll eine Regulierung des Gesundheitssystems im öffentlichen Interesse erreicht werden. Zur Pflegeheimliste wird auf das im Zusammenhang mit dem Ausbau der Spitex erlassene Moratorium von 1995 bezüglich neuer Heime hingewiesen, das praktisch bereits definiert, wer zulasten der Krankenversicherung praktizieren kann. Bis zum Jahr 2010 dürfte jedoch ein zusätzlicher Bedarf von 450 Betten entstehen. Die Spitalliste beruht auf dem Bericht Gilliland, wobei allerdings gegenüber dem KVG mit viel Skepsis auf die vielen ungeklärten Rekurse beim Bundesrat hingewiesen wird. In den öffentlichen Spitälern ist die Reduzierung der Spitalbetten, der Anzahl der Hospitalisationen sowie die Länge der Spitalaufenthalte fortzusetzen. Andere Vorschlä-

ge in der Gesundheitsplanung 1998-2001 sind Gleichstellung der Heime und der Spitex mit der Pflege im Spital, Finanzierung des Heimaufenthaltes durch den Kanton sowie die Schaffung von Verbunde von Leistungserbringern. Globalbudgets sollen in den Spitälern und Heimen die Ausgaben limitieren, und ein gemeinsamer Service ist für Finanzen, Informatik, Controlling und Personal zu schaffen.

- Auslöser für Reformüberlegungen in der Erwachsenenpsychiatrie sind die Zunahme von Spital-eintritten. Ursachen sind die Zunahme der Kriseneintritte, der Betäubungsmittelmissbrauch, die Arbeitslosigkeit und der Wegfall von stützenden sozialen Strukturen. Vorgeschlagen wird ein vom Psychiatrispital unabhängiger Notfalldienst, verstärkte ambulante Behandlung und ein sozialer Wachdienst für Krisensituationen sowie der Ausbau der psychiatrischen Betreuung in den Sozial- und Spitexzentren.
- Die Drogenpolitik geht von den gleichen Prinzipien wie der Bundesrat aus: Prävention, Behandlung, Integration und Repression. Für Entzugswillige wird Hilfe bei der Entwöhnung, Rehabilitation und sozialer Integration geleistet. Für Entzugsunfähige, die von den Drogen wegkommen wollen, steht ein therapeutischer Ersatz beispielsweise Methadon bereit. Für Schwerstabhängige wird Überlebenshilfe durch Abgabe von Drogen und sozial-medizinischer Betreuung geboten. Der Kanton nimmt auch am Heroinabgabeprogramm des Bundes teil. Eine gemischte Kommission, bestehend aus öffentlicher Verwaltung und privaten Fachpersonen aus dem Sozial- und Gesundheitswesen, ist unter der Führung des Regierungsrats für die Umsetzung der Programme verantwortlich. Die Kommission schlägt auch die Einrichtung von Fixerstübchen vor. Obwohl die Fixerstübchen umstritten sind, will der Regierungsrat aufgrund einer Motion im Grossen Rat die rasche Errichtung von Fixerstübchen vorantreiben.
- In einem Evaluationsbericht zum Alterspflegeheimgesetz wird bemängelt, dass 20% der Zimmer noch keine Einbettzimmer sind, dass die Pflegedossiers häufig dürftig und die vorhandenen Daten unsystematisch sind. Bei den Leistungen gibt es grosse Unterschiede zwischen den Heimen. Die Personalausstattung ist nach dem bisherigen Erhebungsinstrument ausreichend. In kürze wird jedoch die kanadische Methode PLAISIR eingeführt, die dann zu einer besseren Datenlage bei den Pflegedossiers und bei der Personalausstattung führen. Die Qualitätsunterschiede zwischen den Heimen sind zu reduzieren. Der Heimverband hat neue Gesamtarbeitsverträge abgeschlossen, die sich bei den Gehältern nach der Lohnskala des Kantons richten. Für die Weiterbildung müssen 0.5% der Lohnsumme reserviert werden. Für die Lebensqualität der Bewohner sind Heimgrössen von 50-70 Betten und aus ökonomischer Sicht 70-90 Betten zu favorisieren. Von 1988 bis 1998 hat der Anteil der Leichtpflegebedürftigen von 20% auf 7% abgenommen und der Mittel- bis Schwerpflegebedürftigen von 35% auf 54% zugenommen. Diejenigen Heime, die nicht auf der Pflegeheimliste sind und keine kantonalen Subventionen erhalten, nehmen Schwerpflegebedürftige auf, um zu überleben. Hier wäre zu überlegen, was mit diesen Heimen, die 86 Betten aufweisen, geschehen soll.
- Ein weiterer Evaluationsbericht befasst sich mit den Auswirkungen des Spitexgesetzes. Der Bericht weist auf eine Vielzahl von Mängel hin, davon werden nur die wichtigsten wiedergegeben. Kritisiert wird, dass sich das Direktionskomitee nicht auf die operationelle Führung, sondern auf strategische Optionen konzentrierte. Dagegen bleibe die kantonale Kommission, die sich mit übergeordneten Gesichtspunkten beschäftigen sollte, unter ihren Möglichkeiten. Gewisse Organe, wie das Komitee für Pilotprojekte, werden nicht wie geplant den Spitexzentren zugeordnet, sondern vom Direktionskomitee zentralisiert. Die Spitex beginnt zwischen zentralen Diensten wie Notfalldienst, aufwendige Spitalpflege Zuhause und den Aufgaben der Spitexzentren zu unterscheiden. Funktionsabläufe und Pflegeprotokolle wurden erarbeitet mit dem Ziel, neue Mitarbeiter rascher zu integrieren. Der gemeinsame Empfang in den Sozial- und Spitexzentren hat

Schwierigkeiten, seine Rolle als Triage für die beiden Dienste zu erfüllen. Die Zusammenarbeit der kommunalen und kantonalen Sozialdienste ist mit wachsenden Spannungen verbunden. Der kantonale Sozialdienst (Hospice générale) beschäftigt sich überwiegend mit administrativen Aufgaben und vernachlässigt die Klienten. Die Koordinatoren in den Zentren können ihre Aufgaben nur schwierig erfüllen, weil ihre Tätigkeit nur als Nebenbeschäftigung eingestuft ist, weil sie sowohl gegenüber den Diensten als auch dem Direktionskomitee verantwortlich sind und weil sie keine Entscheidungsgewalt haben. Die Zentren verfügen über zuwenig Personal, so dass die Mitarbeiter überlastet sind. Die den Zentren zugeordneten Konsultativkommissionen sollten, um ihre Aufgaben erfüllen zu können, die notwendigen Mittel erhalten. Das Informationssystem ist noch in der Entwicklung. Es sollte jedoch ein gemeinsames System für die Spitex und Alterspflegeheime mit einem Interface zum Spital geschaffen werden. In den Sozial- und Spitexzentren hat die Anzahl der Mitarbeiter um 18% zugenommen, die Kosten der Spitex sind in den letzten vier Jahren um 15% gestiegen. Bei der Pflege sind 73% mehr Hausbesuche zu verzeichnen, während die Haushilfe um 11% zurückgegangen ist.

- Ein weiterer Punkt, der die Behörden und das Parlament beschäftigt, ist die Zersplitterung der Rettungsdienste, die nicht nur zu unterschiedlichen Tarifen führt, sondern auch dazu, dass mehrere Ambulanzen bei der gleichen Unfallstelle erscheinen. Die Rettungsdienste sollen künftig über eine einheitliche Telefonnummer erreichbar sein und die Koordination ist durch einen medizinischen Spezialisten zu gewährleisten.

Die Veränderungen bei den öffentlichen **Spitälern** sind vor allem vom Gesundheitsdepartement ausgegangen. Seit 1990 wurden in den öffentlichen Universitätsspitalern rund 500 Betten, d.h. ca. 20% des Bestandes, abgebaut. Der Bettenbestand in der Langzeitbehandlung (Psychiatrie, Geriatrie) hat sich in den letzten zehn Jahren nur leicht verändert. Im Akutspital steigerte sich die Auslastung von 80% im Jahr 1994 auf 97% im Jahr 2000. Seit der Einführung des KVG hat die Anzahl der Patienten in den allgemeinen Abteilungen zulasten der Privat- und Halbprivatversicherten zugenommen. Weiter wurden weniger Verträge zwischen Privatspitälern und Krankenversicherern abgeschlossen. In den 10 Privatspitälern im Kanton Genf befinden sich rund 500 Betten.

Der Druck der Krankenversicherer auf die Kostenentwicklung in der stationären Betreuung hat zu einer Zunahme der ambulanten Leistungen geführt. Nach der Fusion der öffentlichen Spitäler, die 1995 stattfand, ist der Personalbestand wieder leicht angestiegen. Jetzt besteht teilweise ein Personalmangel. 1995 wurde die wirtschaftliche Autonomie der einzelnen Spitäler und Abteilungen erweitert. Jedes Spital und jede Abteilung erhält die Geldmittel aufgrund von Leistungsaufträgen und Globalbudgets zugeteilt. Die Budgetvorbereitungen finden in den einzelnen Abteilungen durch Komitees statt. Das vorhandene Informationssystem erlaubt eine monatliche Kostenanalyse nach Abteilungen, die mit dem Budget verglichen werden. Ein Komitee überwacht auch die Kosten. Bei der Verrechnung der Kosten stehen verschiedene Modelle wie Tagespauschale, Einzelleistungen oder Fallpauschalen neben einander.

Die Zusammenarbeit mit den benachbarten Regionen ist gut ausgebaut. Grenzgänger können sich in Genf hospitalisieren lassen. Medizinische Grossgeräte werden zusammen mit dem Kanton Waadt eingekauft. Auch bezüglich der Spitzemedizin besteht ein Abkommen. Die Kooperation mit anderen Leistungserbringern im Kanton hat sich vertieft. Mit den Heimen und der Spitex gibt es ein Koordinationszentrum, um reibungslose Übertritte zu gewährleisten. Die verschiedenen Universitätsspitäler teilen miteinander die Infrastruktur. Seit 1998 laufen im HUG rund 70 Projekte, die einer Verbesserung der Leistungserbringung dienen sollen und sich mit Themen wie Qualität, Patientenzufriedenheit und abteilungsspezifischen medizinischen Problemen auseinandersetzen.

In Genf gibt es 57 **Alterspflegeheime** (Etablissements médico-sociaux EMS), davon sind 5 privat und nicht auf der Pflegeheimliste. Seit 1998 besteht eine Vereinigung der anderen 52 Heime

(Fédération genevoise des établissements médico-sociaux FEGEMS). Die Trägerschaften der Heime sind Vereine, öffentliche und private Stiftungen. Die meisten Menschen kommen erst im hohen Alter nach einem Spitalaufenthalt ins Heim. Die Anforderungen an die Betreuung können kaum bewältigt werden, weil es an Fachpersonal fehlt. Wegen der niedrigen Entlohnung wird sich das Problem kaum lösen lassen. Die Folge sind Qualitätsprobleme, Demotivation und viele Absenzen. Die Heime arbeiten meist aufgrund persönlicher Kontakte und ihrer räumlichen Nähe zusammen. Eine enge Kooperation erfolgt mit den Spitälern, während sie mit der Spitex eher ad hoc stattfindet. Der Heimverband arbeitet an einer exakten Kostenerfassung und versucht ein Berufskonzept zu entwickeln. Er vertritt die Heime gegenüber dem Kanton und es gibt mehrere gemeinsame Arbeitsgruppen. Eine befasst sich beispielsweise mit den Abläufen zwischen Spitex, Spital und Heimen. Die Zusammenarbeit mit dem Sozial- und Gesundheitsdepartement ist schlecht. Das Departement erteilt dauernd Direktiven oder verlangt neue Statistiken. Kontrollsystem, Rechnungslegung und Leistungserbringung bestimmt beinahe vollständig der Kanton. Mindestens einmal im Jahr wird ein Heim vom Amt für Betagte und dem kantonsärztlichen Dienst im Detail überprüft. Seit dem neuen Alterspflegeheimgesetz sind die Heime praktisch Abteilungen der kantonalen Verwaltung. Wenn ein Heim ein Gewinn erwirtschaftet, dann kann es nicht frei darüber verfügen, sondern der Kanton entscheidet. Die Tarifsätze werden gemäss einer Vereinbarung mit den Versicherern und dem Kanton nach Schweregrad der Pflegebedürftigkeit bestimmt.

Mit einem Vertreter der **Spitex** konnte kein Gespräch geführt werden. Informationen zur Spitex befinden sich bei den Ausführungen zum Spitexgesetz und zum Evaluationsbericht zu den Auswirkungen des Spitexgesetzes.

Ärzten, die eine neue Praxis etablieren wollen, wird von der Ärztesgesellschaft (Association des Médecins du canton de Genève (AMG)) empfohlen Gemeinschaftspraxen zu eröffnen. Seit fünf Jahren hat nur ein Arzt von 200 eine eigene Praxis eröffnet. In den letzten Zeit sind einige medizinische Zentren mit diversen Spezialärzten unter einem Dach und einem 24 Stunden Betrieb entstanden. Die HMO's sind bei den Genfern nicht besonders beliebt. Sie ziehen vor allem junge Patienten an. Viele dieser Patienten brauchen psychiatrische Behandlungen und eine HMO musste wegen der hohen psychiatrischen Kosten schliessen. Die Tarife werden vom Kanton festgelegt. Verträge mit den Krankenversicherern bestehen nur bei Zusatzleistungen. Die Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern geschieht eher ad hoc und auf individuelle Weise. Mit dem Kanton besteht ein Projekt IRIS, das dem Informationsaustausch im Gesundheitswesen mittels EDV dient. Die Ärztesgesellschaft versucht mit dem Sozial- und Gesundheitsdepartement eine qualitative Gesundheitsplanung aufzubauen. Insbesondere psychische Krankheiten sollen verfolgt werden, die für 25% der Gesundheitskosten verantwortlich sind. Mit den Krankenversicherern besteht trotz verschiedener Vorstösse keine Zusammenarbeit. Neben der Vertretung der Ärzteinteressen gegenüber dem Kanton und den Versicherern bemüht sich die AMG seit einigen Jahren, hauptsächlich die Mitglieder in praktischen Fragen wie Praxiseröffnung oder Praxisführung zu beraten.

Mit den **Krankenversicherern** ist kein Gespräch zustande gekommen. Der kantonale Verband hat zudem keine Dokumente herausgegeben. Es konnte einzig in Erfahrung gebracht werden, dass gegen die Festlegung der Spixtarife durch den Regierungsrat ein Rekurs beim Bundesrat eingereicht wurde. Im Jahr 2000 fand zusammen mit dem Kanton, der Ärztesgesellschaft und dem kantonalen Verband der Krankenversicherer ein Pilotprojekt über die Auswirkungen von TARMED auf die Kosten statt. In diesem Jahr soll sich eine Pilotgruppe weiter mit dieser Problematik auseinandersetzen.

4 Vergleich der sieben Modellkantone

4.1 Einführung

Nach der Beschreibung des Gesundheitswesens in Kapitel 3 sollen in den beiden Abschnitten 4.2 Kanton und Gemeinden und 4.3 Leistungserbringer und Versicherer die Ähnlichkeiten und Abweichungen zwischen den Kantonen dargestellt werden. Der Abschnitt 4.2 Kanton und Gemeinden befasst sich mit der Organisation des Gesundheitswesens, der Finanzierung, den kantonalen Planungen und den Planungen der Gemeinden. Der Abschnitt 4.3 Leistungserbringer und Versicherer geht auf die Situation bei den Spitälern, Alterspflegeheimen, der Spitex, den Ärzten und Versicherern ein. Behandelt werden Punkte wie Organisation, Leistungserbringung, Zusammenarbeit mit anderen Akteuren, Führung, Kontrolle, Personal und Aktivitäten der Dachverbände. Im letzten Abschnitt des Kapitels wird eine Gesamtübersicht über das Gesundheitswesen in den sieben Kantonen gegeben.

Der Vergleich der Modellkantone läuft nach folgendem Vorgehen ab: Bei den behandelten Themen werden die Charakteristika und die Unterschiede in den untersuchten sieben Gesundheitswesen zusammengefasst. Diese Resümees erlauben dann Variablen abzuleiten, um die Unterschiede zwischen den Kantonen zu verdeutlichen. In der Form von Hypothesen wird der Einfluss der Variablen auf die Gesundheitskosten eingeschätzt. Zu jedem der im Vergleich behandelten Themen befinden sich am Ende der Ausführungen zusammenfassende Tabellen.

In den Tabellen sind die Kantone von links nach rechts nach zunehmenden Kosten für das Gesundheitswesen geordnet und in Beziehung zu den abgeleiteten Variablen gesetzt. In dem Abschnitt 4.2 Kanton und Gemeinden sind die Ausprägungen der Variablen in eine ordinale Rangfolge (Ausprägungen 1,2,3, ..., n) gebracht, d.h. steigende numerische Ausprägungen gehen nach den Hypothesen mit höheren Kosten für das Gesundheitswesen einher. In dem Abschnitt 4.3 Leistungserbringer und Versicherer sind die Unterschiede zwischen den Kantonen mit Hilfe einer Reihe von dichotomisierten Variablen dargestellt, die zeigen sollen, ob eine Charakteristika zutrifft bzw. nicht zutrifft (X = trifft zu, ■ = trifft nicht zu). Nicht zutreffende dichotomisierte Variablen deuten ebenfalls auf höhere Kosten für das Gesundheitswesen hin.

Die letzte Zeile der Tabellen enthält die Ausprägung der ordinalen Variablen oder die Anzahl nicht zutreffender dichotomisierten Variablen, die in die Übersichten Tab. 19 Kantone und Gemeinden sowie Tab. 20 Leistungserbringer und Versicherer im Abschnitt 4.4 Zusammenfassung einfließen. Die beiden Tabellen erlauben zu erkennen, dass die Unterschiede im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen nicht auf eine Variable zurückgeführt werden kann, sondern von dem Zusammenwirken von einer Reihe von Einflussfaktoren bestimmt ist. Der anschliessende Text fasst dann die Charakteristika der Gesundheitssysteme der Kantone mit niedrigen und hohen Gesundheitskosten zusammen.

Die Variablen in den Tabellen und die dargestellten Unterschiede in den Übersichten dürfen jedoch nicht als kausale Ursachen der Kostendifferenzen zwischen den Kantonen angesehen werden. Hierzu bedarf es weitergehende Interpretationen, die in Kapitel 5 sowohl die Mehrdeutigkeit der Befunde als auch die Wechselbeziehungen zwischen den Variablen berücksichtigen.

In den Tabellen zum Vergleich der sieben Modellkantone in Kapitel 2 des Materialbands sind nach einem einheitlichen Raster für jeden Kanton die wichtigsten Charakteristika zusammengefasst. Sie können zum besseren Verständnis des Textes in diesem Kapitel konsultiert werden.

4.2 Kanton und Gemeinden

4.2.1 Organisation des Gesundheitswesens

Der vorliegende Text geht auf die Aufgabenteilung und Kompetenzen im Gesundheitswesen, Beratungs- und Planungsorgane, kürzlich stattgefundenen oder künftig stattfindenden Revisionen und Veränderungen sowie auf die Zusammenarbeit mit anderen Kantonen ein (s. a. Tab. 1 im Materialband).

Aufgabenteilung und Kompetenzen

In den Kantonen Aargau, Appenzell AR und Zürich sind die Gemeinden für einen wichtigen Teil der Gesundheitsversorgung verantwortlich, während die Kantone Tessin, Waadt, Basel-Stadt und Genf praktisch alleine für das Gesundheitswesen zuständig sind.

Aargau, Appenzell AR und Zürich weisen eine zwar nicht identische Aufgabenteilung zwischen den Kantonen und den Gemeinden auf, aber sie folgt einem ähnlichen Muster. Die Kantone sind für die Spitäler mit spezialisierter oder hochspezialisierter Versorgung, die zudem Aufgaben der Grundversorgung übernehmen, und Psychiatriekliniken verantwortlich. Die Zuständigkeit der Gemeinden umfasst Spitäler der Grundversorgung, Langzeitpflege in Alterspflegeheimen oder Krankenheimen sowie ambulante Hilfe und Pflege. Je nach Kanton kommen den Gemeinden auch Aufgaben der Prävention und Gesundheitserziehung zu. Appenzell AR als kleinster der sieben untersuchten Modellkantone kennt nur Kantonsspitäler, die für die Grundversorgung zuständig sind. Der Bedarf an spezialisierter und hochspezialisierter Medizin wird in den Nachbarkantonen befriedigt.

In den Kantonen Tessin, Waadt und Genf spielen die Gemeinden nur eine marginale Rolle. Sie sind beispielsweise in den Kantonen Tessin und Waadt im Rahmen der Gesundheitsgesetzgebung ausführende Organe bei gesundheitspolizeilichen Aufgaben und haben dem Kanton gegenüber eine Meldepflicht. Im Tessin müssen die Gemeinden mit der Spitex Verträge abschliessen, und bei Differenzen zwischen Spitex und Gemeinden entscheidet der Kanton. Im Kanton Waadt sind die Gemeinden verpflichtet für Gesundheitseinrichtungen Bauland zur Verfügung zu stellen und im Kanton Genf sollen die Gemeinden die Räumlichkeiten und Infrastruktur der Sozial- und Spitexzentren bereitstellen. Im Gegensatz zu den deutschsprachigen Kantonen haben die Gemeinden keine Verantwortung für die Langzeitpflege oder ambulante Hilfe und Pflege Zuhause. Allerdings können die Gemeinden bzw. die Gemeindeverbände Träger von Alterspflegeheimen sein. Im Kanton Basel-Stadt mit seiner Stadt- und zwei Landgemeinden kommt den Kommunen ebenfalls nur eine marginale Rolle zu.

Die Kantone Tessin, Waadt, Basel-Stadt und Genf sind mit Ausnahme der Privatkliniken für alle öffentlichen Spitäler der Grundversorgung, der spezialisierten und hochspezialisierten Versorgung zuständig. Die Kantone Waadt und Genf regeln auch weitgehend den Bereich der Alterspflegeheime. Die Spitex wurde in den Kantonen Tessin, Waadt und Genf durch Gesetz in kantonale Versorgungsregionen mit Spitexzentren und interdisziplinären Equipen reorganisiert. Dabei war sicherlich der Kanton Waadt der Vorreiter, der bereits in den 80er Jahren eine öffentlich-rechtliche Organisation schuf. Das entsprechende Spitexgesetz im Kanton Genf stammt von 1992 und im Tessin von 1997.

Ein weiterer auffallender Unterschied der Kantone Tessin, Waadt und Genf ist die Regelung vieler Punkte auf Gesetzesebene, die in den deutschsprachigen Kantonen erst in den Planungen auf kantonaler oder kommunaler Ebene auftauchen. Im Kanton Waadt wird beispielsweise die Art der Betten in Spitälern und Alterspflegeheimen bestimmt. Die Kantone Tessin und Genf sehen eine Revision der Planung alle vier Jahre vor. In Genf ist die Wirkung der Gesetze zu den Alterspflegeheimen und der Spitex in regelmässigen Abständen zu evaluieren. Diese Evaluationen sollen zu Gesetzesre-

visionen führen, die in der deutschsprachigen Schweiz eher auf der Ebene der kantonalen und kommunalen Planung oder von den Leistungserbringern innerhalb ihrer Organisation abgehandelt werden. Bei der Spitex in Genf wird etwa auf die unbefriedigende Situation der Koordinatoren der Sozial- und Spitexzentren hingewiesen, die durch eine Veränderung der Kompetenzen und Verantwortlichkeiten neu zu regeln sind.

Die Beschreibung der Aufgabenteilung und Kompetenzen zeigt, dass in den deutschsprachigen Kantonen die Verantwortung für das Gesundheitswesen dezentral ist. Der kantonalen Verwaltung im Kanton Zürich kommt insofern ein grösseres Gewicht zu, als sie für die Universitätsspitäler verantwortlich ist. Im Tessin, Waadt und in Genf ist die Verantwortung für das Gesundheitswesen zentralisiert. Insbesondere die Kantone Waadt und Genf zeichnen sich durch viele detaillierte Vorschriften auf Gesetzesebene aus. Eine Sonderstellung nimmt der Kanton Basel-Stadt ein, der nur aus der Stadt und zwei weiteren Kommunen besteht und schon aus diesem Grunde über ein zentralisiertes Gesundheitssystem verfügt. Der Vergleich der Kantone deutet auf folgende Beziehung hin, ohne damit eine kausale Ursache ableiten zu wollen: Mit zunehmender Zentralisierung des Gesundheitswesens und detaillierten Vorschriften auf Gesetzesebene steigen die Gesundheitskosten.

Die folgende Tabelle fasst die Unterschiede zwischen den Kantonen in bezug auf die Aufgabenteilung und Kompetenzen zusammen. Auf die Differenzen bei Planungen im Gesundheitswesen wird in Abschnitt 4.2.3 Kantonale Planungen eingegangen.

Tab. 2: Aufgabenteilung und Kompetenzen

Organisation des Gesundheitswesens	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
1 Stark dezentral	X	X					
2 Dezentral			X				
3 Zentral				X		X	
4 Zentral mit vielen detaillierten Vorschriften					X		X
Übertrag der numerischen Ausprägung in Tab. 19	1	1	2	3	4	3	4

Beratungs- und Planungsgremien

Ein Charakteristikum der Kantone Waadt und Genf ist die Vielfalt von gesetzlich festgelegten Kommissionen und Gremien, die eine Teilhabe der Fachleute, der gesellschaftlichen Gruppierungen und politischen Parteien an der Steuerung der verschiedenen Teilbereiche des Gesundheitswesens ermöglichen. Im Kanton Waadt unterstützen ein Gesundheitsrat, eine Planungs- und Finanzkommission und lokale Kommissionen die Regierung. Die Spitex wird von einem rund 30köpfigen Verwaltungsrat sowie einem 10köpfigen Direktionskomitee geleitet, die aus Vertretern des Kantons, der Gemeinden, Verbänden und Spitexvereine bestehen. Das Genfer Spitalgesetz nennt für alle Spitäler folgende oberste Organe: Verwaltungsrat, Führungskomitee der medizinischen Departements, Direktionskomitee und Konsultativkomitee. Die Universitätsspitäler haben ihrerseits wiederum einen Verwaltungsrat und ein Direktionskomitee, die wie alle erwähnten Organe nach einem genau festgelegten Schlüssel aus verschiedenen Vertretern bestehen. Die Kantone Aargau, Appenzell AR und Zürich hingegen verfügen nach dem Gesundheitsgesetz über eine kantonale parlamentarische Gesundheitskommission, die unter Umständen noch durch Aufsichtskommissionen beispielsweise für die Spitäler ergänzt werden. Die Gemeinden können für ihre Belange eigene Beratungs- und Planungsgremien einsetzen. Der Kanton Aargau legt im Gesetz sogar ausdrücklich fest, dass die Gemeinden eigene Gesundheitskommissionen bilden können.

In Tab. 3 sind die Unterschiede bei der Organisation der Beratungs- und Planungsgremien der Kantone zusammengefasst, deren Auswirkungen auf die Kostendifferenzen jedoch nicht eindeutig ist: Kantone mit kommunalen Gremien und einer überschaubaren Anzahl von kantonalen Kommissionen tendieren dazu geringere Gesundheitskosten zu haben als Kantone mit einer grossen Anzahl von kantonalen Ausschüssen.

Tab. 3: Beratungs- und Planungsgremien

Art und Anzahl der Gremien	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
1 Kommunale Gremien/überschaubare Anzahl im Kanton	X	X	X				
2 Überschaubare Anzahl im Kanton				X		X	
3 Mittlere Anzahl im Kanton					X		
4 Grosse Anzahl im Kanton							X
Übertrag der numerischen Ausprägung in Tab. 19	1	1	1	2	3	2	4

Revisionen und Veränderungen

Die Unterschiede in der Regelung des Gesundheitswesens zwischen den deutsch- und romanischsprachigen Kantonen drücken sich auch in den Gesetzesrevisionen der letzten und nächsten Zeit aus. Die Kantone Aargau und Zürich befassen sich vor allem mit der Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden. Künftig sollen die Akutspitäler in die kantonale und die Langzeitpflege und die ambulante Hilfe und Pflege in die kommunale Kompetenz fallen. Der Kanton Appenzell AR hat bereits 1993 die Gemeindespitäler in kantonale Anstalten umgewandelt. Von der klaren und hierarchischen Trennung der Zuständigkeiten wird erwartet, dass sich eine grössere Effizienz im Gesundheitswesen leichter verwirklichen lasse. Der Kanton Basel-Stadt nimmt eine Sonderrolle ein, weil er lediglich plant, die unsystematisch verstreuten Bestimmungen in einem neuen Gesetzwerk zusammenzufassen.

In allen drei romanischsprachigen Kantonen wird über eine Neuausrichtung des Gesundheitswesens durch Verbunde von Leistungserbringern in kantonalen Versorgungsregionen nachgedacht. Die Integration der Angebote soll eine besser an die Bedürfnisse der Patienten angepasste Versorgung ermöglichen, die gleichzeitig durch Synergieeffekte wirtschaftlicher erbracht wird. Die Bestrebungen sind im Kanton Waadt am weitesten fortgeschritten. Dort sollen sich nach dem Gesetz zur Finanzierung und Planung von Gesundheitseinrichtungen die Leistungserbringer von kantonalen Regionen in Netzwerke zusammenschliessen und lückenlos alle Gesundheitsbedürfnisse mit qualitativ hochstehenden Leistungen zu tragbaren Kosten decken. Der Zusammenschluss soll in der Form einer juristischen Person geschehen. Die Netzwerke erhalten Leistungsaufträge und die Mitglieder der Netzwerke partizipieren bei der Festlegung der Zielsetzungen, bei der Verwaltung der Ressourcen und bei der Einsatzplanung. Ein Netzwerk konnte bereits etabliert werden und weitere sollen in nächster Zeit folgen. Weitere Veränderungen, die kürzlich durchgeführt oder geplant sind, betreffen Genehmigungspflicht für Grossgeräte im Tessin, Neuorganisation der Spitex und Fusion von Spitälern im Tessin und in Genf, neues Gesundheitsgesetz mit besseren Patienten- und Heimbewohnerrechte im Kanton Waadt.

Die Auswirkungen der Revisionen und der Veränderungen auf die Gesundheitskosten lassen sich nur schwierig abschätzen, weil sie erst kürzlich umgesetzt wurden oder sich noch in der Planung befinden. Die realisierten oder geplanten Reformen können jedoch als Indikatoren für die Bemühungen für eine effizientere Leistungserbringung aufgefasst werden, wobei von folgenden Annahmen ausgegangen wird: Am vielversprechendsten ist, wenn die Neuorganisation des Gesundheitswesens bereits im Gange ist. Am kostspieligsten ist es, nicht auf die neuen Herausforderungen zu reagieren und keine inhaltlichen Änderungen im Gesundheitswesen vorzunehmen.

Tab. 4 enthält eine Übersicht über die kürzlich stattgefundenen, stattfindenden oder geplanten Änderungen in den Kantonen.

Tab. 4: Revisionen und Veränderungen

Art der Veränderungen	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
1 Kantonale Akutspitäler, kommunale Langzeitpflege Spitex oder Netzwerke von Leistungserbringern in Realisierung		X			X		
2 Künftig kantonale Akutspitäler, kommunale Langzeitpflege und Spitex oder Netzwerke Leistungserbringer	X		X	X			X
3 Systematisierung Regelungen ohne inhaltliche Änderung						X	
Übertrag der numerischen Ausprägung in Tab. 19	2	1	2	2	1	3	2

Angebotsstruktur und Zusammenarbeit mit anderen Kantonen

Die Zusammenarbeit mit anderen Kantonen hängt von der Grösse des Kantons, seiner Angebotsstruktur und vom Vorhandensein eines Universitätsspitals ab. Die Kantone Aargau und Tessin verfügen über eine differenzierte Gesundheitsversorgung ohne Universitätsspital. Sie können weitgehend die eigenen Bedürfnisse bis auf wenige Spezialdisziplinen selbst befriedigen, die durch Abkommen mit den Spitälern der anderen Kantone abgedeckt werden. Der Kanton Appenzell AR bietet in den eigenen Spitälern nur die Grundversorgung an. Spezial- und Spitzenmedizin müssen entweder in St. Gallen oder Zürich eingekauft werden. Der Kanton Zürich verfügt nicht nur über ein differenziertes Gesundheitssystem, sondern ist aufgrund seiner Universitätskliniken ein ausgesprochener Nettoexporteur von Spezial- und Spitzenmedizin. Die beiden Kantone Appenzell AR und Zürich sind deshalb auch Vertragspartner in der Ostschweizer Krankenhausvereinbarung zusammen mit weiteren Kantonen. Die benachbarten Kantone Waadt und Genf verfügen nicht nur über differenzierte Gesundheitssysteme, sondern ebenfalls über Universitätsspitäler. Beide Kantone exportieren Spezial- und Spitzenmedizin und zeichnen sich zusätzlich durch eine intensive Zusammenarbeit aus. Die Universitätsspitäler kooperieren beim Einkauf. Beide Kantone haben ferner ein Spitalabkommen abgeschlossen, dass ihren Bewohnern eine Behandlung im Nachbarkanton sichert. Der Kanton Waadt sucht in den kantonalen Randregionen Spitalverbunde mit anderen Kantonen und auch gemeinsame Trägerschaften zu etablieren. Der Kanton Basel-Stadt versorgt mit seinem Universitätsspital die Nordwestschweiz und insbesondere den Kanton Basel-Landschaft mit Spezial- und Spitzenmedizin. Das Universitätsspital Basel sucht die Zusammenarbeit mit anderen Spitälern der Region.

Alle Kantone kooperieren mit anderen Kantonen entweder als Importeur oder Exporteur von spezialisierten Leistungen. Die Beziehungen zwischen der ausserkantonalen Zusammenarbeit und der Höhe der Gesundheitskosten in den Kantonen führen zu folgenden Annahmen für die ordinale Skala in der untenstehenden Tabelle: Am günstigsten scheint ein ausgewogenes Gesundheitssystem mit Grund- und Spezialversorgung jedoch ohne Universitätsmedizin zu sein, das nahezu die gesamten Bedürfnisse im Kanton abdeckt (AG, TI). Der Import von spezialisierten und hochspezialisierter Versorgung führt teilweise zur Übernahme der höheren Kosten des Gesundheitswesens im exportierenden Kanton (AR). Das Vorhandensein eines Universitätsspitals und der Export von spezialisierten und hochspezialisierten Leistungen ist ein Indikator für ein komplexes und entsprechend teures Gesundheitswesen (ZH). Wenn zusätzlich noch die Zusammenarbeit mit anderen Kantonen gesucht wird, dann sind die eigenen Kräfte des exportierenden Kantons durch die Gesundheitskosten ziemlich angespannt (VD, BS, GE). Inwiefern durch die ausserkantonale Zusammenarbeit Kostenvorteile entstehen, kann im Rahmen der vorliegenden Studie nicht ermittelt werden. In Tab. 5 sind die Unterschiede in der Angebotsstruktur und der ausserkantonalen Zusammenarbeit dargestellt.

Tab. 5: Angebotstruktur und ausserkantonale Zusammenarbeit

Import und Export von Leistungen und Zusammenarbeit	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
1 Weitgehende Deckung eigener Bedürfnisse, kein Universitätsspital	X			X			
2 Import von spezialisierten Leistungen		X					
3 Universitätsspital, Export von spezialisierten Leistungen			X				
4 Universitätsspital, Export von spezialisierten Leistungen und Zusammenarbeit					X	X	X
Übertrag der numerischen Ausprägung in Tab. 19	1	2	3	1	4	4	4

4.2.2 Finanzierung

Die Finanzierung im Gesundheitswesen² unterscheidet sich vor allem nach den verschiedenen Leistungserbringern: Spitäler, Alterspflegeheime und Spitex. Daneben bestehen je nach Kanton und Struktur des Gesundheitswesens weitere Vorschriften sowie geplante oder bereits realisierte Veränderungen der alten Finanzierungsregelungen (s. a. Tab. 2 im Materialband).

Leistungserbringer

- Spitäler

Bei den kantonalen Spitälern und Einrichtungen gibt es wenige Unterschiede zwischen den sieben Modellkantonen. Die Finanzierung erfolgt durch den Kanton und ist an Leistungsaufträge und Globalbudgets geknüpft. Differierende Bestimmungen bestehen beim Ausmass der Finanzierung durch den Kanton: im Appenzell AR wird eine Eigendeckung von 70% erwartet, in Zürich begleicht der Kanton bis 100% der Ausgaben, im Tessin bis 75% und höchstens 18% des Steueraufkommens, in Basel-Stadt und Genf ist eine Defizitdeckung bis 70% möglich.

Abweichungen ergeben sich dort, wo die Gemeinden für kommunale und regionale Spitäler und Krankenheime verantwortlich sind. Der Kanton Aargau begleicht die Kosten des Bau- und Landenerwerbs und trägt 60% des Betriebsdefizits. Im Kanton Zürich beträgt der kantonale Anteil bis 90% der Ausgaben an die kommunalen und regionalen Spitäler in Abhängigkeit von der Finanzkraft der Gemeinden. Die anderen fünf untersuchten Kantone kennen praktisch keine Spitäler, die in der Verantwortung von Gemeinden oder Gemeindeverbänden sind. Im Kanton Appenzell AR wurden die Gemeindespitäler 1993 in Kantonsspitäler umgewandelt. Im Kanton Basel-Stadt gibt es noch ein Gemeindespital in Riehen.

Unterschiedlich ist desgleichen die Finanzierung der Privatspitäler. Im Kanton Aargau kann es Kooperationsverträge mit den privaten Kliniken geben. Im Kanton Tessin hängt die Defizitgarantie von einem Leistungsauftrag ab. Der Kanton Waadt beteiligt sich an den Kosten der Allgemeinabteilung und der Kanton Basel-Stadt entrichtet Subventionen, die an Leistungsaufträge und Kontrolle durch Kennziffern geknüpft sind. Indessen scheinen nur in den beiden Kantonen Waadt und Basel-Stadt die finanzielle Unterstützung der Privatspitäler eine bedeutende Rolle zu spielen. Die Kantone Aargau, Appenzell AR, Tessin und Genf nehmen Kur-, Rehabilitations- und Privatkliniken auf die Spitalliste, entrichten aber nur in seltenen Fällen kantonale Beiträge.

- Alterspflegeheime

Träger der Heime sind in allen untersuchten Modellkantonen Gemeinden, Gemeindeverbände oder gemeinnützige Vereine bzw. Stiftungen und zum Teil auch gewinnorientierte Private. Eine ausreichende Versorgung mit Alterspflegeheime ist in den untersuchten deutschsprachigen Kantonen mit Ausnahme von Basel-Stadt Gemeindesache. Die Finanzierung der Betriebsausgaben ist deshalb durch die Gemeinden sicherzustellen. Zwei Kantone leisten jedoch Beiträge an die Baukosten, nämlich Aargau bis 34% und Appenzell AR bis 50%. Die nicht deutschsprachigen Kan-

² Auf die Finanzierung durch Patienten, Pensionäre, AHV 101bis oder Versicherer wird in diesem Abschnitt nicht eingegangen.

tone und der Kanton Basel-Stadt spielen eine wichtigere Aufgabe bei den Betriebsausgaben, die jedoch unterschiedlich geregelt ist. Der Kanton Tessin garantiert die Defizitdeckung. In den Kantonen Waadt, Basel-Stadt und Genf sind die Subventionen an Leistungsaufträge für die Heime geknüpft. Der Kanton Waadt entrichtet diese in der Form eines Globalbudgets an Heime im öffentlichen Interesse. In Basel-Stadt werden die Heime durch die Subjektfinanzierung der Pensionäre unterstützt. In Genf hängt die Finanzierung von detaillierten Auflagen bezüglich Gebäude und Leistungserbringung ab.

- Spitex und ambulante Dienste

Eine ausreichende Versorgung durch Hilfe und Pflege Zuhause ist in den untersuchten deutschsprachigen Kantonen mit Ausnahme von Basel-Stadt ebenfalls Gemeindegeldsache. Trotzdem beteiligen sich die deutschsprachigen Kantone finanziell an der Spitex. Am geringsten fällt die Beteiligung im Aargau aus, der eine einmalige Unterstützung für Spitexstützpunkte und Büroausstattung leistet. Appenzell AR deckt ein Drittel des Defizits und Zürich ein Viertel. Basel-Stadt knüpft seinen Beitrag an einen Leistungsauftrag und Globalbudget. Im Tessin, Waadt und in Genf ist die Spitex Kantonssache. Dennoch müssen die Gemeinden einen Beitrag an die Kosten leisten. Im Kanton Tessin beträgt er bis 80% der Kosten in Abhängigkeit der Finanzkraft der Gemeinde. Im Kanton Waadt ist er von der Einwohnerzahl der Gemeinde abhängig. Im Kanton Genf wird lediglich erwartet, dass die Gemeinden die Räumlichkeiten für die Spitexstützpunkte zur Verfügung stellen.

Die Finanzierung der Leistungserbringer unterscheidet sich in den Kantonen vor allem vom Ausmass der Beteiligung der Gemeinden. In den Kantonen Aargau, Appenzell AR und Zürich leistet der Kanton Beiträge an Gemeindeaufgaben, in den Kantonen Tessin und Waadt müssen sich die Gemeinden an den Aufwendungen der Spitex beteiligen. In den Kantonen Basel-Stadt und Genf werden praktisch alle Leistungserbringer vom Kanton finanziert. Nach Tab. 6 sieht die Beziehung zwischen der Regelung der Finanzierung und den zunehmenden Gesundheitskosten der Kantone von links nach rechts wie folgt aus:

Tab. 6: Finanzierung

Regelung der Finanzierung	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
1 Mittleres Ausmass Kantonsbeitrag an Gemeindeaufgaben	X						
2 Starkes Ausmass Kantonsbeitrag an Gemeindeaufgaben		X	X				
3 Kaum Gemeindeaufgaben, aber Spitexbeitrag der Gemeinden				X	X		
4 Kaum Gemeindeaufgaben, kaum Spitexbeitrag Gemeinden						X	X
Übertrag der numerischen Ausprägung in Tab. 19	1	2	2	3	3	4	4

Weitere Finanzierungsregelungen und Veränderungen

Die unterschiedlichen Entwicklungen im Gesundheitswesen hat zu weiteren Besonderheiten in einigen Kantonen geführt. Welche Auswirkungen sich dadurch auf die Kostendifferenzen zwischen den Kantonen ergeben, ist unklar und wird deshalb auch nicht in einer Tabelle zusammengefasst.

- Bis zur Einführung des KVG beteiligte sich der Kanton Aargau noch mit 50% an den ärztlich verordneten Pflegekosten der Spitex. Jetzt werden diese Kosten von den Krankenversicherern übernommen.
- Der Kanton Zürich plant im Zuge der Neuordnung der Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden die Spitäler durch den Kanton sowie die Heime und Spitex durch die Gemeinden zu finanzieren. Weil der Kanton Aargau eine ähnliche Neuordnung anstrebt, dürfte sich diese ebenfalls auf die Finanzierung auswirken.

- Der Kanton Waadt hat im Rahmen der Neuausrichtung des Gesundheitswesens einen Innovationsfonds für die Netzwerke eingerichtet. Die Finanzierung der Leistungserbringer soll von der Aufgabe innerhalb des Netzwerks abhängig sein. Das Globalbudget soll künftig durch eine Voraussage der Entwicklung der Tätigkeit der Leistungserbringer ersetzt werden. Geplant ist auch ein Restrukturierungsfonds für Spitäler und Heime einzurichten.
- Die früher privilegierte Stellung der OeKK im Kanton Basel-Stadt beeinflusste die Regelung, dass nur die Versicherer kantonale Subventionen erhalten, die durch den Beitritt zum Rahmenvertrag die gleichen Bedingungen wie die OeKK akzeptieren.

4.2.3 Kantonale Planungen

Auf die Beratungs- und Planungsgremien, die bei den kantonalen Planungen eine Rolle spielen, wurde bereits eingegangen. In diesem Abschnitt geht es um die kantonalen Planungen, zu denen in der Regel Fachplanungen für Spitäler, Pflegeheime, Psychiatrie und Drogenpolitik oder für die Spitex gehören. Daneben bestehen in einigen Kantonen fachübergreifende Planungen, die ebenfalls in dem vorliegenden Abschnitt behandelt werden. Zusätzlich werden die verwendeten Instrumente zur Bedarfsabklärung verglichen (s. a. Tab. 3 im Materialband).

Spitalplanungen

Die Spitalplanungen der Modellkantone beschäftigen sich mit der Aufteilung folgender Angebote: Grundversorgung, spezialisierte und hochspezialisierte Versorgung sowie der Akut-, Rehabilitations- und Langzeitbetten auf die einzelnen Spitäler, Kliniken und kantonalen Regionen. Der Kanton Appenzell AR ist insofern eine Ausnahme, als innerhalb der Kantons Grenzen lediglich Grund- und psychiatrische Versorgung vorhanden ist, der Bedarf an Spezial- und Spitzenmedizin jedoch in den Kantonen St. Gallen und Zürich befriedigt wird. In allen untersuchten Kantonen sind Bestrebungen für eine wirtschaftliche Leistungserbringung durch eine niedrigere Hospitalisationsrate, kürzere Aufenthaltsdauer sowie höhere Belegungsquote und Eigendeckung vorhanden. Gleichermassen wird versucht die Leistungserbringung transparenter zu gestalten. Dazu dienen Globalbudgets und Kostenstellenrechnungen oder die bisherigen Tagespauschalen werden durch Fall- oder Abteilungspauschalen ersetzt. Unterschiede zwischen den Kantonen bestehen vor allem bezüglich der Notwendigkeit des Bettenabbaus und dem Vorgehen beim Abbau von Betten. Die Kantone Aargau, Appenzell AR, Zürich und Tessin betreiben eine traditionelle Spitalplanung. Die Kantone Waadt, Basel-Stadt und Genf sehen hingegen den Bettenabbau vernetzt mit anderen Angeboten.

Allein die beiden Kantone Aargau und Appenzell AR stellen den Bettenabbau in den Spitälern aus unterschiedlichen Gründen nicht in den Vordergrund:

- Im Kanton Aargau überschreiten die betriebenen Betten in den öffentlich subventionierten Spitälern nicht die ermittelten Bedarfszahlen. Die nicht subventionierten Spitäler und Rehabilitationskliniken verfügen mehrheitlich über ein gesamtschweizerisches Einzugsgebiet.
- Der Kanton Appenzell AR hat zwar in den letzten Jahren ebenfalls Betten in den öffentlichen Akutspitälern abgebaut. Der Bestand von 220 Betten liegt noch etwas über dem errechneten Bedarf von 183 Betten. In der Spitalliste des Kantons summiert sich die Anzahl der Betten in öffentlichen und privaten Einrichtungen auf etwa 750 Betten. Diese liberale Aufnahmepraxis wird mit den fehlenden Unterlagen für eine gesetzeskonforme Evaluation begründet. Erleichtert hat dieser Entscheid, dass nur die Kantonsspitäler kantonale Subventionen erhalten und dass in den privaten Kliniken zu einem grossen Teil ausserkantonale Patienten untergebracht sind.

In den anderen fünf Modellkantonen steht, neben einer wirtschaftlichen Leistungserbringung, der Abbau von Spitalbetten im Vordergrund. Folgende Unterschiede lassen sich in den Bemühungen der Kantone erkennen:

- Im Kanton Zürich wird das viergliedrige Spitalangebot mit Regional-, Schwerpunkt-, Zentral- und Universitätsspitäler durch den Wegfall der Regionalspitäler in ein dreigliedriges Angebot umgewandelt. Mit der Schliessung der von den Gemeinden betriebenen Regionalspitälern fallen 600 Betten weg. Bei Rekursen der Gemeinden gegen die Streichung der kantonalen Subventionen wird vor allem aufgrund von Kennziffern auf die Unwirtschaftlichkeit der zu schliessenden Spitäler hingewiesen. Argumentiert wird auch, dass nur die Schliessung von ganzen Spitälern mit ihrer Infrastruktur zu einer Kostenreduktion führen würde. Ein gradueller Bettenabbau ermögliche keinen Kostenabbau. Bei moderatem Bevölkerungsanstieg und abnehmender Hospitalisationsrate und Aufenthaltsdauer würde ohne Strukturbereinigung nach den Bedarfsrechnungen der Bettenüberschuss auf 1220 steigen.
- Im Kanton Tessin befindet sich rund die Hälfte der Spitalbetten in nichtsubventionierten Privatspitälern. Der Abbau des Überangebots von 450 Betten soll vor allem bei den Privatspitälern erfolgen. Spitäler mit weniger als 44 Betten sollen geschlossen werden.
- Im Rahmen der Neuausrichtung des Gesundheitswesens und der Schaffung der Netzwerke von Leistungserbringern im Kanton Waadt sollen Synergieeffekte zwischen den verschiedenen Angeboten genutzt werden. In den Spitälern soll der Bettenbestand von 3371 auf 2456 Betten im Jahr 2005 abnehmen. Bis 2002 wird eine neue Spitalplanung erarbeitet.
- Im Kanton Basel-Stadt liegt der Bettenbedarf 22.8% unter dem Bettenbestand. Bis 1998 wurden vor allem in den subventionierten Privatspitälern 270 Betten geschlossen. In einem zweiten Schritt sollen noch einmal 291 Betten abgebaut werden. Davon wären dann auch die öffentlichen Spitäler betroffen. Die Reduzierung der Betten wird im Zusammenhang mit dem Angebot an Alterspflegeheimen und Spitex sowie einem Personalabbau in den Spitälern gesehen.
- Im Kanton Genf soll der graduelle Bettenabbau durch Reduzierung der Hospitalisationsrate und Aufenthaltsdauer fortgeführt werden. Auf die nicht subventionierten Privatspitäler wird nicht weiter eingegangen, weil der Kanton keinen Einfluss habe. Die Reduzierung der Betten wird mit den Angeboten an Alterspflegeheimen und Spitexdienstleistungen sowie einer stärkeren Betonung der Prävention verknüpft.

Bei der Spitalplanung lassen sich vier verschiedene Vorgehensweisen der Kantone beim Bettenabbau beobachten. In den Kantonen Aargau und Appenzel AR sind aufgrund von Bedarfschätzungen in den öffentlichen Spitälern kaum Überangebote vorhanden und die Privatkliniken haben ein gesamtschweizerisches Einzugsgebiet. Der Bettenabbau soll in Zürich hauptsächlich in den Gemeindespitälern und im Tessin in den Privatspitälern geschehen. In den Kantonen Waadt, Basel-Stadt und Genf soll der Bettenabbau vernetzt mit anderen Angeboten vorgenommen werden, wobei der Waadt für diese Neuausrichtung eine neue Form der Organisation des Gesundheitswesens gefunden hat. In bezug auf die unterschiedlichen Strategien der Kantone wird beim Bettenabbau von folgender Hypothese ausgegangen: Die fehlende Notwendigkeit eines Bettenabbaus ist die beste Ausgangslage, weil das Angebot bereits weitgehend dem Bedarf entspricht. Die Vernetzung des Bettenabbaus im Rahmen einer Neuorganisation des Gesundheitswesens scheint die zweitbeste Lösung für eine bedarfsgerechte Versorgung zu sein. Die Vernetzung des Bettenabbaus mit anderen Angeboten wird als die drittbeste und der Abbau von Betten in Gemeinde- und Privatspitälern ohne Berücksichtigung der Struktur des kantonalen Gesundheitswesens als die schlechteste Strategie eingeschätzt. Tab. 7 zeigt die Unterschiede in der Vorgehensweise der Kantone beim Bettenabbau.

Tab. 7: Vorgehen beim Bettenabbau in Spitälern

Vorgehen beim Bettenabbau	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
1 Kein Bettenabbau notwendig	X	X					
2 Bettenabbau, Neuorganisation und Vernetzung Angebote					X		
3 Bettenabbau und Vernetzung Angebote						X	X
4 Bettenabbau Gemeindespitäler/Privatspitäler			X	X			
Übertrag der numerischen Ausprägung in Tab. 19	1	1	4	4	2	3	3

Pflegeheimplanung

Das stationäre Angebot in der Alterspflege befindet sich in einem Übergang vom Wohnheim zum Pflegeheim. Wegen der Alterung der Bevölkerung und der zunehmenden Pflegebedürftigkeit der Pensionäre wird in allen sieben Modellkantonen sowohl ein zusätzlicher Bedarf an Alterspflegeheimplätzen als auch ein Modernisierungsbedarf bei den Heimen vorausgesagt. In Kantonen wie Aargau und Zürich gibt es neben den Alterspflegeheimen noch Krankenhäuser. Die Errichtung und Führung von Heimen wird in den Kantonen von gemeinnützigen Stiftungen und Vereinen oder von den Gemeinden erwartet. In den deutschsprachigen Kantonen mit Ausnahme von Basel-Stadt gehört es zum Aufgabenbereich der Gemeinden, für ein ausreichendes Angebot an Alterspflegeheimen zu sorgen. Mit dem KVG ist insofern eine neue Situation eingetreten, als die Kantone mit der Pflegeheimliste den Bedarf festlegen sollen. Die Beschäftigung der Kantone mit den Pflegeheimen, insbesondere mit der Pflicht, Pflegeheimlisten zu erstellen, sieht wie folgt aus:

- Der Kanton Aargau erarbeitete bereits 1991 ein Altersheimkonzept, das den Trägern von Heimen einen Orientierungsrahmen über die baulichen Anforderungen und die Integration des Heims in ein Gesamtkonzept der Altersbetreuung geben soll. In einer Bedarfsschätzung wird von zusätzlichen 500-600 Pflegebetten gesprochen. Bis 1998 wurden 500 neue Betten geschaffen. Zum Bettenbestand wird ausgeführt, dass er die Bedarfsschätzung nicht überschreitet. Rund ein Drittel der Heime, die nicht über ausreichende Pflegekapazitäten verfügen, ist nicht auf der Pflegeheimliste.
- Der Kanton Appenzell AR sieht einen zusätzlichen Bedarf von 35 Betten bis 2010. Da die bauliche und personelle Ausstattung der Heime grosse Variationen aufweist, unterscheidet er auf der Pflegeheimliste die Heime nach ihrer Eignung für leicht, mittel und schwer Pflegebedürftige.
- Der Kanton Zürich gibt als Grundlage zur Pflegeheimliste eine Übersicht über Betten in verschiedenen Angebotsformen wie Krankenhäuser und Alterspflegeheime. Er kommt aufgrund der Bedarfsschätzung zum Schluss, dass zwar regionale Ungleichgewichte bestehen, aber der Bedarf heute weitgehend gedeckt ist. Bis 2015 ist mit einem Defizit von 1500 Betten zu rechnen.
- Im Kanton Tessin wird bei den Ausführungen zur Pflegeheimliste von einem zusätzlichen Bedarf von 168 Betten ausgegangen.
- Im Kanton Waadt arbeitet man an einer Bedarfsschätzung. Bis 2005 rechnet man mit einem zusätzlichen Bedarf von 300 Betten. Um die unterschiedliche Qualität der Heime auszugleichen, soll eine Restrukturierungskommission eingesetzt werden.
- Im Kanton Basel-Stadt wird erwartet, dass die Alterspflegeheime die Langzeitpflege übernehmen, die bisher von den Geriatriespitälern geleistet wurde. Der Verband der Alters- und Pflegeheime soll im Auftrag des Kantons eine Kontroll- und Lenkungsfunktion übernehmen. In den nächsten Jahren wird mit einem zusätzlichen Bedarf von 200 Betten gerechnet.
- Im Kanton Genf wurde im Zusammenhang mit dem Ausbau der Spitex 1992 ein Moratorium für den Bau von Alterspflegeheimen erlassen. Längerfristig wird mit einem Zusatzbedarf von 450 Betten gerechnet. Mehrbettzimmer und Qualitätsunterschiede sollen reduziert werden.

Die Kantone Aargau, Appenzell AR, Zürich und Tessin überlassen die Bereitstellung der Pflegeheime den bisherigen Trägern. Aber während Aargau den Trägern Hilfestellungen bezüglich einer wünschbaren Entwicklung gibt und Appenzell AR auf die Eignung der Heime für unterschiedliche Schweregrade der Pflegebedürftigkeit eingeht, begnügen sich Zürich und Tessin mit einer Bedarfsschätzung. Die Kantone Waadt, Basel-Stadt und Genf verbinden hingegen die Bedarfsschätzung mit Massnahmen zur Angebotsanpassung aufgrund der veränderten Anforderungen. Die Einschätzung der Pflegeheimplanungen der Kantone geht von der Vermutung aus, dass eine Bedarfsschätzung mit Orientierungsrahmen für die lokalen Träger am kostengünstigsten ist, weil die Angebotserbringung sich an der jeweiligen Situation ausrichten kann. Die zweitbeste Lösung ist eine Bedarfsschätzung mit Berücksichtigung der Eignung der bestehenden Heime und die drittbeste eine Bedarfsschätzung, die den lokalen Trägern ohne Orientierungsrahmen die Angebotserbringung überlässt. Am schlechtesten wird eine Bedarfsschätzung mit zentraler Steuerung der Leistungserbringung eingestuft, die wenig Spielraum für die Anpassung an die lokale Situation erlaubt. Die Unterschiede zwischen den Kantonen sind in Tab. 8 dargestellt.

Tab. 8: Pflegeheimplanung

Vorgehen Planung	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
1 Bedarfsschätzung und Orientierungsrahmen für Träger	X						
2 Bedarfsschätzung mit Berücksichtigung Eignung der Heime		X					
3 Ausschliesslich Bedarfsschätzung			X	X			
4 Bedarfsschätzung mit Massnahmen zur Angebotsanpassung					X	X	X
Übertrag der numerischen Ausprägung in Tab. 19	1	2	3	3	4	4	4

Psychiatrieplanung und Drogenpolitik

Die Kantone Aargau, Tessin, Basel-Stadt, Genf sowie Zürich mit dem Pilotprojekt Region Winterthur verfolgen ein ziemlich ähnliches Konzept: Ausbau der ambulanten Betreuung, die möglichst nahe im sozialen Umfeld des Patienten stattfinden soll. Um eine Betreuungskontinuität zu gewährleisten, soll die Koordination der verschiedenen Dienste verbessert werden. Um Krisensituationen zu meistern, sollen Notfalldienste oder eine Kriseninterventionsstation bereitgestellt werden. Ähnlich vielseitig sind in der Drogenpolitik die Angebote, die den Abhängigen durch Überlebenshilfe, Beteiligung an Methadon oder Entzugsprogrammen bzw. stationäre und ambulante Angebote behilflich sein sollen. Unterschiede sind, dass

- der Kanton Aargau das stationäre Bettenangebot reduzieren will,
- der Kanton Zürich durch die Schliessung der Klinik Rheinau ebenfalls Betten abbaut, aber gleichzeitig neue Betten für psychogeriatrische Akutbehandlung bereitstellt,
- der Kanton Tessin die psychiatrische Betreuung unter die Obhut einer übergeordneten Dachorganisation stellt.

Der Kanton Appenzell AR begnügt sich mit einer Bedarfsschätzung für psychiatrische Akutbetten und zum Kanton Waadt liegen keine Angaben vor. Die wichtigsten Charakteristika der Planung in den sieben Modellkantonen sind in Tab. 9 festgehalten. Dabei wird von der Hypothese ausgegangen, dass eine dezentrale ambulante Betreuung kostengünstiger zu stehen kommt.

Tab. 9: Psychiatrieplanung und Drogenpolitik

Vorgehen Planung	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
1 Förderung dezentrale ambulante Betreuung	X			X		X	X
2 Förderung dezentrale ambulante Betreuung in Pilotprojekt			X				
3 Bettenbedarfsplanung		X					
Keine Angaben					-		
Übertrag der numerischen Ausprägung in Tab. 19	1	3	2	1	-	1	1

Spitexplanung

Der Spitex wird in allen sieben Modellkantonen eine grosse Bedeutung zugemessen. In der deutschsprachigen Schweiz fällt sie jedoch in den Aufgabenbereich der Gemeinden und in der romanischsprachigen Schweiz in die Kompetenz des Kantons. Im Kanton Waadt erfolgten bereits in den 80er Jahren die Gründung einer kantonalen Spitexorganisation, die Schaffung von Versorgungsregionen mit Stützpunkten und interdisziplinären Equipen. Dieses Waadtländer Modell dient in der gesamten Schweiz als Vorbild. Die Realisierung des Modells entwickelte sich jedoch in der deutschsprachigen Schweiz vor allem auf Initiative der Spitex-Organisationen. Die Kantone Tessin und Genf setzten das Modell mittels eines kantonalen Gesetzes um. Aufgrund der unterschiedlichen Aufteilung der Kompetenzen und der ungleichzeitigen Entwicklung finden sich nur in den Kantonen Aargau, Tessin, Waadt, Basel-Stadt und Genf Planungen oder Evaluationsberichte zur Spitex:

- Im Kanton Aargau liegt die Zuständigkeit der Spitex in den Händen der Gemeinden. Der Kanton publizierte jedoch 1995 ein Spitexleitbild, das ähnlich wie beim Altersheimkonzept den Trägern Impulse zur Neuausrichtung der Spitex-Organisationen geben soll. Vorgeschlagen wird, dass sich die zersplitterten Vereine zusammenschliessen und gemeinsam Spitexstützpunkte mit interdisziplinären Equipen betreiben.
- Die Tessiner Spitexplanung folgt weitgehend dem Waadtländer Modell und sieht die Aufteilung des Kantons in Versorgungsregionen mit interdisziplinären Organisationen vor. Die Dienste für Mutter und Kind sollen in die Spitexstützpunkte integriert werden. Ebenfalls ist die Koordination mit halbstationären und stationären Einrichtungen zu verbessern. In einer Pilotphase soll das neue Konzept überprüft und verfeinert werden.
- Der Kanton Waadt strebt an, dass die Spitex in den Versorgungsregionen Bestandteil der Netzwerke der Leistungserbringer wird.
- Im Kanton Basel-Stadt hat sich die Bildung einer kantonalen Spitex Stiftung mit Quartierstützpunkten und interdisziplinären Equipen aus eigener Initiative der verschiedenen Spitexvereine vollzogen. Die Entwicklung wurde vom Kanton wohlwollend unterstützt, der einen einzigen Gesprächspartner den rund 40 Spitexvereinen vorzieht. Jetzt figuriert die Spitex Basel als feste Grösse in der kantonalen Planung. Vorgesehen ist darin, dass die Spitex die Aufgaben wahrnimmt, die früher von den Altersheimen erfüllt wurden. Gleichzeitig wird erwartet, dass zusammen mit der Spitex Basel die Mengenentwicklung der Spitexleistungen besser kontrolliert werden kann. Spitex ergänzende Angebote wie Mahlzeitendienst sollen bei der Pro Senectute bleiben.
- Im Kanton Genf folgt man ebenfalls weitgehend dem Waadtländer Modell. Die Sozialhilfen des Kantons und der Gemeinden werden jedoch stärker in die Spitexzentren integriert, in jedem Zentrum ist eine gemeinsame Triagestelle für die Kunden vorgesehen und die organisatorische Gliederung stellt sich komplexer dar. Das Spitexgesetz sieht eine regelmässige Evaluation der Spitex vor. In den bisherigen zwei Evaluationsberichten erfolgt dann eine Mängelberichterstattung mit Verbesserungsvorschlägen. Erwähnt wird u.a., dass die kantonale Kommission die strategischen Steuerung nicht wahrnimmt, aber unerwünscht das Direktionskomitee diese Aufgabe übernimmt. Die Empfangspersonen ihre Triagefunktionen und die Koordinatoren mangels Kompetenzen ihre Aufgaben mangelhaft erfüllen. Die Berichte enthalten dann eine Reihe von detaillierten Vorschlägen von Weiterbildung, Gesetzesänderungen bis zur operationeller Ebene.

Bezüglich der Spitexplanung wird angenommen, dass ein kantonaler Orientierungsrahmen, den die lokalen Träger der Situation angepasst umsetzen können, zu den geringsten Kosten führt. Am zweitbesten wirkt sich das Fehlen einer kantonalen Planung aus, die den lokalen Trägern weitgehende Gestaltungsfreiheit bei der Leistungserbringung lässt. Die drittbeste Lösung ist eine freiwillige Fusion der Spitexvereine. Sie ermöglicht ohne Schwierigkeiten interne Reorganisationen und

Vernetzungen mit anderen Leistungserbringern. Die viertbeste Lösung ist der Zusammenschluss der Spitex aufgrund eines Gesetzes und die Vernetzung mit anderen Leistungserbringern. Am schlechtesten wird eine Fusion aufgrund eines Gesetzes eingeschätzt, die zwar zu einem einheitlichen Angebot in den Versorgungsregionen führt, aber die Vernetzung mit anderen Leistungserbringern nicht in Vordergrund stellt. Die unterschiedlichen Vorgehensweisen der Kantone bezüglich der Spitex sind in Tab. 10 zusammengefasst.

Tab. 10: Spitexplanung

Vorgehen Planung	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
1 Kantonaler Orientierungsrahmen für lokale Träger	X						
2 Keine kantonale Planung		X	X				
3 Freiwillige Fusion, Regionen, interdisziplinär, vernetzt						X	
4 Fusion, Regionen, interdisziplinär, vernetzt nach Gesetz					X		
5 Fusion, Regionen, interdisziplinär nach Gesetz				X			X
Übertrag der numerischen Ausprägung in Tab. 19	1	2	2	5	4	3	5

Fachübergreifende Planungen

Neben den auf die Angebote ausgerichteten Planungen bestehen in einzelnen Kantonen fachübergreifende Konzepte:

- Der Kanton Zürich listet die in den verschiedenen Fachbereichen geplanten Projekte auf. Er begründet diese im Zusammenhang mit der Entwicklung der Bevölkerung, der Medizin und Medizintechnik und den Planungszielen. Die Entwicklungsplanung 1999-2004 dient jedoch vor allem dazu, den Finanzbedarf der nächsten Jahre festzustellen.
- Im Kanton Tessin wurde mittels einer Delphi-Umfrage die Prioritäten für die Gesundheitspolitik festgelegt. Ein grosses Gewicht hat die Durchführung von Präventionskampagnen. Geplant ist auch den elektronischen Datenaustausch zwischen ambulanten, halbstationären und stationären Einrichtungen voranzutreiben. In diesem Zusammenhang ist eine elektronische Patientenkarte geplant.
- Im Kanton Waadt liegt der Schwerpunkt auf der Schaffung von Netzwerken von Leistungserbringern in Versorgungsregionen. Die Netze sollen eine komplette Kette von stationären und ambulanten Behandlungen anbieten und auch die Behandlungskontinuität gewährleisten. Innerhalb eines Rahmens von kantonalen Zielsetzungen können die in den Netzwerken zusammengeschlossenen Leistungserbringer ihre Organisationsform, Prioritäten und Durchführungsmodalitäten weitgehend selbst bestimmen. Der Kanton erteilt in den einzelnen Netzwerken Leistungsaufträge und stellt die Finanzen bereit.
- Im Kanton Basel-Stadt versucht man das Gesundheitswesen durch Vermeidung von Fehlbelegungen und Fehlnutzung zu optimieren. Dadurch soll der Bedarf an Spitalbetten reduziert werden. Die Schnittstellen zwischen Spitälern, Heimen und Spitex sind deshalb besser zu gestalten, um eine frühere Spitalentlassung zu ermöglichen.
- Der Kanton Genf versucht in einer Gesamtübersicht des Gesundheitswesens die einzelnen Angebote des Gesundheitswesens besser miteinander zu verknüpfen. Der leichte Wechsel zwischen den Angebotsformen soll möglich sein. Das ambulante System soll im Vergleich zu den stationären Einrichtungen mehr Priorität erhalten. Ebenfalls ist die Einführung eines gemeinsamen medizinisch-ökonomischen Informationssystems inklusive einer elektronischen Patientenkarte geplant.

Bei der fachübergreifenden Planung wird von der Hypothese ausgegangen, dass eine integrierende Gesamtschau des Gesundheitswesens sich kostenmindernd auswirkt. Nach Tab. 11 bemühen sich vor allem Kantone mit hohen Gesundheitskosten die Angebote zu vernetzen.

Tab. 11: Fachübergreifende Planungen

Absicht der Planung	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
1 Organisatorische Vernetzung und Optimierung Angebote					X		
2 Optimierung Zusammenwirkung der Angebote						X	X
3 Prioritäten Gesundheitswesen				X			
4 Finanzplanung			X				
5 Keine fachübergreifende Planung	X	X					
Übertrag der numerischen Ausprägung in Tab. 19	5	5	4	3	1	2	2

Bedarfsschätzungen

Im Rahmen der Untersuchung interessiert ausserdem wie die Bedarfsschätzungen erfolgen, die der Angebotsplanung in den Kantonen zugrunde liegen. In der Regel werden sie nach der normativen oder analytischen Methode³ durchgeführt. Die normative Methode geht von Richtwerten aus, die sowohl aus Vergleichen mit anderen Kantonen als auch aus den vom Kanton gewünschten Entwicklungen abgeleitet werden. Die analytische Methode verwendet eine Formel, die Hospitalisationsrate, Aufenthaltsdauer, Einwohnerzahl und Patientenwanderungen berücksichtigt. Die Kantone Aargau und Tessin benutzen eher die normative Methode, die Kantone Appenzell AR und Zürich bevorzugen bei der Spitalplanung die analytische Methode und beide Methoden werden in den Kantonen Basel-Stadt und Genf angewendet.

Alleine im Kanton Waadt wird versucht, eine Bedarfsprognose nach der anspruchsvolleren Komponentenmethode durchzuführen. Die Schätzungen differieren nicht nur nach der Art der Betten (Akut- und Langzeitbetten), sondern die Berechnung geht auch von differenzierteren Parametern aus. Berücksichtigt werden beispielsweise die Bevölkerungsentwicklung nach Altersklassen, die Aufenthaltsdauer nach AP-DRG und verschiedene Szenarien bezüglich des medizinischen Fortschritts. Tab. 12 gibt eine Übersicht über die in den sieben Kantonen verwendeten Methoden. Die Skala zu Instrumenten der Bedarfsanalyse geht davon aus, dass eine fortschrittliche oder kombinierte Prognosemethode besser als eine einfache erlaubt, das Angebot zu steuern und Kosten zu reduzieren.

Tab. 12: Instrumente der Bedarfsanalyse

Methode Bedarfsanalyse	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
1 Komponentenmethode					X		
2 Normativ und analytisch						X	X
3 Normativ oder analytisch	X	X	X	X			
Übertrag der numerischen Ausprägung in Tab. 19	3	3	3	3	1	2	2

4.2.4 Planungen der Gemeinden

Im Laufe der Untersuchung konnten nur in den Kantonen Appenzell AR und Zürich detaillierte Kenntnisse über die Planungen in den Gemeinden gewonnen werden. Alle anderen Angaben stützen sich auf Informationen aus den Kantonen. In diesem Abschnitt soll zum besseren Verständnis der Gesundheitswesen in den Modellkantonen die Rolle der Gemeinden beschrieben werden. Die Ausführungen gehen auf die Aufgaben der Gemeinden, Planungen und Planungsinstrumente und Zusammenarbeit zwischen Gemeinden und Kanton ein (s. a. Tab. 4 im Materialband).

- Aufgaben

In allen Modellkantonen können die Gemeinden Träger von Heimen sein oder diese Aufgabe an gemeinnützige Organisationen weiter delegieren. In den Kantonen Aargau, Appenzell AR und

³ Ortrud Biersack: Evaluation Spitalplanung und Spitalisten nach Art. 39 KVG – Die Planungsmethoden der Kantone; Bericht zuhanden des Zentralsekretariats der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz, Bern, SDK, 2000

Zürich sind die Gemeinden für die Spitex und Langzeitpflege und in den Kantonen Aargau und Zürich zusätzlich für die Spitalgrundversorgung verantwortlich. Im Kanton Appenzell AR sind die ehemaligen Gemeindespitäler 1993 an den Kanton übertragen worden. Private, meistens gemeinnützige Vereine und Stiftungen, können auch von sich aus Initiativen für die Errichtung eines Heimes oder für die Gründung einer Spitex ergreifen.

- Planungen

In den Kantonen, wo die Gemeinden gesetzlich für die ambulante Hilfe und Pflege Zuhause, die Langzeitpflege und eventuell auch noch für die Spitalgrundversorgung zuständig sind, planen die Gemeinden die Angebotserbringung. In den beiden Kantonen Appenzell AR und Zürich erarbeiteten die Gemeinden Herisau und Niederhasli ein Altersleitbild zur besseren Integration der stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste. Behandelte Themen betreffen Heime, Hilfe und Pflege Zuhause, Wohnmöglichkeiten für Betagte und sonstige Hilfsangebote

- Planungsmethode

Für die Planungen in den beiden Gemeinden ist eine ad hoc Kommission zuständig, die unter Umständen von einem Beratungsbüro begleitet wird. Die Kommission besteht aus Mitgliedern, die in der Gemeinde beruflich (Heimleiter, Gemeindecrankenschwester) oder politisch (Fürsorgevorstand) mit dem Sozial- und Gesundheitswesen zu tun haben. Die Kommission versucht basierend auf ihren Kenntnissen der lokalen Verhältnisse ein wünschbares Zukunftsbild zu skizzieren und mit dem Ist-Zustand zu vergleichen. Aus dem Vergleich wird dann ein Aktionsplan abgeleitet. Die angestrebten Veränderungen entsprechen in etwa auch den Planungen in den Kantonen: Bessere Integration von ambulanten und stationären Angeboten, Errichten eines Spitexstützpunktes mit interdisziplinären Equipen möglichst im Alterspflegeheim, Modernisierung der Alterspflegeheime. Bereitstellen von Betten für die Kurzzeitpflege im Alterspflegeheim usw.

- Zusammenarbeit Gemeinden und Kanton

Im Kanton Zürich wird die gemischte Finanzierung von Angeboten durch Kanton und Gemeinden in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe besprochen. Die Kantone Tessin und Waadt kennen auch teilweise Mitwirkungsmöglichkeiten von Gemeindevertretern in Planungs- und Steuerungsgremien.

Die Einschätzung der Mitwirkungsmöglichkeiten der Gemeinden geht von der Hypothese aus, je mehr lokaler Input in die Gestaltung des Gesundheitswesens fließt, um so niedriger sind die Gesundheitskosten im Kanton. Tab. 13 fasst die Mitwirkungsmöglichkeiten der Gemeinden bei der Planung des Gesundheitswesens zusammen.

Tab. 13: Mitwirkung der Gemeinden in der Planung

Ausmass der Mitwirkung	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
1 Eigene Planungen	X	X	X				
2 Mitwirkungsmöglichkeiten an kantonalen Aufgaben				X	X		
3 Keine Beteiligung						X	X
Übertrag der numerischen Ausprägung in Tab. 19	1	1	1	2	2	3	3

4.3 Leistungserbringer und Versicherer

4.3.1 Spitäler

In den sieben Modellkantonen kommen in den Spitälern ziemlich ähnliche Veränderungen bei der Organisation der Spitäler, Leistungserbringung, Zusammenarbeit mit anderen Akteuren, Führung und Kontrolle sowie beim Personal vor, die zu einer wirtschaftlichen Leistungserbringung bei gleichzeitiger Verbesserung der Qualität beitragen sollen (s. a. Tab. 5 im Materialband). Diese Reformen spielen sich entweder seit einigen Jahren ab oder sind in naher Zukunft geplant.

- Organisation
Die Spitäler werden zu grösseren Einheiten durch Fusionen (AG, TI, VD, BS, GE) oder Schaffung eines Spitalverbundes mit gemeinsamer Infrastruktur (AR, VD) zusammengefügt. Spitäler werden geschlossen (AR, ZH, BS) oder in Alterspflegeheime (TI, VD) umgewandelt.
- Leistungserbringung
Die Anzahl der Betten wird reduziert (AG, AR, ZH, TI, VD, BS, GE) die Aufenthaltsdauer verkürzt (AR, ZH, BS, GE), die Bettenbelegung erhöht (AR, ZH) und der Kostendeckungsgrad soll trotz Abnahme der Privat- und Halbprivatpatienten gesteigert werden (ZH, BS). Weitere Veränderungen, die sich in den Spitälern beobachten lassen, sind die Zunahme der Patientenzahlen (ZH, VD, BS), die Verlagerung der Behandlung auf halbstationäre und ambulante Einrichtungen (AR, GE) oder Projekte um die Leistungserbringung zu verbessern (AG, AR, ZH, VD, TI, BS, GE). Im Kanton Tessin sind mehrere Privatspitäler nicht in die Spitalliste aufgenommen worden, die dadurch in naher Zukunft geschlossen werden dürften. Im Kanton Basel-Stadt soll künftig die Grundversorgung durch die Privatspitäler und die spezialisierte und hochspezialisierte Medizin durch das Kantonsspital erbracht werden.
- Zusammenarbeit mit anderen Akteuren
Von der Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern sind günstige Auswirkungen auf die Gesundheitskosten zu erwarten. Die Kooperation der befragten Spitäler mit anderen Leistungserbringern sieht höchst vielfältig aus. Im Kanton Aargau werden die Spitex und die Heime mit Spitaldienstleistungen versorgt. Bezüglich der Patienten findet jetzt der Transfer in die Rehabilitation schneller statt und mit der Helsana gibt es ein Fallmanagement. Zusätzlich wird bei Spezialdisziplinen mit ausserkantonalen Spitälern zusammengearbeitet. Im Kanton Appenzell AR erfolgt die Zusammenarbeit ebenfalls vor allem punktuell, die Spitäler versorgen ein Heim mit Hauswirtschaft und die Spitex mit Material. In den Kantonen Zürich und Tessin gibt es eigentlich nur eine ad hoc Zusammenarbeit der betroffenen Abteilungen mit anderen Spitälern, Heimen und Spitex. Im Kanton Basel-Stadt besteht eine formalisierte Ein- und Austrittsplanung mit der Spitex. Mit anderen Spitälern im Kanton werden Geräte gemeinsam genutzt und spezielle Dienstleistungen angeboten. Zusätzlich gibt es eine Zusammenarbeit mit ausserkantonalen Spitälern. Die Universitätsspitäler der Kantone Waadt und Genf haben eine gemeinsame Einkaufsequipe, auch medizinische Grossgeräte werden zusammen eingekauft. Mit anderen Leistungserbringern im Kanton Waadt findet die Zusammenarbeit zunehmend über die Netzwerke statt. Im Kanton Genf gibt es ein Koordinationszentrum für Spitäler, Heime und Spitex.
- Führung
Durch eine Veränderung im Management der Spitäler wird eine effizientere Leistungserbringung erwartet. Bei der Führung der Spitäler sind in den sieben Modellkantonen gleiche Entwicklungen zu verzeichnen. Die Spitäler sollen grössere unternehmerische Freiheiten erhalten. Als Rahmen für die Tätigkeit haben sich Globalbudgets und Leistungsaufträge durchgesetzt (AG, AR, ZH, TI, VD, BS, GE). Die in diesem Rahmen erwirtschaftete Überschüsse können teilweise vom Spital frei verwendet werden (AG, ZH). Die Kosten der Leistungserbringung sollen entweder durch Abteilungspauschalen oder Fallpauschalen (MIPP oder AP DRG) transparenter werden (AG, AR, ZH, TI, VD, BS, GE). Mit Ausbau der Datenerfassung, Personaleinsatzplanung, Benchmarking, Messung der Ergebnisse und der monatlichen Kostenanalyse nach Kostenstellen, wird das Controlling und die Kostentransparenz kontinuierlich weiter verbessert (AG, AR, ZH, TI, BS, GE). Um die Spitalführung zu optimieren, wird die Pflege in die Spitalleitung integriert und das Spital nach Divisionen und Abteilungen mit eigenen Gremien zur Überwachung der Kosten aufgeteilt (BS, GE).

- Kontrolle

In allen sieben Modellkantonen sind die öffentlichen Spitäler, trotz Bestrebungen ihnen eine grössere unternehmerische Freiheit zuzugestehen, Verwaltungsabteilungen des Gesundheitsdepartements. Die Kontrolle des Budgets erfolgt durch das Gesundheitsdepartement und durch eingesetzte Aufsichtskommissionen. Im Kanton Genf gibt es noch ein Konsultativkomitee für die Spitaltätigkeit.

- Personal

In den sieben Modellkantonen wird ebenfalls über Personalmangel, Unzufriedenheit über lange Arbeitszeiten und Entlohnung des Pflegepersonals berichtet. Die daraus entstehenden Spannungen bleiben in den Kantonen Appenzell AR, Tessin und Basel-Stadt bisher noch ohne grössere Konsequenzen. Im Kanton Aargau wurde das Lohnsystem geändert und im Pflegebereich die Löhne erhöht. Die Kantone Waadt und Genf bewilligten zusätzliche Stellen. Im Kanton Genf kam es auch zu einer Arbeitszeitverkürzung bei Assistenz- und Oberärzten. Am akutesten manifestierten sich die Personalprobleme im Kanton Zürich. Hier kam es wegen Personalmangel zur Schliessung von Stationen und Operationssälen. Das Personal muss nach gerichtlichem Entscheid neu in die Lohnklassen eingestuft werden. Die Verbesserung der Arbeitsbedingungen dürfte zu beträchtlichen Mehrkosten führen.

Die Beschreibung der Reformbemühungen zeigt, dass die Spitäler aller sieben Modellkantonen sich bemühen, die Leistungserbringung wirtschaftlicher zu gestalten. Alle diese Umgestaltungen befinden sich im Fluss und sind in den grösseren Spitälern mit ihrem komplexeren und weniger übersichtlichen Betrieb weiter fortgeschritten als in den kleineren Spitälern. Die Auswirkungen der geplanten oder realisierten Massnahmen kann im Rahmen dieser Untersuchung, insbesondere was die zeitliche Dimension ihrer Konsequenzen betrifft, jedoch nicht festgestellt werden. Aus diesem Grunde wird in Tab. 14 die Anzahl der nicht zutreffenden Nennungen als indirekter Indikator für kostentreibende Faktoren im Gesundheitswesen verwendet. Unterschiede betreffen die Zusammenarbeit innerhalb des Kantons, die im Tessin und in Zürich nicht sehr ausgeprägt zu sein scheint. Dasselbe trifft für die Kantone Appenzell AR, Zürich und Tessin bei der Zusammenarbeit mit ausserkantonalen Spitälern zu. Personalprobleme scheinen zum Zeitpunkt der Befragung im Appenzell AR, Tessin und in Basel-Stadt noch nicht gravierend zu sein. Nach Tab. 14 variiert die Anzahl der nicht zutreffenden Nennungen wenig zwischen den Kantonen.

Tab. 14: Spitäler

Merkmale	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
Fusionen, Umwandlungen, Schliessungen	X	X	X	X	X	X	X
Massnahmen zur wirtschaftlichen Leistungserbringung	X	X	X	X	X	X	X
Verstärkte Zusammenarbeit innerhalb Kanton	X	X	■	■	X	X	X
Vermehrte Zusammenarbeit ausserhalb Kanton	X	■	■	■	X	X	X
Grössere unternehmerische Freiheiten	X	X	X	X	X	X	X
Bessere Kostentransparenz	X	X	X	X	X	X	X
Kontrolle durch Kanton	X	X	X	X	X	X	X
Kaum Personalprobleme	■	X	■	X	■	X	■
Übertrag der Anzahl „trifft nicht zu“ in Tab.20	1	1	3	2	1	0	1

Mehrfachnennungen möglich, X = trifft zu, ■ = trifft nicht zu,

4.3.2 Alterspflegeheime

In den sieben Modellkantonen treten immer pflegebedürftigere ältere Menschen in die Heime ein. Die höheren pflegerischen Anforderungen führen deshalb auch zu Veränderungen bei der Leistungserbringung, Zusammenarbeit mit anderen Akteuren, Führung und Kontrolle der Heime, beim Personal und bei den Aktivitäten des Heimverbandes (s. a. Tab. 6 im Materialband).

- Leistungserbringung
Die Entwicklung von Altersheimen für rüstige Senioren zu Alterspflegeheimen für leicht- bis schwerpflegebedürftige Betagte ist unterschiedlich weit vorangekommen. Je fortgeschrittener die Anpassung an pflegebedürftige und demente ältere Menschen ist, um so höher dürften die finanziellen Aufwendungen für die Alterspflegeheime ausfallen. In den Kantonen Aargau, Appenzell AR und Tessin ist die Umwandlung der Heime durch bauliche Modernisierung und Ausbau der pflegerischen Kapazität im vollen Gange. Im Kanton Zürich nehmen die Heime nicht nur pflegebedürftige Betagte, sondern bereits psychogeriatrische Fälle auf. In den Kantonen Waadt, Basel-Stadt und Genf ist die Umwandlung zu Alterspflegeheimen zwar nicht abgeschlossen, aber doch weit gediehen. Die drei Kantone haben auch bereits ein grösseres Angebot für psychogeriatrische Patienten. In allen Kantonen werden vermehrt Betten für die Kurzzeitpflege (Ferienbetten) angeboten.
- Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern
Die Zusammenarbeit der Heime und die Kooperation mit anderen Leistungserbringern kommt in den Kantonen Aargau, Tessin, Basel-Stadt und Genf eher ad hoc und aufgrund persönlicher Kontakte vor. In Gemeinden mit mehreren Heimen in den Kantonen Appenzell AR und Zürich findet eine gemeinsame Nutzung der Infrastruktur statt, die Kosteneinsparungen ermöglichen. In diesen beiden Kantonen gibt es auch eine Übergangsplanung zwischen Heimen und Spitälern. Im Kanton Waadt dürfte die Integration der Heime in die Netzwerke zu einer besseren Zusammenarbeit der verschiedenen Angebote führen. Im Kanton Genf befasst sich eine Arbeitsgruppe mit den Abläufen zwischen Heimen, Spital und Spitem.
- Führung
In allen sieben Modellkantonen hat sich in den letzten Jahren die Transparenz der Leistungserbringung erhöht, die als Basis für eine wirtschaftlichere Leistungserbringung dienen kann. Gründe sind, dass die Versicherer ihre Beiträge an die Pflege nach Schweregrad der Pflegebedürftigkeit staffeln, und dass durch die Verbreitung der EDV auch entsprechende Programme zur Datenauswertung zur Verfügung stehen. Indessen ist die Entwicklung unterschiedlich weit fortgeschritten. Während die Heime in den Kantonen Aargau, Appenzell AR und Tessin mit einem einfachen Leitbild und Datenerfassung zur Pflegebedürftigkeit der Pensionäre, zum Personal und einem Buchhaltungsprogramm auskommen, finden im Kanton Zürich als Führungsinstrumente bereits Mitarbeitergespräche, Zielvereinbarungen und Jahresplanungen statt. Im Kanton Basel-Stadt soll bei der Leistungserfassung das alte BAK durch das neue RAI/RUG ersetzt werden. In den Kantonen Waadt und Genf findet das neue kanadische System bereits Verwendung. Der Kanton Waadt kennt ein System der elektronischen Datenerfassung für die Buchhaltung und der Kanton Genf legt fest, wie Administration und Rechnungslegung zu geschehen haben.
- Kontrolle
In den Kantonen Aargau, Appenzell AR und Zürich, wo die Sicherstellung des Heimangebots in den Händen der Gemeinde liegen, werden die Pensionspreise in einem kommunalen Reglement festgelegt. Eine Heim- bzw. Finanzkommission beaufsichtigt die Heime. Daneben gibt es noch kantonale Aufsichtsbehörden, die sich mit dem Betrieb (Pflege, Hygiene) der Heime befassen. In den Kantonen Tessin, Waadt, Basel-Stadt und Genf findet die Kontrolle des Betriebs und des Budgets durch den Kanton statt. Eine Kontrolle durch lokale Behörden, die genauere Kenntnisse über Pensionäre und Leistungserbringung der Heime haben als eine kantonale Behörde, dürfte sich kostenmindernd auswirken.
- Personal
In allen sieben Modellkantonen sind durch die Zunahme der Pflegebedürftigkeit der Pensionäre die Anforderungen an das Heimpersonal gestiegen. Mit Ausnahme des Kantons Tessin, wo viele

Italiener arbeiten, wird überall über die Schwierigkeit, qualifiziertes Pflegepersonal zu finden, geklagt. Ein weiteres Problem ist der häufige Personalwechsel. Im Kanton Waadt berichtet eine Enquetekommission von der Unterqualifizierung und Unterbezahlung des Personals. Im Kanton Genf wird auf die Demotivation und vielen Absenzen des Personals hingewiesen. Personalengpässe, insbesondere im Bereich der qualifizierten Pflege, kann nur durch höhere finanzielle Aufwendungen bei der Entlohnung der Mitarbeiter aufgefangen werden.

- Aktivitäten des Heimverbands

Die Organisation der Heime ist noch unterschiedlich geregelt. In den deutschsprachigen Kantonen bestehen Sektionen des Heimverbands Schweiz. Allerdings im Kanton Basel-Stadt gibt es seit 1987 einen eigenen kantonalen Verband. In den romanischsprachigen Kantonen sieht die Situation unterschiedlich aus. Im Kanton Genf wurde beispielsweise erst 1998 ein Verband gegründet. Im Kanton Waadt ist man der Meinung, dass in naher Zukunft ein gesamtschweizerischer Verband zu gründen sei, weil die Heime überall die gleichen Probleme haben. Zu den Aufgaben der Verbände gehören die Tarifverhandlungen mit den Versicherern. In den Kantonen Tessin, Waadt, Basel-Stadt und Genf vertritt der Verband auch die Heiminteressen gegenüber dem Kanton. Je nach Kanton werden Heimprobleme wie Bewohner- und Kostenerfassungsinstrumente, Personal und Löhne, bauliche Modernisierung oder neue Berufskonzepte diskutiert. Insbesondere in den Kantonen Zürich, Basel-Stadt und Genf sind Debatten im Gange.

Die Wirkung der oben beschriebenen Einflussfaktoren kann nicht unmittelbar festgestellt werden. Aus diesem Grunde wird die Anzahl der nicht zutreffenden Nennungen als indirekter Indikator für kostentreibende Charakteristika des Angebots bei Alterspflegeheimen genommen. Tab. 15 zeigt, dass in den Kantonen Waadt, Basel-Stadt, Genf und teilweise Zürich die Anpassung des Heimangebots an die gestiegenen pflegerischen Anforderungen am weitesten gediehen ist. Dadurch dürften auch die Kosten für die Alterspflegeheimen höher als in den anderen Kantonen ausfallen. Entsprechend ist die Anzahl der nicht zutreffenden Nennungen in den Kantonen Waadt, Basel-Stadt und Genf am höchsten. In diesen Kantonen ist auch das Instrumentarium für Kostentransparenz bereits fortgeschritten, das sich kostendämpfend auswirken könnte. Andere Variablen wie Zusammenarbeit, Kontrolle durch Gemeinden oder Personalengpässe scheinen eher von den lokalen Konstellationen abhängig zu sein.

Tab. 15: Alterspflegeheimen

Merkmale	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
Umwandlung zu Pflegeheimen wenig fortgeschritten	X	X	■	X	■	■	■
Wenig psychogeriatrisches Angebot vorhanden	X	X	X	X	■	■	■
Institutionalisierte Zusammenarbeit in Entwicklung	X	X	X	■	X	■	X
Kostentransparenz fortgeschritten	■	■	X	■	X	X	X
Kontrolle hauptsächlich durch Gemeinde	X	X	X	■	■	■	■
Kaum Personalengpässe	■	■	■	X	■	■	■
Vertretung Heimbefange durch Verband	X	X	X	X	X	X	X
Übertrag der Anzahl „trifft nicht zu“ in Tab. 20	2	2	2	3	4	5	4

Mehrfachnennungen möglich, X = trifft zu, ■ = trifft nicht zu

4.3.3 Spitex

Die Spitex soll hilfs- und/oder pflegebedürftigen Menschen den Eintritt in eine stationäre Einrichtung ersparen. Erhofft wird zusätzlich, dass durch die vermiedenen Spital- und Heimeintritte sich Kosten im Gesundheitswesen sparen lassen. Durch die wachsende Zahl der Betagten, die Hilfe und Pflege Zuhause benötigen, hat der Leistungsumfang in den letzten zwei Jahrzehnten stark zugenommen und sich auch auf die Organisation, Leistungserbringung, Zusammenarbeit mit anderen

Akteuren, Führung und Kontrolle der Spitexdienste, Personal und Dachverband ausgewirkt (s. a. Tab. 7 im Materialband).

- Organisation

Zur Spitex gehören Haushilfe, Familienpflege, Gemeindekrankenpflege und weitere Dienste, die als voneinander unabhängige wohltätige Vereine gegründet wurden. Das zersplitterte und unübersichtliche Angebot und die zunehmende Bedeutung der Hilfe und Pflege Zuhause hat zur Reorganisation der Dienste geführt, die jedoch in den Kantonen unterschiedlich aussehen. In den Kantonen Aargau, Appenzell AR und Zürich haben die lokalen Spitex-Organisationen in den letzten zehn Jahren einen kantonalen Dachverband gegründet. Die lokalen nach Sparten gegliederten Spitex-Organisationen schliessen sich zunehmend zu regionalen Organisationen mit interdisziplinären Equipen zusammen. Im Kanton Basel-Stadt ist dieser Prozess abgeschlossen, wo die Stiftung Spitex Basel Quartierstützpunkte mit interdisziplinären Equipen betreibt. In den Kantonen Tessin, Waadt und Genf verlief die Entwicklung anders. Hier wurden durch kantonale Spitexgesetze beschlossen, den Kanton in Versorgungsregionen mit Sozial- und Spitexzentren und interdisziplinären Equipen aufzuteilen. In diese Zentren mussten sich dann die privaten Spitexvereine eingliedern. Der Kanton Waadt hat diese Entwicklung bereits in den 80er Jahren vorangetrieben, gefolgt von den Kantonen Genf und Tessin in den 90er Jahren. Unterschiede zwischen den drei Kantonen sind: im Tessin ist der Kanton für die regionalen Organisationen verantwortlich; im Waadt wurde eine von der kantonalen Verwaltung unabhängige öffentlich-rechtliche Organisation gegründet; im Kanton Genf gibt es eine kantonale Spitexkommission, die den Regierungsrat bei der strategischen Führung der Spitex unterstützt, sowie ein Direktionskomitee für die operationelle Führung. Die bisherigen drei privatrechtlichen Spitexverbände im Kanton Genf fusionierten und bilden jetzt einen gemeinsamen kantonalen Dachverband. In bezug auf die Gesundheitskosten wird von der Hypothese ausgegangen, dass eine gesetzlich geregelte Spitexorganisation zwar den Zugang der Bevölkerung zu gleichwertigen Angeboten erleichtert und die Aufteilung des Kantons in Regionen mit interdisziplinären Teams die Leistungserbringung verbessert, aber diese Fortschritte auch höhere finanzielle Aufwendung zur Folge haben.

- Leistungserbringung

Kernleistungen der Spitex sind in allen sieben Modellkantonen Hilfe und Pflege Zuhause und zusätzlich noch Gesundheitsberatung. In allen Kantonen wird auch ein reduzierter Dienst während der Nacht und am Wochenende aufrechterhalten. In zunehmenden Masse werden die Leistungen, wie erwähnt, nicht mehr nach Sparten, sondern mit interdisziplinären Equipen erbracht. Dieser Prozess ist in den Kantonen Aargau, Appenzell AR und Zürich noch im Gange und in den Kantonen Tessin, Waadt, Basel-Stadt und Genf praktisch abgeschlossen. In den letzten vier Kantonen werden noch weitere Dienste erbracht. Dazu gehören im Tessin, im Waadt, in Basel-Stadt und in Genf die Kinderspitex, im Waadt, in Basel-Stadt und in Genf die Onkologiepflege, im Waadt und in Genf Spitalpflege Zuhause und im Waadt Betreuung von Menschen mit psychischen Problemen. Das Angebot an Zusatzdienstleistungen dürfte mit höheren Kosten für die Spitex einhergehen.

- Die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren

Von der Kooperation mit anderen Akteuren wird eine an die Bedürfnisse der Nutzer angepasste Leistungserbringung erwartet, die zu Kosteneinsparungen führt. Insbesondere der Wechsel der Patienten zwischen Spital, Heimen und Spitex ist jedoch unterschiedlich ausgebaut. In den Kantonen Aargau, Appenzell AR und Zürich hat jeder Verein seine eigene Regelung. In den Kantonen Tessin, Basel-Stadt und Genf beschäftigen sich Arbeitsgruppen mit dem Wechsel zwischen Spitex, Spitäler und Heimen oder mit den Spitälern ist schon eine formalisierte Ein- und Austrittsplanung etabliert. Die Schaffung der Netzwerke im Kanton Waadt dürfte kurz- bis mittelfris-

tig die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Leistungserbringern erleichtern. Im Kanton Appenzell AR hilft die Spitex in Heimen bei Mangel an Pflegepersonal aus. Daneben gibt es in den Kantonen Aargau und Zürich noch eine Arbeitsgemeinschaft mit den Versicherern, um stichprobenweise die Arbeit der Spitex zu überprüfen. Im Kanton Basel-Stadt übernimmt diese Kontrollaufgabe das Amt für Alterspflege.

- Führung

Neue Managementmethoden und Instrumente für eine transparentere Leistungserbringung sollen die Grundlage für eine wirtschaftlichere Leistungserbringung schaffen. Die Spitex arbeitet in allen Modellkantonen im Rahmen von Leistungsaufträgen, die in den Kantonen Aargau und Appenzell AR mit den Gemeinden vereinbart werden. Im Kanton Zürich schliessen ebenfalls die Gemeinden mit der Spitex einen Vertrag ab, daneben besteht aber noch ein kantonaler Leistungsrahmen für die Spitex. Im Kanton Tessin werden die Leistungsaufträge an die regionalen Spitex-Organisationen gemeinsam vom Kanton und von den Gemeinden erteilt. In den Kantonen Waadt und Basel-Stadt bestehen kantonale Verträge, für die im Kanton Waadt die rechtlich-öffentliche Spitexorganisation verantwortlich ist. Künftig will der Kanton Waadt Leistungsaufträge mit den Netzwerken abschliessen. Im Kanton Genf ist der Leistungsauftrag durch die detaillierten Bestimmungen des Spitexgesetzes festgelegt, das in regelmässigen Abständen evaluiert wird. In allen Kantonen wird eine Spitexstatistik mit Angaben zu den Kunden und Finanzen für das BSV erstellt. Ebenfalls erfolgt die Verrechnung der Pflegeleistungen bei den Versicherern mit unterschiedlichen Tarifen für Abklärung, stabile und instabile Situationen. Die Planung der Leistungserbringung wird durch Bedarfsabklärung, Aktionsplan und nachträgliche Evaluation gesteuert. Aber das Instrumentarium zur Bedarfsabklärung ist unterschiedlich weit entwickelt. In den meisten Kantonen erfolgt die Bedarfsabklärung aufgrund einer qualitativen Beurteilung. Die Spitex im Kanton Genf erarbeitet Funktionsabläufe und Pflegeprotokolle als Basis für die Qualitätssicherung. Ein Informationssystem ist in Entwicklung. Im Kanton Tessin wird ein formalisiertes Instrument, das sich auch für die elektronische Datenerfassung eignet, erprobt. Dieses Instrument wird auch durch die Spitex Schweiz favorisiert und soll bald in allen Kantonen angewendet werden. Im Kanton Waadt ist die Datenerfassung mit EDV schon weit ausgebaut: Leistungen werden mit einem Taschencomputer direkt beim Kunden erfasst und erlauben die sofortige Weiterverarbeitung in der Buchhaltung. Eine Kostenstellenrechnung wurde bereits eingeführt, Ressourcenallokation und Businessplan werden mit EDV-Unterstützung durchgeführt. Planungen, Finanzkontrolle, Personalpolitik und Qualitätssicherung werden sowohl im Kanton Waadt als auch im Kanton Basel-Stadt zentral durch die kantonale Organisation gesteuert.

- Kontrolle

Die Kontrolle der Spitex erfolgt in allen sieben Kantonen durch den Kanton. Kontrollstellen sind kantonale Ämter oder vom Kanton eingesetzte Kommissionen. In den Kantonen Aargau, Appenzell AR und Zürich schliessen die Gemeinden mit der Spitex Leistungsaufträge ab und kontrollieren ebenfalls die Geschäftstätigkeit. Durch die genaueren Kenntnisse der Gemeinden der Nutzer und der Spitexvereine dürften sich dadurch Kosteneinsparungen ergeben. Die kantonalen Dachverbände führen in diesen drei Kantonen ebenfalls eine Aufsichtsfunktion aus. In den Kantonen Aargau und Zürich gibt es zusätzlich eine gemeinsame Arbeitsgruppe des Spitexverbandes und der Versicherer, die, wie erwähnt, stichprobenweise die Leistungserbringung kontrolliert.

- Personal

Über Personalprobleme wird nur in den Kantonen Basel-Stadt und Genf berichtet. Zur Sprache kam, dass schwierige Arbeitsbedingungen zu Überlastungen und zu Unmutsbekundungen der Mitarbeiter führen. Die Überlastung der Mitarbeiter lässt sich nur durch Neueinstellungen beheben, die zu Mehrkosten führen.

- Aktivitäten Dachverband

Die kantonalen Dachverbände vertreten ihre Mitglieder gegenüber dem Kanton und den Versicherern. In den Kantonen Aargau, Appenzell AR und Zürich mit einer Vielzahl von lokalen Spitem-Organisationen erbringt der Dachverband für die Mitglieder Dienstleistungen wie Erarbeitung von Lohnreglementen, Beratung bei Leistungsaufträgen und Qualitätssicherung. Die Mitglieder können diese Hilfestellungen an die lokale Situation anpassen, was sich kostenmindernd auswirken könnte. In den Kantonen Waadt und Basel-Stadt mit einer kantonalen Spitemorganisation (öffentlich-rechtliche Organisation oder Stiftung) werden diese Aufgaben zentral erfüllt.

Die direkte Wirkung der oben dargestellten Einflussfaktoren auf die Kosten lässt sich nicht direkt ermitteln. Insbesondere die zeitliche Dimension der Umsetzung der Reformbemühungen führt zu grossen Unsicherheiten. Deshalb wird wiederum die Anzahl der nicht zutreffenden Nennungen als Indikator für die Auswirkungen auf die Kosten verwendet. Tab. 16 zeigt auf der einen Seite die Kantone Aargau, Appenzell AR und Zürich mit unabhängigen lokalen Spitemorganisation und hauptsächlicher Kontrolle durch Gemeinden, und auf der anderen Seite die Kantone Tessin, Waadt, Basel-Stadt und Genf mit einer zentralen Organisation, Versorgungsregionen mit interdisziplinären Teams und Angeboten von Zusatzdiensten. Aus der Summe der Merkmale in Tab. 16 lässt sich ablesen, dass sich zentralisierte Spitem-Organisationen, professionelle und interdisziplinären Equipen und spezielle Zusatzdienste hauptsächlich in den Kantonen mit hohen Gesundheitskosten finden.

Tab. 16: Spitem

Merkmale	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
Keine gesetzlich geregelte Spitemorganisation	X	X	X	■	■	X	■
Kaum Versorgungsregionen mit interdisziplinären Teams	X	X	X	■	■	■	■
Kaum Angebot von Zusatzdiensten wie Kinderspitem	X	X	X	■	■	■	■
Institutionalisierte Zusammenarbeit mit Spitäler und Heimen	■	■	■	X	X	X	X
Leistungsaufträge	X	X	X	X	X	X	X
Kein EDV-taugliches, formalisiertes Abklärungsinstrument	X	X	X	■	■	■	■
Kontrolle hauptsächlich durch Gemeinde	X	X	X	■	■	■	■
Kaum Personalprobleme	X	X	X	X	X	■	■
Dachverband: Dienstleistungen an „unabhängige“ Mitglieder	X	X	X	■	■	■	■
Übertrag der Anzahl „trifft nicht zu“ in Tab. 20	1	1	1	6	6	6	7

Mehrfachnennungen möglich, X = trifft zu, ■ = trifft nicht zu

4.3.4 Ärzte

In der ambulanten ärztlichen Versorgung nimmt die Anzahl der praktizierenden Ärzte zu. Die Ärzte sind ebenfalls von den neuen Versicherungsmodellen betroffen und eine weitere Veränderung dürfte sich in ihrer beruflichen Tätigkeit durch TARMED ergeben. Die praktizierenden Ärzte spielen eine vielfältige Rolle bei der gesundheitlichen Betreuung der Patienten: Sie entscheiden in der Regel als erste Instanz, welche Behandlung bei einer Erkrankung angemessen ist. Sie begleiten und beraten Chronischkranke und sind häufig für die Zuweisung des Patienten zu anderen Leistungserbringern verantwortlich. Die Leistungserbringung der Ärzte, ihre Einschätzung des Patientenverhaltens, die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren und die Aktivitäten der Ärztesgesellschaft können sich deshalb auf die Kostendifferenzen zwischen den Kantonen auswirken (s. a. Tab. 8 im Materialband).

- Leistungserbringung

Von den neuen Versicherungs- und Angebotsformen findet lediglich das Hausarztmodell in den Kantonen Aargau und Appenzell AR eine grössere Verbreitung. Im Kanton Basel-Stadt erfreuen sich noch die HMO's einer gewissen Beliebtheit. Die alternativen Modelle sprechen nach Ansicht der Gesprächspartner vor allem jüngere und gesunde Leute an. Trotzdem können diese neu-

en Angebote, wie die Erfahrungen in den USA zeigen, einen kostenmindernden Einfluss haben. Gemeinschaftspraxen nehmen mit Ausnahme des Kantons Appenzell AR in allen Kantonen, besonders unter den jüngeren Ärzten, zu. In den Kantonen Zürich und Genf bilden sich auch vermehrt Kompetenzzentren mit Spezialärzten. Die Zunahme der Gemeinschaftspraxen und Kompetenzzentren wird zum einen mit der besseren Nutzung der Infrastruktur und zum anderen mit der grösseren Möglichkeit begründet, einen 24 Stunden Betrieb aufrechtzuerhalten. Gemeinschaftspraxen und Kompetenzzentren könnten, wenn für diese eine die Einsparungen berücksichtigende spezielle Tarifstruktur angewendet würde, eine kostenmindernde Wirkung haben. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt senken Gemeinschaftspraxen und Kompetenzzentren jedoch eher die Schwelle für die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit und führen zu einer Zunahme der Gesundheitskosten.

Weitere Veränderungen der Leistungserbringung, die vereinzelt angesprochen wurden, sind Selbstdispensation von Medikamenten (AG, ZH), die zunehmende Abhängigkeit der ärztlichen Tätigkeit von Ökonomen und Managern sowie die Feminisierung des Arztberufs (ZH), die Unkenntnis der Ärzte bezüglich kostengünstiger Behandlung der Patienten (BS).

Die erwartete Kostentransparenz durch das neue Tarifsystem TARMED wird von den Gesprächspartnern in allen sieben Modellkantonen begrüsst. Zu den kritischen Untertönen gehören, dass die stärkere Betonung des Zeitfaktors die Trödler begünstigt (AG, ZH), dass TARMED die Chirurgen bevorzugen (TI) und dass TARMED zu kompliziert sei (GE). Die Möglichkeit einer elektronischen Verarbeitung und Abrechnung der Leistungen wird in Zürich und Basel-Stadt als zweckmässig angesehen.

- Patientenverhalten

Zum Patientenverhalten wurden in den Gesprächen mit den Ärzten kaum Aussagen gemacht. In den Kantonen Aargau und Basel-Stadt wird vertreten, dass der Einfluss der Ärzte auf die Patienten schwindet. Die Patienten sind über die Medien und das Internet zunehmend besser über Krankheit und Therapiemöglichkeiten informiert. Von genaueren Kenntnissen der Ärzte über das Patientenverhalten könnten Einsparungen im Gesundheitswesen resultieren, vorausgesetzt, dass diese nicht auf standespolitisch motivierten Vorurteilen beruhen.

- Zusammenarbeit mit anderen Akteuren

Durch die Vernetzung der freipraktizierenden Ärzte mit den anderen Akteuren lassen sich Doppelspurigkeiten vermeiden und Synergieeffekte für eine an die Situation der Patienten angepasste Leistungserbringung gewinnen. In den Kantonen Aargau, Appenzell AR, Tessin und Genf wird mit elektronischem Datenaustausch zwischen Ärzten, Versicherern bzw. mit anderen Leistungserbringern experimentiert. In den Kantonen Aargau, Appenzell AR, Zürich und Tessin wird entweder im Vorstand der Spitex-Organisationen mitgearbeitet oder zusammen mit Spitälern und Heimen über Qualitätssicherung gesprochen. Nach Meinung des Zürcher Ärztevertreters steht die Teamarbeit heute vermehrt im Vordergrund. Die Ärztesellschaften arbeiten in den Kantonen Basel-Stadt und Genf bei der kantonalen Gesundheitsplanung mit, allerdings im Kanton Basel-Stadt wurde das Gespräch wieder abgebrochen.

- Aktivitäten Ärztesgesellschaft

Die Aktivitäten der Ärztesgesellschaften lassen kein einheitliches Muster erkennen. Am häufigsten wird die Vertretung der Ärzte gegenüber den Versicherern (AR, TI, GE) und bei kantonalen und eidgenössischen Gesundheitsfragen wie Verbot der Selbstdispensation und Rationierung im Gesundheitswesen (AG, AR, ZH, GE) genannt. Ansonsten stehen standespolitische Fragen im Vordergrund wie Werbung, Qualitätssicherung (AG), Aus- und Weiterbildung (AR, BS), Sterbehilfe (ZH), Imagepflege der Ärzte (TI, BS), Wahrung der wirtschaftlichen Interessen der Ärzteschaft (BS), Beratung bei Praxiseröffnung (GE) im Vordergrund.

Die Summe der Merkmale deutet in Tab. 17 auf eine weniger aufwendige Leistungserbringung in den Kantonen Aargau und Appenzell AR hin, wo sich auch alternative Angebotsformen nennenswert verbreiten konnten. Gemeinschaftspraxen, die von der Ausstattung und Betriebsführung professioneller als eine Einzelpraxis sind, nehmen ausser im Appenzell AR in allen Kantonen zu. Kompetenzzentren mit Spezialärzten, die vom Apparateinsatz und Leistungserbringung teuer sind, kommen vor allem in Grossstädten (ZH, GE) vor. Die Bemühungen für eine institutionalisierte Zusammenarbeit sind bis auf die Kantone Zürich und Basel-Stadt in der Entwicklung. Auffallend sind die wenigen Äusserungen der Ärzte zum Patientenverhalten.

Tab. 17: Ärzte

Merkmale	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
Verbreitung alternative Angebotsformen (Hausarztmodell)	X	X	■	■	■	■	■
Wenig Zunahme von Gemeinschaftspraxen	■	X	■	■	■	■	■
Kaum Etablierung von Kompetenzzentren (Spezialärzte)	X	X	■	X	X	X	■
Äusserungen zum Patientenverhalten	X	■	■	■	■	X	■
Institutionalisierte Zusammenarbeit (Daten, Netzwerk)	X	X	■	X	X	■	X
Übertrag der Anzahl „trifft nicht zu“ in Tab. 20	1	1	5	3	3	3	4

Mehrfachnennungen möglich, X = trifft zu, ■ = trifft nicht zu

4.3.5 Versicherungen

Die Einführung des KVG hat die Rahmenbedingungen für die Tätigkeit der Krankenversicherer neu festgelegt. Erhofft wird, dass ein erleichterter Versicherungswechsel die Konkurrenz zwischen den Versicherungen erhöht, der Anreiz für günstige Prämien und neue Versicherungsmodelle zunimmt sowie in den Verhandlungen mit den Leistungserbringern die Kostendämpfung einen grösseren Stellenwert einnimmt. Mit Reformbemühungen wie Aufhebung des Kontrahierungszwanges oder die monistische Finanzierung der Leistungserbringer werden die Erwartungen an die Kostenkontrolle durch die Krankenversicherer weiter erhöht. Welche Unterschiede in den sieben untersuchten Kantonen bei den Krankenversicherern in bezug auf Versicherungsangebote, Versicherterverhalten, Prämien, Führung und Kontrolle, Zusammenarbeit mit anderen Akteuren und Verbandsarbeit vorkommen, soll im folgenden Text dargestellt werden (s. a. Tab. 9 im Materialband).

- Versicherungsangebote

Eine höhere Jahresfranchise findet nach Auskunft der Gesprächspartner vor allem in den Kantonen Appenzell AR, Zürich, Tessin und Waadt Zuspruch. Das Hausarztmodell konnte sich in den Kantonen Aargau und Appenzell AR verbreiten. Im Kanton Zürich befindet sich das Hausarztmodell noch im Versuchsstadium, wobei Hausarztgemeinschaften mit 180-200 Ärzten allerdings als problematisch einzuschätzen seien. In den Kantonen Tessin und Waadt scheinen die neuen Modelle bei den Versicherten unbeliebt zu sein. Im Kanton Basel-Stadt wird vertreten, dass die Versicherer bei der Vermarktung von neuen Versicherungsmodellen zuwenig innovativ sind. 5% Rabatt bei Managed Care bieten den Versicherten kaum einen Anreiz. Erwähnt wird ebenfalls die Absicht der CSS und neuerdings der Helsana, das Hausarztmodell wegen zu geringen Einsparungen wieder aus dem Sortiment zu nehmen. Trotz der Skepsis der Versicherer dürften die neuen Versicherungsangebote bei Vermarktungsstrategien, die nicht nur Jüngere erreichen, einen kostenmindernden Effekt haben.

- Versicherterverhalten

Die Meinungen, die in den Interviews zum Verhalten der Versicherten geäussert wurden, lassen keine Struktur erkennen. Es fehlen wahrscheinlich genaue Informationen. Immerhin ist positiv zu vermerken, dass sich die Versicherer mit dem Versicherterverhalten auseinandersetzen. Danach finden in den Kantonen Aargau und Basel-Stadt kaum Versicherungswechsel statt. Im Kanton Appenzell AR beginnen die Versicherten wegen der hohen Prämien das Gesundheitswesen mehr

in Anspruch zu nehmen. Im Kanton Zürich wird vertreten, dass die Versicherten die Wahlfreiheit schätzen, die Versicherungen dadurch kundenorientierter würden und, dass die Medienberichte das Nachfrageverhalten der Versicherten deutlich beeinflussen. Im Tessin sollen insbesondere die älteren Leute häufig den Arzt aufsuchen, ihm glauben und mehr Medikamente konsumieren.

- Prämien

Aus der Beschäftigung mit der Prämienentwicklung können sich neue Ansätze für ein Kostenmanagement entwickeln. Mit den Auswirkungen der Kosten und Prämien auf die Versicherungen beschäftigen sich indessen nur die Verbandsvertreter in den Kantonen Aargau, Appenzell AR und Zürich im Detail. In den Kantonen Aargau und Appenzell AR wird von den politisch abgelehnten Prämien erhöhungen gesprochen und im Kanton Zürich auf die Diskrepanz zwischen der vom BSV geschätzten Kostenentwicklung bei der Pflege und den Prämien hingewiesen. Die Kostenexplosion in der Grundversicherung entstand zudem, weil nach dem KVG keine Quersubventionen mehr möglich sind. Die Reserven wurden für günstige Prämien abgebaut, die Jagd auf gute Risiken verstärkte sich (AR). Der geringe finanzielle Handlungsspielraum in der Grundversicherung (AG) verursacht Probleme, die zu Fusionen der Versicherungen führen (AG, AR). Die wichtigsten Fusionen sollen bereits stattgefunden haben, so die Meinung in Zürich. Nach dem Kanton Waadt beruhen die Prämienberechnungen auf den Kosten des vergangenen Jahrs, der Entwicklung im neuen Jahr sowie den Reserven und dem Umverteilungsfonds.

- Führung und Kontrolle

Von neuen Führungsmethoden in den Versicherungen, die einen kostenmindernden Effekt haben, ist nur selten die Rede. Danach findet in den Versicherungen ein normales Unternehmenscontrolling mit Berichterstattung und Abweichungsanalysen statt (ZH). Ebenfalls kontrolliert das BSV die Kosten der Versicherer, die Kostenstatistiken werden von der Santésuisse erstellt (VD). Durch die elektronische Datenverarbeitung gibt es jetzt von den Versicherern bessere Berichterstattung und Statistiken (AR), aber die Meinung besteht auch, dass die Datenbanken der Versicherer immer noch unbefriedigend sind (BS).

Eine bessere Überprüfung der Abrechnung könnten helfen, die Gesundheitskosten zu reduzieren. Allerdings wird gemeint, die Kontrolle der Leistungserbringer stecke noch in den Kinderschuhen (BS). In den Kantonen Aargau, Appenzell AR, Zürich und Waadt werden Rechnungen geprüft auf Vertragskonformität (AR) und ab einer bestimmten Höhe der Summe, um den Kontrollaufwand in Grenzen zu halten (AR, ZH). Beanstandete Rechnungen können allerdings zu kostspieligen Prozessen führen (ZH). Die Finanzierung der Leistungserbringer ist in letzter Zeit durch eine bessere Leistungserfassung transparenter geworden (AR). Das TARMED erlaubt künftig Plausibilitätskontrollen durchzuführen (AR).

Lediglich in den Kantonen Aargau und Basel-Stadt wird neuerdings in den Spitälern ein Fallmanagement durchgeführt, die durch eine bessere Anpassung der Behandlung an die Situation des Patienten erlauben würde, die Kosten einzudämmen.

- Zusammenarbeit mit anderen Akteuren

Eine aktive Beteiligung der Versicherungen an laufenden Gesetzgebungsverfahren, die einen Beitrag zu einem kostengünstigen Gesundheitswesen leistet, findet lediglich in den Kantonen Aargau, Appenzell AR, Zürich und Waadt statt. In den Kantonen Tessin und Basel-Stadt beschränken sich die Gespräche mit dem Kanton auf die Tarifverhandlungen. Insbesondere in Basel-Stadt wird betont, dass der Kanton weiter Subventionsgeber und Schiedsrichter ist und sich die Zusammenarbeit kaum geändert hat.

Rekurse, die einen Beitrag zur Reduzierung der Spitalkosten leisten sollen, wurden von den Versicherern gegen die Spitallisten in den Kantonen Aargau und Appenzell AR und gegen die Tariffestlegungen in den Alterspflegeheimen im Kanton Waadt unternommen.

Die Versicherer im Kanton Zürich tragen gemeinsam mit dem Kanton und den Spitälern den Verein OUTCOME, der eine wirtschaftliche Leistungserbringung bei gleichzeitiger Einhaltung der Qualitätsstandards sicherstellen soll. Im Kanton Tessin arbeiten die Versicherer mit den Ärzten in einer gemeinsamen Kommission zusammen und führen regelmässig Gespräche mit Kliniken und Heimen über die Kosten. Im Kanton Genf wurde mit Kanton und Ärzten ein Pilotprojekt zu den Auswirkungen von TARMED durchgeführt, das jetzt in einer zweiten Phase weitergeführt wird.

- Verbandsarbeit

Die Arbeit der Versichererverbände hat sich durch das KVG stark verändert. Zum einen müssen mit einer grösseren Anzahl von Leistungserbringern Tarifverträge abgeschlossen werden (AG, AR). Zum anderen muss jeder einzelne Versicherer den vom Verband ausgehandelten Tarifverträgen zustimmen (AG, AR, ZH). Gleichzeitig hat bei den Versicherern ein Konzentrationsprozess stattgefunden. Entsprechend ergeben sich im Verhältnis zwischen dem Verband und einzelnen grösseren Mitgliedern vermehrt Spannungen über Fragen der Kosteneindämmung. Diese Auseinandersetzungen können einen Beitrag zur Reduzierung der Gesundheitskosten leisten. Im Kanton Aargau beispielsweise verhandeln Versicherer unabhängig vom Verband mit einzelnen Leistungserbringern. Im Kanton Appenzell AR wird von der kritischen Überprüfung der Verbandsarbeit durch die Versicherer gesprochen. Im Kanton Basel-Stadt kam es zum Eklat, weil einige grössere Versicherer einem ausgehandelten Tarifvertrag nicht beitreten wollten. Einzig im Kanton Tessin wird von einer besseren Zusammenarbeit berichtet. Um diese Gewichtverschiebung im Verhältnis zwischen Kantonalverbänden und Versicherern neu zu tarieren, plant Santé-suisse die kantonalen Verbände durch Regionalverbände zu ersetzen (AR). Durch diese Neugliederung soll die Professionalität der Verbandsarbeit gefördert werden. Der Zusatzversicherungsbe- reich wird in den kantonalen Verbänden kaum noch bearbeitet und die Tätigkeit konzentriert sich immer mehr auf die Grundversicherung (AG, ZH).

Weitere Verbandsaufgaben sind schwarze Schafe unter den Ärzten, falsche Rechnung TARMED, Analyse Versicherungsanteil bei Pflegekosten (TI), Vertretung in der Öffentlichkeit, administrative Klagen (VD) und Vergütung in Alterspflegeheimen (BS).

- Diverse Probleme

In den Gesprächen mit den Verbandsvertretern wurden diverse weitere Probleme angesprochen, die sich um neue Ansätze bei Kontrolle der Kostenentwicklung drehen und sich nicht in einem Punkt zusammenfassen lassen: Eine Übernahme der Kosten bei der Spitex und in den Heimen führt zu einer Kostenexplosion (AG, BS). Es fehlen Kriterien für die Aufteilung der Spitalkosten zwischen Kanton und Versicherer (AR, BS) und die (damals noch) ungeklärte Finanzierung der Zusatzversicherung (AR). Eine monistische Finanzierung wäre der gegenwärtigen Mischfinanzierung vorzuziehen und die Verhandlungen sollten mit den einzelnen Leistungserbringern und nicht mit dem Verband stattfinden (BS).

In Tab. 18 sind die Aussagen der Verbandsvertreter dargestellt. Erkennbar wird, dass von links nach rechts die Anzahl der nicht zutreffenden Nennungen zunimmt, die aufgrund der obigen Ausführungen als kostentreibend eingeschätzt werden. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in den Kantonen mit niedrigen Gesundheitskosten sich alternative Versicherungsmodelle verbreiten konnten, sich die Gesprächspartner eher Gedanken zum Verhalten der Versicherten machen, sich zur Prämienentwicklung äussern und sich an den gesundheitspolitischen Debatten beteiligen. Das Verhalten der Versicherer in den Kantonen mit niedrigen Kosten scheint insgesamt aktiver zu sein als in solchen mit hohen Kosten.

Tab. 18: Versicherer

Merkmale	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
Verbreiteter Zuspruch neue Modelle (Hausarztmodell)	X	X	■	■	■	■	■
Aussagen zum Versicherungsverhalten	X	X	X	X	■	X	■
Erklärungen zur Prämienentwicklung	X	X	X	■	■	■	■
Aktives Verhalten zum Unternehmenscontrolling	■	■	X	■	■	X	■
Formale Kontrolle Rechnungen der Leistungserbringer	X	X	X	■	X	■	■
Durchführung von Fallmanagement	X	■	■	■	■	X	■
Beteiligung an gesundheitspolitischer Debatte	X	X	X	■	X	■	■
Rekurse (Spitallisten, Tariffestlegungen)	X	X	■	■	X	■	X
Institutionalisierte Zusammenarbeit	■	■	X	X	■	■	X
Spannungen zwischen Verband und Versicherern	X	X	■	■	■	X	■
Aussagen zu weiteren Problemen	X	X	■	X	X	X	■
Übertrag der Anzahl „trifft nicht zu“ in Tab. 20	2	3	5	8	7	6	9

Mehrfachnennungen möglich, X = trifft zu, ■ = trifft nicht zu

4.4 Zusammenfassung

Die Vergleiche aus den Abschnitten 4.2 Kantone und Gemeinden und 4.3 Leistungserbringer und Versicherer werden in zwei verschiedenenartigen Übersichten dargestellt, um die Unterschiede zwischen den sieben Modellkantonen zu verdeutlichen. Die erste Übersicht besteht aus Tab. 19: Kantone und Gemeinden und aus Tab. 20: Leistungserbringer und Versicherer. Die Tabellen enthalten jeweils die numerischen Ausprägungen der Merkmale bzw. die Anzahl der nicht zutreffenden Merkmale aus der letzten Zeile der Tabellen in den vorangegangenen beiden Abschnitten. Die zweite Übersicht resümiert die wichtigsten Charakteristika der Kantone mit niedrigen und hohen Gesundheitskosten und fasst weitere Einflussfaktoren auf die Gesundheitskosten zusammen.

Tab. 19: Kantone und Gemeinden

Merkmale	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
Tab. 2: Aufgabenteilung und Kompetenzen	1	1	2	3	4	3	4
Tab. 3: Beratungs- und Planungsgremien	1	1	1	2	3	2	4
Tab. 4: Revisionen und Veränderungen	2	1	2	2	1	3	2
Tab. 5: Ausserkantonale Zusammenarbeit	1	2	3	1	4	4	4
Tab. 6: Finanzierung	1	2	2	3	3	4	4
Tab. 7: Vorgehen beim Bettenabbau in Spitälern	1	1	4	4	2	3	3
Tab. 8: Pflegeheimplanung	1	2	3	3	4	4	4
Tab. 9: Psychiatrieplanung und Drogenpolitik	1	3	2	1	(2)	1	1
Tab. 10: Spitexplanung	1	2	2	5	4	3	5
Tab. 11: Fachübergreifende Planung	5	5	4	3	1	2	2
Tab. 12: Instrumente Bedarfsanalyse	3	3	3	3	1	2	2
Tab. 13: Mitwirkung der Gemeinden in der Planung	1	1	1	2	2	3	3
Summe	19	24	29	32	31	34	38

(2) = fehlender Wert geschätzt

Tab. 20: Leistungserbringer und Versicherer

Merkmale	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
Tab. 14: Spitälern	1	1	3	2	1	0	1
Tab. 15: Alterspflegeheime	2	2	2	3	4	5	4
Tab. 16: Spitex	1	1	1	6	6	6	7
Tab. 17: Ärzte	1	1	5	3	3	3	4
Tab. 18: Versicherer	2	3	5	8	7	6	9
Summe	7	8	16	22	21	20	25

Die beiden Tabellen zeigen, dass sich die Gesundheitswesen bei den untersuchten Merkmalen zwischen den Kantonen mit niedrigen und hohen Gesundheitskosten voneinander unterscheiden.

Der Kanton Aargau weist in Tab. 19 bei den meisten Merkmalen zahlenmässig niedrige Ausprägungen und in Tab. 20 am wenigsten nicht zutreffende Nennungen auf. Im Kanton Genf dagegen sind sowohl die Ausprägungen der Merkmale als auch die Anzahl nicht zutreffender Nennungen höher. Die Summen in der letzten Reihe der beiden Tabellen verdeutlichen, dass sich die Abweichungen in den Gesundheitssystemen zwischen den Kantonen aufgrund aller behandelten Merkmale kumulieren. Daraus lässt sich auf einen multifaktoriellen Einfluss auf die Unterschiede in den Gesundheitskosten schliessen. Inwiefern jedoch von den in den Tabellen dargestellten Merkmalen auf kausale Ursachen der Kostendifferenzen geschlossen werden kann, wird im nächsten Kapitel behandelt.

Die zweite Übersicht im anschliessenden Text beschreibt das Gesundheitswesen der Kantone mit niedrigen und hohen Gesundheitskosten nach den Stichwörtern Aufgabenteilung, Gremien, Finanzierung, Planung Alterspflegeheime, Spitex und Revisionen. Zu den Kantonen mit niedrigen Gesundheitskosten gehören Aargau, Appenzell AR und Zürich und zu denjenigen mit hohen Gesundheitskosten Tessin, Waadt, Basel-Stadt und Genf. Anschliessend werden weitere Einflussfaktoren auf die Gesundheitskosten nach den Stichwörtern ausserkantonale Zusammenarbeit, Spitäler, Ärzte und Versicherer behandelt, die sich weder den Kantonen mit niedrigen noch mit hohen Gesundheitskosten zuordnen lassen.

Charakteristika der Kantone mit niedrigen Gesundheitskosten (AG, AR, ZH)

Aufgabenteilung	Die Gemeinden sind für die Spitalgrundversorgung, für die Langzeitpflege, für die ambulante Hilfe und Pflege Zuhause und der Kanton für die spezialisierte und hochspezialisierte Spitalversorgung sowie für die psychiatrischen Kliniken verantwortlich.
Gremien	In der Regel berät eine ständige Gesundheitskommission die Regierung. Je nach aktuellen Fragestellungen, beispielsweise Psychiatriekonzept oder Spitexleitbild, werden ad hoc Kommissionen eingesetzt.
Finanzierung	Die Finanzierung der kantonalen Einrichtungen erfolgt durch den Kanton und der kommunalen Einrichtungen durch den Kanton und die Gemeinden.
Planung	Die kantonalen Planungen befassen sich traditionell und neuerdings wegen dem KVG mit Spitälern, Pflegeheimen und psychiatrischen Kliniken. Sie setzen sich aber u.U. auch mit der Spitex auseinander. Bei der heutigen Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden können sich daraus Konflikte ergeben. Die Kantone gehen in ihren Planungen mit dieser Situation unterschiedlich um. Sie können entweder die vorhandenen Strukturen oder die Aufgabenteilung respektieren. Der Kanton Appenzell AR unterteilt in der Pflegeheimliste die Heime nach ihrer Eignung für unterschiedliche Grade der Pflegebedürftigkeit. Der Kanton Aargau gibt in seinen Altersheim- und Spitexkonzepten den Trägern vor allem Hinweise, wie die gestiegenen Anforderungen an die Heime und Spitex zu erfüllen sind, während der Kanton Zürich sich zwar mit dem Bedarf an Pflegeheimplätzen beschäftigt, aber die Sicherstellung des Angebots an Pflegeheimplätzen und Spitex den Gemeinden überlässt. Die kantonale Planung kann aber auch, wie der Umbau der Spitalversorgung mit Schliessung von Gemeindespitälern im Kanton Zürich zeigt, Konflikte mit den Gemeinden auslösen. Es gibt ebenfalls Gemeindeplanungen, die von Fachleuten aus dem Pflege und Sozialbereich sowie vom Sozialvorstand der Gemeinde durchgeführt werden.

- Alterspflegeheime In allen drei Kantonen ist die Umwandlung der Altersheime in Alterspflegeheime im Gange, wobei sie im Kanton Zürich am weitesten fortgeschritten ist.
- Spitex Gleicherweise ist in allen drei Kantonen die Spitex im Prozess der Umwandlung, und zwar von nach Sparten gegliederten Vereinen zu interdisziplinären und professionellen Organisationen. Die in den letzten Jahren gegründeten Dachverbände sind in erster Linie Dienstleister für ihre „unabhängigen“ Mitglieder.
- Revisionen Geplant ist eine neue Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden. Der Kanton soll neu für die Akutspitäler und die Gemeinden für die stationäre Langzeitpflege und die Spitex verantwortlich sein. Die Finanzierung soll dieser Aufgabenteilung angepasst werden. Im Kanton Appenzell AR ist diese Aufgabenteilung bereits in Kraft.

Charakteristika der Kantone mit hohen Gesundheitskosten (TI, VD, BS, GE)

- Aufgabenteilung Die Kantone sind für das gesamte Gesundheitswesen verantwortlich. Die Gemeinden sind im besten Falle in Teilbereichen des Gesundheitswesens ausführende Organe des Kantons.
- Gremien Es besteht eine grosse Anzahl von ständigen Kommissionen und Gremien, welche die Regierung bei Fragen des Gesundheitswesens unterstützen. Vielfach gibt es für jedes Angebot wie Spitäler, Alterspflegeheime oder Spitex eine oder mehrere Kommissionen/Gremien, deren Zusammensetzung häufig nach Gesetz detailliert aufgeschlüsselt ist. Eine Ausnahme ist der Kanton Basel-Stadt, der in diesem Bereich den übrigen Deutschweizer Kantonen gleicht. Neben den ständigen Kommissionen gibt es zu aktuellen Fragestellungen noch ad hoc Kommissionen.
- Finanzierung Die Finanzierung des Gesundheitswesens liegt hauptsächlich in den Händen des Kantons. Die Gemeinden sind jedoch verpflichtet einen Beitrag beispielsweise an die Spitex zu leisten oder Bauland für Gesundheitseinrichtungen zur Verfügung zu stellen.
- Planung In den Planungsgesetzen sind bereits detaillierte Ausführungen über die Gestaltung und Organisation der Angebote zu finden. Die Gesetze enthalten auch Regelungen, die eine regelmässige Revision der Planungen oder Evaluation der Auswirkungen der Gesetze verlangen. Eine Ausnahme ist wiederum der Kanton Basel-Stadt, dessen Gesundheitsgesetzgebung veraltet und zersplittert ist. Die Gruppe kennt nur kantonale Planungen, wobei in einigen Gremien auch Vertreter der Gemeinden beteiligt sind.
- Alterspflegeheime Die Umwandlung der Alterswohnheime in Alterspflegeheime ist weitgehend abgeschlossen. Bereits besteht auch ein grösseres psychogeriatrisches Angebot. Eine Ausnahme ist der Kanton Tessin, wo die Anpassung an höhere pflegerische Anforderungen im Gange ist.
- Spitex Die Spitex ist in Versorgungsregionen/Quartiere aufgeteilt und die Leistungserbringung wird von interdisziplinären Equipen erbracht. In den Kantonen Tessin, Waadt und Genf wurde die Umwandlung der Spitex durch ein kantonales Gesetz vollzogen und im Kanton Basel-Stadt fusionierten die bishe-

rigen Organisationen in einer Stiftung. Die Spitex bieten eine Reihe von Zusatzdiensten wie Kinderspitex oder Spitalpflege Zuhause an.

Revisionen

Im Kanton Waadt ist die Neuausrichtung des Gesundheitswesens durch die Schaffung von Netzwerken von Leistungserbringern im Gange. In den Netzwerken bestimmen die Mitglieder gemeinsam über Aufgabenteilung und Verteilung der Ressourcen. In den Kantonen Tessin und Genf werden Überlegungen in die gleiche Richtung angestellt, während der Kanton Basel-Stadt in seinen Planungen von der Vernetzung der Angebote spricht.

Weitere Einflussfaktoren auf die Gesundheitskosten der Kantone

Ausserkantonale
Zusammenarbeit

Die ausserkantonale Zusammenarbeit scheint weitgehend von der Kantonsgrösse und dem Vorhandensein eines Universitätsspitals abhängig zu sein. Die Ergebnisse des Vergleichs führen zur Annahme, dass Kantone wie Aargau und Tessin, die weitgehend den eigenen Bedarf auch bei Spezialdisziplinen ohne Universitätsspitäler befriedigen können und nur bei der hochspezialisierten Versorgung auf ausserkantonale Angebote angewiesen sind, weniger hohe Gesundheitskosten haben. Beide Kantone weisen in der jeweiligen Gruppe mit niedrigen und hohen Kosten die günstigsten Gesundheitskosten auf. Der Kanton Appenzell AR, der sowohl die spezialisierte als auch die hochspezialisierte Versorgung ausserhalb des Kantons suchen muss, weist beispielsweise höhere Kosten als der Kanton Aargau auf. Die Kantone Zürich, Waadt, Basel-Stadt und Genf mit Universitätsspitaler bieten eine spezialisierte und hochspezialisierte Versorgung den benachbarten Gebieten an. In den Kantonen Waadt, Basel-Stadt und Genf besteht bei der Leistungserbringung eine Zusammenarbeit mit anderen Spitälern. Die Kantone mit Universitätsspitaler haben in ihrer jeweiligen Gruppe die höchsten Gesundheitskosten.

Spitäler

In den Kantonen Aargau und Appenzell AR stimmt für die öffentlichen Spitäler der Bettenbestand und -bedarf nahezu überein. Alle anderen Kantone bemühen sich, das Überangebot an Betten abzubauen. Im Kanton Tessin und in der ersten Planungsphase im Kanton Basel-Stadt findet der Bettenabbau vor allem in den Privatspitälern und im Kanton Zürich in den Gemeindespitälern statt. In den Kantonen Aargau, Appenzell AR und Genf wurden die nicht subventionierten Spitäler ohne grosse Schwierigkeiten in die Spitalliste aufgenommen.

In den Spitälern aller sieben Modellkantone wurden Anstrengungen für eine transparente und wirtschaftliche Leistungserbringung unternommen, wobei die Bemühungen in den grösseren Spitälern weiter fortgeschritten sind. Stationäre Behandlungen werden auf ambulante Behandlungen verlagert.

Ärzte

In den Kantonen Aargau und Appenzell AR hat sich das Hausarztmodell verbreitet, während in den anderen Kantonen keine nennenswerte Zunahme von Managed Care Modellen zu verzeichnen ist. Bis auf den ländlichen Kanton Appenzell AR nimmt die Anzahl der Gemeinschaftspraxen in den Kantonen zu. In den grosstädtischen Kantonen finden sich immer mehr Kompetenzzentren mit Fachärzten.

Versicherer

In den Kantonen Aargau, Appenzell AR, Zürich und Waadt reagieren die Versichererverbände initiativ auf politische Entwicklungen, während sie sich in den Kantonen Tessin, Basel-Stadt und Genf vor allem mit Tarifverhandlungen begnügen. In den Kantonen, wo sich die Verbandsvertreter zu den Versicherten äussern, sind die Meinungen eher negativ, und scheinen nicht auf empirischen Untersuchungen abgestützt zu sein. Führung und Controlling sind im Vergleich zu den Leistungserbringern weniger weit entwickelt. Bemühungen zur Kostendämpfung sind bis auf Versuche mit Fallmanagements kaum vorhanden.

5 Interpretation der Ergebnisse und Folgerungen

5.1 Ursachen der Kostendifferenzen

5.1.1 Einführung

Die Korrelationen der Merkmale des Gesundheitswesens mit den Kosten sind unter Umständen lediglich Indikatoren für nicht auf den ersten Blick erkennbaren Ursachen der Kostendifferenzen zwischen den Kantonen. Wenn Spitäler in Kantonen mit hohen Gesundheitskosten verstärkt mit ausserkantonalen Einrichtungen kooperieren, dann ist nicht unbedingt die Zusammenarbeit für die überdurchschnittlichen Aufwendungen verantwortlich. Die Ergebnisse aus dem vorangegangenen Kapitel bedürfen darum einer weiteren Interpretation, weil sie erstens in Wechselbeziehungen mit anderen Charakteristika des Gesundheitswesens stehen können und zweitens die Ergebnisse eventuell mehrdeutig sind.

Die folgenden beiden Unterabschnitte gehen weitgehend auf die gleichen Punkte wie in Kapitel 4 ein, nämlich auf Kantone und Gemeinden sowie auf Leistungserbringer und Versicherer. Bei Kantonen und Gemeinden werden Aufgabenteilungen, Gremien, geplante Revisionen, ausserkantonale Zusammenarbeit, Finanzierung, Planungsorganisation und Angebotsplanungen behandelt. Bei Leistungserbringern und Versicherern geht es hauptsächlich um Fragen des Managements und Personalwesens. Die Interpretation der Ergebnisse dienen dann als Grundlage für die Ableitung von Verbesserungsvorschlägen im darauffolgenden Abschnitt.

5.1.2 Kantone und Gemeinden

Bei der Organisation des Gesundheitswesens lassen sich zwei Modelle unterscheiden: Die dezentrale Organisation des Gesundheitssystems überträgt den Kantonen die Verantwortung für Universitäts- und Kantonospitäler sowie Spezialkliniken. Die Gemeinden sind hingegen für lokale Spitäler der Grundversorgung, für die Heime und für die ambulante Hilfe und Pflege Zuhause verantwortlich. Die zentrale Organisation des Gesundheitssystems legt die gesamte Verantwortung in die Hände der Kantone. Die Gemeinden sind in Teilbereichen des Gesundheitswesens ausführende Organe des Kantons.

Sowohl die dezentrale als auch die zentrale Organisation wirkt sich auch auf die Finanzierung und Planung des Gesundheitswesens aus. Die dezentrale Organisation kennt bei kommunalen Einrichtungen eine Mischfinanzierung von Kanton und Gemeinden, Planungen finden sowohl auf kantonaler und kommunaler Ebene statt. Die Bevölkerung und die gesellschaftlichen Gruppierungen partizipieren entsprechend auf kantonaler und lokaler Ebene an den Entscheidungen im Gesundheitswesen. Bei der zentralen Organisation ist der Kanton für die Finanzierung und Planung zuständig. Die Gemeinden müssen sich teilweise finanziell an Angeboten beteiligen. Die Bevölkerung und die gesellschaftlichen Gruppierungen sind entsprechend auf kantonaler Ebene an den Entscheidungen im Gesundheitswesen beteiligt. Die Mitwirkung findet in einer Vielzahl von Kommissionen und Gremien statt, deren Zusammensetzungen in Gesetzen je nach Angebot festgelegt sind.

Die dezentrale Organisation geht mit niedrigen und die zentrale Organisation mit hohen Kosten des Gesundheitswesens einher. Hierfür dürfte in erster Linie folgende Ursache verantwortlich sein.

- Komplexität der Gesundheitssysteme

Das zentrale Gesundheitssystem ist aus zwei Gründen wesentlich komplexer als das dezentrale. Erstens erhebt das zentrale Gesundheitssystem den Anspruch, für alle Gesundheitsangebote zuständig zu sein: Akutspitäler für hochspezialisierte, spezialisierte und Grundversorgung, For-

schung und Lehre, stationäre Langzeitpflege und ambulante Hilfe und Pflege. Zweitens umfasst das zentrale Gesundheitssystem das gesamte Einzugsgebiet, womit sich der quantitative Umfang der einzelnen Angebote erheblich erhöht.

Das dezentrale Gesundheitssystem teilt die Angebote auf zwei Entscheidungsebene auf. Der Kanton ist vor allem für Akutspitäler mit hochspezialisierter und spezialisierter sowie Forschung und Lehre zuständig und die Gemeinden sind für die Grundversorgung in den Spitälern, die Langzeitpflege in Heimen und die ambulante Hilfe und Pflege verantwortlich. Zusätzlich unterteilt sich die gemeindenahere Versorgung auf mehrere Regionen mit quantitativ überschaubaren einzelnen Angeboten.

Diese beiden Grundkonstellationen des Gesundheitssystems wirken sich dann auf die weiteren Charakteristika wie Planungs- und Beratungsgremien, Finanzierung und Planungen aus.

- Planungs- und Beratungsgremien

Der grössere Umfang der einzelnen Angebote im zentralistischen System führt zu einer Vielzahl von Gremien, die jeweils für Spitäler, Heime oder Spitex verantwortlich sind, unter Umständen entstehen sogar getrennte Kommissionen für Strategie und operationelle Führung. Jedes Gremium versucht dann ohne Berücksichtigung des Gesamtsystems seine Sparte zu optimieren. Hinzu kommt, dass in einem zentralistischen System eher Funktionsträger, die oben in der Hierarchie angesiedelt und entfernt von der Leistungserbringung sind, die Gremien besetzen. Die Folge ist, dass optimale Ergebnisse - und wegen der Entfernung von der Leistungserbringung - nach normativen Richtwerten angestrebt werden. Diese Vorgehensweise führt zwangsläufig zu einer wenig flexiblen und teuren Leistungserbringung.

In den dezentralen Gesundheitssystemen sind zwar dieselben arbeitsteiligen Kräfte am Werke, aber wegen dem weniger umfassenden Anteil des Kantons an den Aufgaben des Gesundheitswesens weniger ausgeprägt. Auf der kommunalen Ebene sind viele Kommissionsmitglieder noch direkt in der Leistungserbringung involviert. Und weil jeder noch jeden kennt, findet - wahrscheinlich ohne bewusste Absicht - eine engere Vernetzung zwischen den Angeboten statt. Das dezentrale System begünstigt pragmatische und der Situation angepasste Vorgehensweisen.

- Finanzierung

Im zentralistischen Gesundheitssystem hängt die Finanzierung von Gesundheitseinrichtungen vom Kanton ab, die Gemeinden sind lediglich Beitragszahler, die sich nach den kantonalen Vorgaben zu richten haben. Die Entscheidung über den Finanzbedarf bestimmen weitgehend Kennziffern, die jedoch nur ein abstraktes Bild über die Leistungserbringung geben. Konkrete Kenntnisse der Arbeitsabläufe, der Beziehungen zwischen Patienten und Personal, des Betriebsklimas und anderen Imponderabilien, die bei einer wirtschaftlichen Leistungserbringung in Betracht zu ziehen sind, liegen nicht vor. Die (potentiellen) Nutzer und Steuerzahler können nur im Rahmen der direktdemokratischen Mitsprache Einfluss nehmen, wobei die Hürden in Kantonen mit zentralistischen Gesundheitssystemen für die Nutzung der Volksrechte hoch liegen. Das komplexe und umfangreiche kantonale Angebotsspektrum, dessen Finanzierung mangels konkreter Kenntnisse der Leistungserbringung nur über Kennziffern gesteuert wird, tendiert zu einer eher grosszügigen Zuteilung der benötigten Mittel. Die Steuerzahler können bei einer nach ihrem Empfinden zu starken Belastung durch das Gesundheitswesen kaum disziplinierend auf die Ausgabenpolitik der Behörden wirken.

Die dezentralen und zentralen Gesundheitssysteme haben auf kantonaler Ebene im Grossen und Ganzen die gleichen Probleme, die oben geschildert wurden. Aber beim dezentralen Gesundheitssystem umfasst die ausschliesslich kantonale Finanzierung nur einen Teilbereich des Angebots. Der andere Teil des Angebots wird auf kommunaler Ebene erbracht und mitfinanziert. Dort sind konkrete Kenntnisse über die Bedingungen der Leistungserbringung im stärkeren Masse

vorhanden und finanziell wird mit kleineren Brötchen als beim Kanton gebacken. Die direktdemokratische Mitsprache der Bürger ist sowohl auf kantonaler und kommunaler Ebene möglich. In den zentralen und dezentralen Gesundheitssystemen wird vermehrt die Feinallokation der Ressourcen den Leistungserbringern überlassen, die aufgrund ihrer genauen Kenntnisse der Arbeitsabläufe und -belastungen dazu besser in der Lage sind. Als Anreiz für eine wirtschaftlichere Arbeitsweise besteht für die Leistungserbringer auch die Möglichkeit, dass sie über erwirtschaftete „Überschüsse“ teilweise selbst verfügen.

- Planungsorganisation

Die Planung im zentralen Gesundheitssystem ist für das gesamte vielgliedrige und - weil für den gesamten Kanton - quantitativ umfangreiche Angebot im Gesundheitswesen verantwortlich. Vielfach werden immer noch separate Planungen für Spitäler, Pflegeheime, Psychiatrie oder Spitex durchgeführt. Vermehrt setzt sich in den Kantonen mit zentralen Gesundheitssystemen die Einsicht durch, dass die verschiedenen Angebote Glieder eines gesamten Wirkungsgefüges sind, deren einzelne Teile in einer Behandlungskette ineinander greifen müssen. Die Planung eines komplexen kantonalen Systems stellt hohe Anforderungen sowohl an die Datenbasis als auch an die Planungsmethodik. Im Kanton Waadt wurde diese Herausforderung durch eine anspruchsvolle Bettenbedarfsprognose, die gegenüber den heutigen normativen und analytischen Bedarfsschätzungen einen methodischen Fortschritt darstellen, teilweise erfüllt. Weil die Anforderungen an die Datenbasis und Planungsmethodik schwierig zu erfüllen sind, bleibt die Gefahr eines kostspieligen Ungleichgewichts zwischen den Angebotsteilen bestehen.

In dezentralen Gesundheitssystemen sind die Anforderungen an die Planungen aus zwei Gründen weniger hoch. Der Kanton ist nur für einen Teil des Gesundheitsangebotes verantwortlich. Der andere Teil wird in übersichtlichen Versorgungsregionen durch die Gemeinden erbracht. Zwar stellen sich bei der Planung auf kantonaler Ebene ziemlich ähnliche Probleme bezüglich Datenbasis und Planungsmethodik wie in den zentralen Gesundheitssystemen. Es stellt sich beispielsweise die Frage, ob bei den Kantonen die üblichen „normativen“ und „analytischen“ Bedarfsabschätzungen, die schon seit Jahrzehnten nicht mehr dem „state of the art“ der Prognosemethode entsprechen, weiter verwendet werden können. Ebenfalls besteht die Gefahr des Ungleichgewichtes in der Schnittstelle zwischen kantonalen und kommunalen Gesundheitsangeboten, die aber, weil sie sich auf die Übergänge zwischen spezialisierter Spitalversorgung und Grundversorgung beschränkt, weit weniger komplex ist als in den zentralen Systemen. Viel entscheidender für das dezentrale System ist, dass ein grosser Teil der Angebotssteuerung bezüglich Grundversorgung in Akutspitälern, in Heimen für die Langzeitpflege und ambulante Hilfe und Pflege Zuhause in regionalen Versorgungsregionen durch die Gemeinden erfolgt. In diesen Regionen ist die Nachfrage nach Leistungen und das Angebot noch überschaubar. Durch „face-to-face“ Kontakte werden auch Imponderabilien, die sich aus Arbeitsbelastung, Betriebsklima oder Schnittstellen zwischen verschiedenen Angeboten ergeben, besser aufgefangen. Die Anforderungen an Datenbasis und Planungsmethodik sind weitaus geringer. Aus diesen Gründen kann davon ausgegangen werden, dass die dezentralen Gesundheitssysteme kostengünstiger und besser an die Lage angepasst produzieren.

- Planung Pflegeheime und Spitex

Die Umwandlung der Alterswohnheime in Alterspflegeheime mit einem ausgebauten psychogeriatrischen Angebot in dem zentralistischen Gesundheitssystem wird vom Kanton gesteuert und hat bereits zu einem höherwertigen und teureren Angebot geführt. Ob diese „Kleinspitäler“ wirklich ihre Leistungen günstiger erbringen als die Krankenhäuser, und ob durch sie entsprechende Redimensionierungen des Spitalbereichs ausgelöst wurden, wäre noch nachzuweisen. Zu vermuten ist, dass unter dem Strich höhere Kosten entstehen. Im dezentralistischen Gesundheitssystem

werden vom Kanton im besten Falle Leitbilder als Hilfestellungen für die Heimträger erstellt. Der Umwandlungsprozess der Heime an die gestiegenen pflegerischen Anforderungen liegt in den Händen der Gemeinden, kann an die jeweilige Situation angepasst werden, ist noch im Gange und dürfte deshalb kostengünstig ablaufen.

Die Spitex-Organisationen im zentralistischem Gesundheitssystem wurden aufgrund kantonaler Vorgaben geschaffen, nach Versorgungsregionen mit interdisziplinären Equipen gegliedert und verfügen über Spezialdienste wie Spitalpflege Zuhause. Im dezentralistischen Gesundheitssystem tragen die Spitexdienste noch Merkmale von Freiwilligenorganisationen. Der Kanton versucht eventuell mit Leitbildern die Träger zu unterstützen, ansonsten liegt die Angebotssteuerung in den Händen der Gemeinden und wird damit der lokalen Situation angepasst. Die professionellere Leistungserbringung der Spitex in den zentralen Systemen dürfte zu höheren Kosten als in einem dezentralen Gesundheitssystem führen.

In beiden idealtypischen Gesundheitssystemen sind Revisionen und Veränderungen im Gange, deren Auswirkungen auf die Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen noch nicht sichtbar geworden sind. Als neues Element ist auch das KVG zu werten, dessen Integration in die beiden Gesundheitssysteme ebenfalls von Interesse ist.

- Revisionen und Veränderungen

In zentralistischen Gesundheitssystemen ist der Gedanke der Vernetzung der Angebote verbreitet. Im Kanton Waadt wird die Neuausrichtung des Gesundheitswesens in Versorgungsregionen mit Netzwerken der Leistungserbringer bereits durchgeführt. Die Mitglieder der Netzwerke entscheiden zusammen über Allokation der Ressourcen, über Veränderungen oder Pilotprojekten. Innerhalb des Netzwerkes behalten die einzelnen Leistungserbringern ihre operationelle Selbstständigkeit. Zu vermuten ist, dass die Aufteilung des Kantons in übersichtliche Versorgungsregionen mit Netzwerkorganisationen sowohl die Komplexität der Angebotssteuerung reduziert als auch durch „face-to-face“ Kontakte eine bessere Berücksichtigung der Imponderabilien erlaubt. Die bessere Anpassung des Gesundheitssystems an die Lage dürfte auch zu Kostenreduktionen führen.

In den dezentralen Gesundheitssystemen wird eine neue Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden diskutiert. Geplant ist die Akutspitäler neu als kantonale Aufgabe festzulegen und den Gemeinden die Langzeitpflege in Heimen und die ambulante Hilfe und Pflege Zuhause zuzuordnen. Entsprechend soll auch die Finanzierung des Gesundheitswesens neu geregelt werden. Die Neuregelung dürfte die Angebotsplanung und organisatorische Abstimmung zwischen Grundversorgung in den Akutspitälern, der Langzeitpflege und Spitex in den kommunalen Versorgungsregionen erschweren. Die Angebotssteuerung auf kantonaler Ebene wird unübersichtlicher. Insgesamt vergrössert sich die Gefahr von Ungleichgewichten in der Leistungserbringung, die zu Mehrkosten führen⁴.

Das KVG kennt, wie die Bundesgesetzgebung auch in anderen Bereichen, nur Kantone und keine Gemeinden. Die Vorschriften betreffend Spital- und Pflegeheimlisten sind eher adäquat für Kantone mit einem zentralistischen Gesundheitssystem. Diese zentralistischen Züge im KVG dürften einer Kostendämpfung entgegenstehen.

Zu den Unterschieden im Gesundheitswesen der Kantone, die nicht mit dem dezentralen oder zentralen Gesundheitssystem zusammenhängen, gehört die ausserkantonale Zusammenarbeit sowie die Spitalplanung.

⁴ Die Nachteile der neuen Aufgabenteilung steigen mit zunehmender Kantonsgrösse. Im Kanton Appenzell AR, dem kleinsten von sieben untersuchten Modellkantone, wurden die Gemeindespitäler bereits in Kantonsspitäler umgewandelt.

- Ausserkantonale Zusammenarbeit

Die abweichenden Verhaltensweisen der Kantone lassen sich als Indikator für die Schwierigkeiten werten, die sich durch hochspezialisierte universitäre Medizin sowie Lehre und Forschung ergeben. Kantone, die weitgehend den eigenen Bedarf befriedigen können, weisen in der zentralen und dezentralen Gruppe die niedrigsten und die Kantone mit Universitätsspitalern die höchsten Kosten auf. Ein ländlicher Kanton wie Appenzell AR, der von der spezialisierten und hochspezialisierten Versorgung anderer Kantone abhängig ist, hat höhere Gesundheitskosten als der Kanton Aargau. Der Kanton Appenzell AR trägt mindestens teilweise die hohen Kosten der universitären Medizin mit. Die Hochschulkantone bemühen sich auch spezialisierte und hochspezialisierte Leistungen zu exportieren, um die Kosten auf eine breitere Basis zu verteilen. Angestrebt wird ebenfalls eine Arbeitsteilung mit anderen Kantonen, eine gemeinsame Nutzung der Infrastruktur und Grossgeräten oder eine Zusammenarbeit beim Einkauf. Diese Bemühungen helfen wahrscheinlich die Kosten zu dämpfen. Die Frage stellt sich hier, ob die Kooperation bisher nicht zu halbherzig verwirklicht ist.

- Spitalplanung

Bis auf Aargau und Appenzell AR, die nur unter Berücksichtigung der nicht subventionierten Privatspitäler mit einem gesamtschweizerischen Einzugsgebiet einen Bettenüberschuss aufweisen, bemühen sich alle Kantone die Gesundheitskosten durch einen Abbau der Spitalbetten zu reduzieren. Die Kantone Aargau, Appenzell AR und Genf haben sich bisher nicht gross um die nicht subventionierten Spitäler gekümmert und sie in die Spitalliste aufgenommen. Ob sich diese Einstellung ändert, wenn aufgrund des Urteils des Bundesgerichtes die Kantone auch an die Privatspitäler Beiträge zahlen müssen, wäre abzuwarten.

5.1.3 Leistungserbringer und Versicherer

Im vorangegangenen Abschnitt wurden die Leistungserbringer mit Ausnahme der Ärzte im Zusammenhang mit der Planung behandelt. Jetzt soll noch auf das Management und das Personalwesen in ihren Auswirkungen auf die Kosten betrachtet werden. Ausserdem wird auf die Rolle der Krankenversicherer in den Kantonen eingegangen.

- Leistungserbringer

Bei dem Management der Leistungserbringung und dem Personalwesen spielen sich in allen Kantonen ziemlich ähnliche Entwicklungen ab, so dass von dieser Seite zwar Auswirkungen auf die Kosten des Gesundheitswesens, aber kaum auf die Kostendifferenzen zwischen den Kantonen zu erwarten sind:

In den Spitälern bestehen als Grundlagen für die Geschäftstätigkeit überall Leistungsaufträge und Globalbudgets. Die operative Führung der Spitäler liegt zunehmend in den Händen der Spitalleitungen. Leistungsaufträge und Globalbudgets werden innerhalb der Spitäler bis auf die Abteilungsebene verfeinert. Zunehmend bringen auch neue Instrumente wie AP DRG, MIPP, Fallpauschalen oder Abteilungspauschalen eine höhere Transparenz der Leistungserbringung und der Kosten. Abweichungen von den Zielvorgaben werden monatlich kontrolliert. Die Fortschritte bei der wirtschaftlichen Leistungserbringung lassen sich in allen Kantonen in der kürzeren Aufenthaltsdauer der Patienten und der höheren Belegungsdichte der Spitäler ablesen. In allen Spitälern ist eine Verlagerung von der stationären zur ambulanten Behandlung zu beobachten, unter anderem weil diese vollumfänglich von den Krankenversicherern zu erstatten sind. Die Kostenersparnisse durch eine wirtschaftlichere Leistungserbringung schlagen jedoch kaum zu Buche, weil sich die Anzahl möglicher Therapien ständig vergrössert. Zusätzlich wird die Unzufriedenheit des Personals mit Arbeitsbedingungen und Entlöhnung zu einem weiteren Kostenschub führen, wie es bereits im Kanton Zürich geschehen ist.

In den Alterspflegeheimen haben sich zwar Leistungsaufträge und Globalbudget noch nicht verbreitet, aber Führungsinstrumente wie RAI/RUG, PLAISIR, BAK oder BESA werden bereits weitgehend angewendet. Auch für die Verwendung der Geldmittel entsteht durch EDV-Programme wie REPORTING grössere Klarheit. Diese transparentere Leistungserbringung und Kostenabrechnung dient jedoch nicht einer wirtschaftlicheren Leistungserbringung wie in den Spitälern, sondern der Kostenabrechnung mit den Krankenversicherern, die ihre Beiträge nach Grad der Pflegebedürftigkeit staffeln, und der Kontrolle durch die subventionierenden Behörden. Die Aufwendungen für die Heime werden durch die zunehmende Pflegebedürftigkeit der Pensionäre und dem grösseren Bedarf an qualifiziertem Personal eher noch steigen. Ein Vorteil der durchsichtigeren Leistungserbringung dürfte die Kontrollmöglichkeit sein, ob durch den Ausbau der Alterspflegeheime anstelle von Einsparungen im Gesundheitswesen nicht ein gigantisches Nullsummenspiel in Gang gesetzt wurde⁵.

Grundlagen für die Spitextätigkeit sind Leistungsaufträge und Globalbudgets. Die Einsätze der Spitexdienste erfolgen aufgrund einer Evaluation der Nutzer, die teilweise jetzt schon mit dem RAI/RUG Home erfolgt, das bald gesamtschweizerisch eingeführt werden soll. Die Abrechnung mit den Versicherern erfolgt nach einem Tarif, der nach Abklärung, stabiler und unstabiler Situation gegliedert ist. Teilweise erfolgt die Leistungserfassung elektronisch durch einen Taschencomputer direkt beim Nutzer. Zusammen mit dem BSV wurde auch eine gesamtschweizerische Spitexstatistik entwickelt. Der Übergang zwischen Spital und Spitex wird zunehmend mit einem formalisierten Abklärungsinstrument geregelt. Insgesamt wird die Leistungserbringung bei der Spitex immer transparenter, wobei im zentralistischem System die Entwicklung weiter fortgeschritten ist. Inwieweit die Spitex, die in sie gesetzte Hoffnung einer Kostendämpfung im Gesundheitswesen erfüllt, könnte aufgrund der Datenlage jetzt untersucht werden, insbesondere weil von der Spitex immer anspruchsvollere Aufgaben wie die Spitalpflege Zuhause übernommen werden⁶.

Managed Care Modelle bei den Ärzten haben sich von den untersuchten Kantonen nur in Aargau und Appenzell AR im nennenswerten Umfang durchgesetzt und diese sind durch den Rückzug der CSS und HELSANA vom Hausarztmodellen gefährdet. Im grösseren Masse scheinen sich Gemeinschaftspraxen und in den Grossstädten Kompetenzzentren mit Fachärzten zu verbreiten. Die dadurch mögliche kostengünstigere Leistungserbringung schlägt sich aufgrund der heutigen Kostenerstattung durch Tarife nicht bei den Gesundheitskosten nieder.

- Versicherer

Im KVG wurde in die Neuregelung der Grundversicherung grosse Hoffnungen gesetzt. Der leichtere Kassenwechsel soll die Konkurrenz zwischen den Versicherern verstärken. Dieser Wettbewerbsdruck sollte sich in neuen Versicherungsmodellen, in den Tarifverhandlungen mit den Leistungserbringern oder in der Kostenkontrolle zeigen und dadurch einen Beitrag zur Kostendämpfung leisten. Die Untersuchung in den sieben Modellkantonen erwecken jedoch den Eindruck, dass für die Förderung von Managed Care Modellen keine Marketingstrategien bestehen. Schwierigkeiten bei der Ausgestaltung der Managed Care Modelle werden nicht innovativ, sondern eher mit einem Rückzug beispielsweise vom Hausarztmodell beantwortet. Die Tarife werden weitgehend kartellartig durch die Interessensverbände der Leistungserbringer und Versicherer verhandelt. Die Kostenkontrolle hat lediglich zu ersten schüchternen Versuchen eines Fallmana-

⁵ Bettlägerige oder demente Betagte können nur durch fachlich qualifiziertes Personal gepflegt werden, so dass der Unterschied zwischen Heim und Spital zunehmend schwindet.

⁶ Die letzte Untersuchung über die Kosten der offenen und geschlossenen Altershilfe in der Schweiz ist rund 20 Jahre alt. E. Rieben und R. Zimmermann: Kosten und soziale Integration in der geschlossenen und offenen Altershilfe, Bern, 1982.

gements geführt. Kontrollen der Leistungsabrechnungen beschränken sich auf formale Kriterien. Konflikten mit den Leistungserbringern geht man eher aus dem Weg, anstatt neuartige Kontrollmethoden zu entwickeln bei der sich auch die Datenbanken der Versicherer nutzen lassen. Die Versicherten können zwar zu einer günstigeren Versicherung wechseln, aber nach wenigen Jahren sind durch die Prämienhöhungen die Krankenkassenbeiträge höher als zuvor. Auf die jährlichen Prämiensteigerungen, die an Bedeutung längst die Kostendifferenzen zwischen den Versicherungen überschreiten, haben die Versicherten jedoch keinen Einfluss. Insgesamt lässt sich feststellen, die Versicherer werden zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht den Aufgaben gerecht, die von ihnen im Gesundheitswesen erwartet werden.

5.2 Ableitung der Folgerungen

Aus Kapitel 4 Vergleich der sieben Modellkantone und aus dem Abschnitt 5.1 Ursachen der Kostendifferenzen ist ersichtlich, dass nicht ein nur ein Anlass, sondern mehrere Faktoren für die unterschiedliche Höhe der Gesundheitskosten in den Kantonen verantwortlich sind. Mit einzelnen Massnahmen wie Selbstdispensation oder monistische Finanzierung lassen sich die Gesundheitskosten kaum beeinflussen. Die wichtigste Folgerung der vorliegenden Untersuchung ist, dass von einem Wirkungsgefüge ausgegangen werden muss. Im folgenden Text soll aus den Ergebnissen der Untersuchung ein idealtypisches Modell abgeleitet werden. Auf der linken Seite stehen jeweils die Teilbereiche des Gesundheitswesens auf die sich die Ausführungen zum Modell beziehen. Im Vordergrund der Betrachtung stehen Modelleigenschaften, die zu einer Verminderung der Gesundheitskosten führen. Das Modell und die darin enthaltenen Folgerungen sollen als Anregungen für die Umgestaltung des Gesundheitswesens dienen, die in Abhängigkeit von der konkreten Lage im jeweiligen Kanton zu realisieren ist.

Idealtypisches Modell der kantonalen Gesundheitswesen

- Aufgabenteilung** Die Verantwortung für die Leistungserbringung sollte zwischen Regionen und dem Kanton aufgeteilt werden. Die Regionen kümmern sich um die Spitalgrundversorgung, Langzeitpflege und ambulante Hilfe und Pflege Zuhause. Innerhalb der Regionen sollen Netzwerke der Leistungserbringer operieren, die ein komplettes Angebot von Spital bis Spitex umfassen. Der Kanton soll für die Gesundheitseinrichtungen mit einer überregionalen Bedeutung (spezialisierte und hochspezialisierte Versorgung sowie eventuell Lehre und Forschung) verantwortlich sein.
Dezentrale Gesundheitssysteme sind weniger komplex und deshalb leichter zu steuern (s. S. 64f).
- Gremien** Planungs- und Beratungsgremien auf kantonaler und regionaler Ebene sollten interdisziplinär zusammengesetzt sein. In den Regionen sind die Netzwerkmitglieder bei der Angebotsplanung, Festlegung der Prioritäten und Allokation der Ressourcen zu beteiligen. Nur bei speziellen internen Fragestellungen sollen angebotsspezifische Arbeitsgruppen eingesetzt werden.
Interdisziplinäre Gremien berücksichtigen eher das gesamte Gesundheitswesen (s. S. 65).
- Finanzierung** Die Finanzierung des Gesundheitswesens sollte entsprechend der Aufgabenteilung zwischen dem Kanton und den Versorgungsregionen mit ihren interdisziplinären Netzwerken getrennt sein und die ambulante Behandlung in den Spitälern einschliessen. Die Verteilung des Steueraufkommens muss die neue Aufgabenteilung berücksichtigen. Die Stimmbürger in den Regionen und im Kanton sollten durch ein

scheidungen im Gesundheitswesens angemessen Einfluss nehmen können. Die Feinallokation der Ressourcen sollte den Netzwerken und den Leistungserbringern überlassen werden.

Die direktdemokratische Mitsprache der Stimmbürger hat eine disziplinierende Wirkung auf Regierung und Leistungserbringer (s. S. 65f).

Planung

Die Planungskompetenzen sollten ebenfalls mit der Aufgabenteilung zwischen Kanton und den Versorgungsregionen übereinstimmen. Zu den Aufgaben der Kantone gehören die Bereitstellung von Planungsgrundlagen wie Bedarfsschätzungen, Bevölkerungsprognosen, Kosten- Nutzenanalysen. Aufgabe der Kantone ist ebenfalls mit Hilfe einer Richtplanung alle Angebote zu berücksichtigen, die Koordination zwischen den Versorgungsregionen und mit anderen Kantonen sicherzustellen.

Die Trennung zwischen regionaler und kantonaler Planung reduziert die Anforderungen an die Datenbasis und Planungsinstrumentarium (s. S. 66).

Überkantonale
Zusammenarbeit

Der Bedarf an spezialisierter und hochspezialisierter Versorgung muss mit den anderen Kantonen im Rahmen einer Richtplanung koordiniert werden. Für Einrichtungen der spezialisierten und hochspezialisierten Versorgung, deren Einzugsgebiet mehrere Kantone umfasst, sind gemeinsame Trägerschaften zu bilden.

Gemeinsame Trägerschaften für spezialisierte und hochspezialisierte Versorgung führen zu einer gerechteren Kostenverteilung zwischen den Kantonen (s. S. 68f)

Netzwerke der
Leistungserbringer
in den Versor-
gungsregionen

Träger der Netzwerke sind die Gemeinden der Versorgungsregion. Die Netzwerke umfassen Spitäler der Grundversorgung, die Heime, die ambulante Hilfe und Pflege Zuhause, die ambulante ärztliche Versorgung sowie Prävention. Im Rahmen der Richtplanung der Kantone legen die Träger und die Netzwerkmitglieder gemeinsam die Prioritäten fest, planen Änderungen und Pilotprojekte und verteilen die Ressourcen an die Mitglieder entsprechend ihren Aufgaben. Die Mitglieder behalten ihre operationelle Selbständigkeit bei der Betriebsführung und bei der Verwendung der Geldmittel. Zwischen den Angeboten innerhalb des Netzwerkes wird für einen leichten Übergang für den Nutzer gesorgt. Die Leistungserbringung im Netzwerk wird mit Daten dokumentiert und sie haben das Ziel, eine Grundlage für die Qualitätssicherung und -förderung zu bilden, die Zusammensetzung des Angebots innerhalb des Netzwerkes zu optimieren und Ausgangspunkt für die Mittelzuteilung an die Netzwerkmitglieder zu sein.

Lokale Netzwerke fördern die Synergieeffekte und erlauben eine bessere Anpassung an die Nachfrage (s. S. 67).

Leistungserbringer
mit kantonalem
oder interkantona-
lem Einzugsgebiet

Leistungserbringer der spezialisierten und hochspezialisierten Versorgung mit einem kantonalen oder interkantonalen Einzugsgebiet haben als Träger entweder den Kanton oder mehrere Kantone. Im Rahmen der kantonalen Richtplanung(en) legen die Träger gemeinsam mit den Leistungserbringern die Prioritäten fest, planen Änderungen und Pilotprojekte und verteilen die Ressourcen entsprechend ihren Aufgaben. Die Lehre und Forschung sind in den kantonalen und interkantonalen Einrichtungen angesiedelt. Für Lehrzwecke ist der Zugang zu den Angeboten der Versorgungsregionen zu gewährleisten. Die Leistungserbringer behalten ihre operationelle Selbständigkeit bei der Betriebsführung und bei der Verwendung der Geldmittel.

Zwischen den kantonalen und interkantonalen Angeboten und den Netzwerken in den Versorgungsregionen wird für einen leichten Übergang für den Nutzer gesorgt. Die Leistungserbringung der kantonalen und interkantonalen Angebote wird mit Daten dokumentiert und haben das Ziel, eine Grundlage für die Qualitätssicherung und -förderung zu bilden, die Leistungserbringung zu optimieren und Ausgangspunkt für die Mittelzuteilung an die Leistungserbringer zu sein.

Koordination und gemeinsame Trägerschaften bei Einrichtungen der spezialisierten und hochspezialisierten Versorgung verhindern Doppelspurigkeiten und führen zu grösserer Kostengerechtigkeit. (s. S. 68f).

Versicherer

Die Leistungen der Versicherer decken die Zusatzkosten der halbprivaten und privaten Abteilungen, die Behandlungs- und Pflegekosten in Privatspitälern, die nicht auf der Spitalliste sind, und die Medikament- und Behandlungskosten der ambulanten ärztlichen Versorgung ab.

Die Versicherten haben bisher nicht die fachliche Kompetenz aufgebaut, um die Kostenentwicklung zu steuern. Die Versicherten haben keine Möglichkeiten die jährlichen Prämiensteigerungen zu beeinflussen (s. S. 69f).

Der Vergleich der sieben Modellkantone hat zu den Vorschlägen für ein idealtypisches Modell der kantonalen Gesundheitswesen geführt. Viele der Vorschläge sind in den Bemühungen der untersuchten Kantone enthalten. Zu erwähnen sind beispielsweise: die Vernetzung der Angebote in den Kantonen Waadt, Basel-Stadt und Genf, die geplante Aufteilung der Finanzierung für kommunale und kantonale Einrichtung im Kanton Zürich, die Netzwerke der Leistungserbringer im Kanton Waadt. Im idealtypischen Modell sind hauptsächlich bereits vorhandene Charakteristika der kantonalen Gesundheitssysteme in Hinblick auf eine rationelle und kostendämpfende Wirkung gebündelt. Eine bessere Organisation der kantonalen Gesundheitssysteme bedeutet jedoch nicht, dass nicht weitere Kostensteigerungen aufgrund des medizinischen Fortschritts stattfinden. Welchen Anteil des Bruttosozialprodukts und/oder des kantonalen Steueraufkommens für das Gesundheitswesen aufgewendet werden soll, ist letztlich eine politische Entscheidung. Der Kanton Tessin bestimmt zum Beispiel, dass bis 18% des kantonalen Steueraufkommens für die Spitäler ausgegeben werden darf. Eine solche Regelung hat den Vorteil, dass, je nach Wirtschaftslage, Belastbarkeit der Steuerzahler und Ansprüchen der potentiellen Nutzer, der Finanzrahmen des Gesundheitswesens vom Parlament und den Stimmbürgern geändert werden kann. Dadurch würden die Stimmbürger nicht mehr den Eindruck haben, dass sie der Kostensteigerung im Gesundheitswesen ausgeliefert sind, und die Leistungserbringer hätten einen Anreiz mit den vorhandenen Geldmitteln haushälterisch umzugehen.

Die Grundzüge des idealtypischen Modells der kantonalen Gesundheitswesen könnten in einem Eidgenössischen Gesundheitsgesetz festgelegt werden, das, ähnlich wie beim Raumplanungsgesetz, einen Rahmen für die interkantonale Koordination, für die kantonalen und regionalen Aufgaben festlegt.

6 Literatur- und Dokumentenverzeichnis

Allgemeine Literatur zu Kapiteln 2, 4 und 5

- Albring, Manfred und Wille, Eberhard (Hrsg.): Szenarien im Gesundheitswesen. Allokation im marktwirtschaftlichen System; Band 42, Frankfurt am Main, 1999
- Biersack Ortrud: Evaluation Spitalplanung und Spitallisten nach Art. 39 KVG. Die Planungsmethoden der Kantone; Bericht zuhanden des Zentralsekretariats der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz, Bern, SDK, 2000
- Hammer, Stephan et al.: Auswirkungen des KVG im Tarifbereich; Forschungsbericht 7/00, BSV, Bern, 2000
- Maag Daniel: New Public Management (NPM) im Gesundheitswesen. Ein Überblick über die Ansätze in den Kantonen; Schriftenreihe der SGGP, Band 61, Muri, 2000
- Moran, Michael: Governing the Health Care State. A Comparative Study of the United Kingdom, the United States and Germany; Manchester, 1999
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD): New Directions in Health Care Policy; OECD, Health Policy Studies No. 7, Paris 1995
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD): The Reform of Health Care Systems. A Review of Seventeen OECD Countries; OECD, Paris, 1994
- Rieben, Erwin und Zimmermann, Robert: Kosten und soziale Integration in der geschlossenen und offenen Altershilfe; Bern, 1982
- Rüfli, Christian und Vatter, Adrian: Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen. Statistische Analyse kantonaler Indikatoren; Forschungsbericht 14/01, BSV, Bern, 2001

Kanton Aargau

- Aargauischer Krankenkassenverband: 96. Geschäftsbericht 1999; Baden, 2000
- Botschaft des Regierungsrates des Kantons Aargau an den Grossen Rat vom 24. September 1997, 97.005016: Wirkungsorientierte Verwaltungsführung (WOV), Pilotprojekt »Kantonsspitäler« für die Periode 1998-2001, Globalkreditvorlage 1998-2001, Genehmigung der Globalkreditvorlage, Bewilligung des Globalkredites und befristete Abweichung vom Finanzhaushaltsrecht
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: 2. Voraussetzungen zur Aufnahme auf die Spitalliste; www.ag.ch/gesundheit/, 1999
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: 4. Überprüfung der Bettenbedarfsermittlung; www.ag.ch/gesundheit/, 1999
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: Laufende Hochbauprojekte, Gesundheitswesen; www.ag.ch/gesundheit/, 2000
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: Leistungserbringer im Kanton Aargau, Akutspitäler; www.ag.ch/gesundheit/, 1999
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: Leistungserbringer im Kanton Aargau, Krankenhäuser; www.ag.ch/gesundheit/, 1999
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: Leistungserbringer im Kanton Aargau, Spezialkliniken; www.ag.ch/gesundheit/, 1999
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: Liste 1: Innerkantonale Akutspitäler; www.ag.ch/gesundheit/, 1999
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: Liste 2: Innerkantonale Spezialkliniken; www.ag.ch/gesundheit/, 1999
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: Liste 3: Innerkantonale Psychiatrie; www.ag.ch/gesundheit/, 1999

- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: Liste 4: Innerkantonale medizinische Einrichtungen für Suchtkranke; www.ag.ch/gesundheit/, 1999
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: Liste 5: Ausserkantonale Spitäler; Universitäts- und Vertragsspitaler; www.ag.ch/gesundheit/, 1999
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: Liste 6: Ubriige ausserkantonale Spitäler; www.ag.ch/gesundheit/, 1999
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: Liste 7: Rehabilitationskliniken; www.ag.ch/gesundheit/, 1999
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: Mehr Selbständigkeit für die Spitäler; www.ag.ch/gesundheit/, 1999
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: Pflegeheimliste (Stand Januar 1998); www.ag.ch/gesundheit/, 1999
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: Spitalkonzeption des Kantons Aargau (Spitalkonzeption 2005); www.ag.ch/gesundheit/, 1998
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: Spitalliste für den Kanton Aargau gültig ab 1. Januar 1998; www.ag.ch/gesundheit/, 1999
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: Zahlen aus dem aargauischen Gesundheitswesen 1999; Aarau, 1999
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau: Konzeption für die Betagtenbetreuung im Kanton Aargau (Altersheimkonzept) 1991; Aarau, 1991
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau: Planungsbericht III Suchthilfe; Aarau, 1998
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau: Planungsbericht Psychiatrie im Kanton Aargau 1991; Aarau, 1991
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau: WOV Kantonsspitäler, Globalkreditvorlage, Version: 30.09.1997; unveröffentlicht
- Kanton Aargau: Gesetz über den Bau, Ausbau und Betrieb sowie die Finanzierung der Spitäler und Krankenheime (Spitalgesetz); Vom 1. Januar 1972
- Kanton Aargau: Gesetz über die Leistung von Staatsbeiträgen an Altersheime (Altersheimgesetz AHG); Vom 1. Januar 1975
- Kanton Aargau: Gesundheitsgesetz (GesG); Vom 10. November 1987
- Kanton Aargau: Verordnung über die Beitragsleistungen des Kantons im Bereich der spitalexternen Krankenpflege (Spitexverordnung); Vom 10. Juli 1996
- Kanton Aargau: Verordnung zum Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (V EG KVG); Vom 1. Mai 1996
- Kantonsspital Aarau: Jahresbericht 1999
- Kantonsspital Aarau: Jahresbericht 2000
- Kantonsspital Baden: Jahresbericht 1998
- Kantonsspital Baden: Statistik 1998
- Peyer Rolf E.: EDV-Einführung in der Spitex-Organisation; Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau (Hrsg.), Aarau, 1998, unveröffentlicht
- Projektgruppe Spitex-Leitbild: Spitex Leitbild Kanton Aargau; Der Regierungsrat des Kantons Aargau; Aarau, 1995
- Protokoll des Grossen Rates des Kantons Aargau, Sitzung 31. März 1998, Art. Nr. 1998-0546: Wirkungsorientierte Verwaltungsführung (WOV), Pilotprojekt »Kantonsspitäler« für die Periode 1998-2001, Globalkreditvorlage 1998-2001, Genehmigung der Globalkreditvorlage, Bewilligung des Globalkredites und befristete Abweichung vom Finanzhaushaltsrecht; Auftrag an Regierungsrat

- Regionales Altersheim Unteres Aaretal: Leitbild Regionales Altersheim unteres Aaretal; Döttingen, 1999, unveröffentlicht
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Aargau: Prämienverbilligung für die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Jahr 2001; www.ag.ch/gesundheit/, 2000
- Spitex-Verband Aargau in Zusammenarbeit mit Bertasi Consulting: Finanzielle Transparenz der Leistungserbringung der Spitex-Organisationen, Auswertung für das Jahr 2000; Aarau, 2001, unveröffentlicht
- Spitex-Verband Aargau und Gesundheitsdepartement Kanton Aargau: Leistungsauftrag; Aarau, 1997, unveröffentlicht
- Spitex-Verband Aargau: Konzept Stichproben der Kontroll- und Schlichtungsstelle Aargau; Aarau, 1999, unveröffentlicht
- Statistisches Amt Aargau: Gesundheit im Kanton Aargau, Ergebnisse der 2. Schweizer Gesundheitsbefragung 1997; www.ag.ch/staag/, 2000
- Statistisches Amt Aargau: Kantonale Durchschnittsprämien 2000/2001, Krankenpflege-Grundversicherung (mit Unfall); www.ag.ch/staag/, 2000
- Tarifvertrag zur obligatorischen Krankenversicherung zwischen dem Aargauischen Krankenkassenverband und dem Spitex-Verband Aargau gültig ab 1. Januar 1999, unveröffentlicht
- Kanton Appenzell Auserrhoden**
- Altersheim Ebnet: Leitbild; Herisau, 1999, unveröffentlicht
- Gemeinde Herisau: Altersleitbild für die Gemeinde Herisau, Standortbericht Mai 1993; unveröffentlicht
- Gemeinde Herisau: Anhang zur Verordnung für das Altersheim Ebnet, 20. November 1984
- Gemeinde Herisau: Verordnung für das Altersheim Ebnet, 20. November 1984
- Gesundheitsdirektion Appenzell A.Rh.: Pflegeheimliste 2001; Herisau, 2000, unveröffentlicht
- Gesundheitsdirektion Appenzell A.Rh.: Verzeichnis der Heime mit Betriebsbewilligung im Kanton Appenzell A.Rh.; www.appenzellerland.ch/Verwaltung/Gesundheitsdirektion
- Kanton Appenzell A.Rh.: Gesetz über die öffentliche Krankenpflege (Krankenpflegegesetz) vom 12. März 2000
- Kanton Appenzell A.Rh.: Verordnung über die Unterstützung der spitalexternen Kranken- und Gesundheitspflege (Spitexverordnung) vom 6. Dezember 1993
- Kanton Appenzell AR: Spitalliste des Kantons Appenzell A.Rh.; Kantonskanzlei Herisau, Amtsblatt Nr. 17, Mittwoch, 23. April 1997
- Kantonales Spital Heiden: Jahresbericht und Rechnung 1999
- Kantonales Spital Herisau: Jahresbericht 1999
- Leistungsauftrag zwischen der Gemeinde Trogen als Auftraggeberin und dem Spitex-Verein Speicher-Trogen-Wald als Auftragnehmerin, 1999, unveröffentlicht
- Psychiatrische Klinik Herisau: 91. Jahresbericht 1999
- Regionalspital Heiden: 13 Jahresbericht und Rechnung 1991
- Regionalspital Herisau: Jahresbericht 1991
- Sanitätsdirektion Appenzell A.Rh.: Pflegeheimplanung 1997; unveröffentlicht
- Sanitätsdirektion Appenzell A.Rh.: Spitalplanung 97, Somatische Versorgung, Psychiatrische Versorgung; Herisau, 1997
- Sanitätsdirektorenkonferenz Ostschweiz: Ostschweizer Krankenhausvereinbarung: Beiträge der Herkunftskantone, Kostenbeiträge ab 1. Januar 2000 der Herkunftskantone bei medizinisch notwendigen ausserkantonalen Spitalaufenthalten im Rahmen von Art. 41 Abs. 3 KVG; unveröffentlicht

Sanitätsdirektorenkonferenz Ostschweiz: Synopse zur Ostschweizer Krankenhausvereinbarung, Revisions-Entwurf gemäss Beschluss der SDK-O vom 8.11.99; unveröffentlicht

Spitex Kantonalverband Appenzell A.Rh.: Jahresbericht 1997

Spitex Kantonalverband Appenzell A.Rh.: Jahresbericht 1998

Spitex Kantonalverband Appenzell A.Rh.: Jahresbericht 1999

Spitex Kantonalverband Appenzell A.Rh.: Jahresbericht 2000

Spitex Kantonalverband Appenzell A.Rh.: Leitbild, 2000, unveröffentlicht

Spitex Kantonalverband Appenzell A.Rh.: Statuten

Spitex-Vertrag zwischen dem Kantonalverband Appenzellischer Krankenversicherer und dem Spitex Kantonalverband AR, 1997, unveröffentlicht

Kanton Zürich

Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich, Abteilung Planung: Planungsbericht zur Zürcher Spitalliste 1998, Akutspitäler, Rehabilitationskliniken, Spezialkrankenhäuser, Beilage zu RRB „Zürcher Spitalliste 1998“; Zürich, 1997, unveröffentlicht

Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich: Kenndaten 1990 der Zürcher Spitäler; Zürich, 1991

Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich: Kenndaten 1993 der Zürcher Spitäler; Zürich, 1994

Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich: Kenndaten 1995 der Zürcher Spitäler; Zürich, 1995

Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich: Kenndaten 1998 der Zürcher Spitäler; Zürich, 1999

Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich: Kenndaten 1990 der Zürcher Krankenhäuser; Zürich, 1991

Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich: Kenndaten 1993 der Zürcher Krankenhäuser; Zürich, 1994

Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich: Kenndaten 1996 der Zürcher Krankenhäuser; Zürich, 1997

Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich: Kenndaten 1990 der psychiatrischen Krankenhäuser; Zürich, 1991

Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich: Kenndaten 1993 der psychiatrischen Krankenhäuser; Zürich, 1994

Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich: Kenndaten 1996 der psychiatrischen Krankenhäuser; Zürich, 1997

Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich: Planungsbericht zur Zürcher Pflegeheimliste; Zürich, 1997, unveröffentlicht

Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich: Verfügung, Bezirkspital Dielsdorf (Entzug der Staatsbeitragsberechtigung); Zürich, 1997

Finanzdirektion und Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich: Einreihungsplan (Neueinreihung der Gesundheitsberufe); Zürich, 2001, unveröffentlicht

Gemeinde Niederhasli: Altersplanung Niederhasli; 1989, unveröffentlicht

Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich und Kantonsspital Winterthur: Leitungsorganisation (Führungsgremien des KSW); Zürich und Winterthur, September/November 1999, unveröffentlicht

Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, Abteilung Gesundheitsversorgung: Zürcher Spitalliste 2000, Akutspitäler, Rehabilitationskliniken, Erläuternder Bericht, Vernehmlassungsexemplar; Zürich, 2000, unveröffentlicht

- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich: Abschluss der Vernehmlassung zum neuen Gesundheitsgesetz: Neuerungen werden mehrheitlich begrüsst; Pressemitteilung vom 19. April 2000
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich: Aussprache mit dem Gesundheitspersonal vom 21. November 2000; Pressebericht vom 21. November 2000
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich: Beschäftigungswirksame Arbeitszeitmodelle (BAM); www.zh.ch/gd, ohne Datum
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich: Erste Gesprächsrunde mit Gesundheitspersonal; www.zh.ch/gd, 2000
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich: Gesundheitsgesetz (Entwurf zu einem Neuerlass; Vernehmlassung); Zürich, 1999, unveröffentlicht
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich: Globalbudgetierung für das Jahr 2000; www.zh.ch/gd/impuls, 1999
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich: Handbuch zum Qualitätsmanagement in der Pflege – am Beispiel der Pflegediagnostik; www.zh.ch/gd, ohne Datum
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich: inForm! Verselbständigung der kantonalen Akutspitäler; www.zh.ch/gd, ohne Datum
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich: Integrierte Psychiatrie Winterthur; www.zh.ch/gd, 1999
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich: Patientenrechtsgesetz (Entwurf), Schwerpunkte der Vernehmlassungsvorlage; Zürich, 2000, unveröffentlicht
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich: Personal, Sofortmassnahmen; www.zh.ch/gd, 2001
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich: Pflegesituation im Kanton Zürich; www.zh.ch/gd/impuls, 1999
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich: Schlussbericht Projekt LORAS; www.zh.ch/gd, 1999, Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich: Schwerpunkte der Revision des Gesundheitsgesetzes; Zürich, 1999, unveröffentlicht
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich: Verfügung In Sachen Gemeinde Richterswil betreffend Rückforderung von Staatsbeiträgen für das Spital Richterswil; 1999
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich: Wenn fünf am gleichen Strick ziehen (OUTCOME); www.zh.ch/gd/impuls, 2000
- Gesundheitsdirektion Zürich: Erneut keine Mengenausweitung der Spitex-Leistungen im Kanton Zürich; Pressebericht vom 25. Oktober 2000
- Gesundheitsdirektion Zürich: Keine Mengenausweitung der Spitex-Leistungen im Kanton Zürich; Pressebericht vom 23. 08.1999
- Heimverband Schweiz: Grundsatzpapier des Heimverbandes Schweiz zur Diskussion über die Sterbehilfe in Alters- und Pflegeheimen; Zürich, 2001, unveröffentlicht
- Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.): Gesundheit im Kanton Zürich, Bericht und Massnahmen 1999; Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 5, ISPMZ, Januar 1999
- Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.): Gesundheit im Kanton Zürich: Gut - aber noch verbesserungsfähig; ISPMZ, 1999
- Kanton Zürich: Einführungsgesetz zum Krankenversicherungsgesetz (EG KVG) (vom 13. Juni 1999) FN1
- Kanton Zürich: Entwicklungsplanung Gesundheitsdirektion; Zürich, 2000, unveröffentlicht
- Kanton Zürich: Gesetz über das Gesundheitswesen (Gesundheitsgesetz) (vom 4. November 1962) FN1
- Kanton Zürich: Verordnung über das Globalbudget (vom 2. Oktober 1996) FN1
- Kanton Zürich: Verordnung über den Verkehr mit Heilmitteln (vom 28. Dezember 1978) FN1

- Kanton Zürich: Verordnung über die Ärztinnen und Ärzte (vom 6. Mai 1998) FN1
- Kanton Zürich: Verordnung über die kantonalen Krankenhäuser (vom 28. Januar 1962) FN1
- Kanton Zürich: Verordnung über die Rechte und Pflichten der Patienten in staatlichen und vom Staat unterstützen Krankenhäusern (Patientenrechtverordnung) (vom 28. August 1991) FN1
- Kanton Zürich: Verordnung über die Staatsbeiträge an die Krankenpflege (vom 26. Februar 1968) FN1
- Kommission für die Planung von Alterswohnraum und der dazugehörenden Dienstleistungen: Altersplanung Niederhasli, Bericht an den Gemeinderat, Kommissionsarbeit vom 30. August 1989-31. Januar 1990; Niederhasli, 1991, unveröffentlicht
- Meyer, Margot und Staub, Roger: Managed Care und die Spitex, Entwicklungen und Auswirkungen auf die Spitex; Spitex Verband Kanton Zürich, Zürich, 1999, unveröffentlicht
- Pflegeheim am See Küsnacht: Aktivierungstherapie und Tagesheim; Küsnacht ZH, 2000, unveröffentlicht
- Pflegeheim am See Küsnacht: Bestehender Stellenplan; Küsnacht ZH, 2001, unveröffentlicht
- Pflegeheim am See Küsnacht: Grundlagen für verantwortliches Handeln in Alters- und Pflegeheimen, Richtlinien Heimverband Schweiz; Küsnacht ZH, 2001, unveröffentlicht
- Pflegeheim am See Küsnacht: Informationsbroschüre Tagesheim Küsnacht; Küsnacht ZH, 1994, unveröffentlicht
- Pflegeheim am See Küsnacht: Leitbild; Küsnacht ZH, 2001, unveröffentlicht
- Pflegeheim am See Küsnacht: Organigramm; Küsnacht ZH, 2001, unveröffentlicht
- Pflegeheim am See Küsnacht: Reglement; Küsnacht ZH, 1999, unveröffentlicht
- Regierungsrat des Kantons Zürich: Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich, Sitzung vom 25. Juni 1997, 1347. Zürcher Spitalliste 1998 (Festsetzung); Zürich, 1997, unveröffentlicht
- Regierungsrat des Kantons Zürich: Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich, Sitzung vom 22. Mai 1996, 1480. Krankenhäuser, Streichung von Staatsbeiträgen (Rekurs)
- Regierungsrat des Kantons Zürich: Geschäftsbericht 1999, Separatauszug aus dem Geschäftsbericht des Regierungsrates des Kantons Zürich 1999, Gesundheitsdirektion; Zürich, 2000, unveröffentlicht
- Regierungsrat des Kantons Zürich: Zürcher Spitalliste 1998, Akutspitäler, Rehabilitationskliniken, Spezialkrankenhäuser; Zürich, 1997, unveröffentlicht
- Santésuisse Die Schweizer Krankenversicherer (Hrsg.): Vision und Leitsätze; Solothurn, ohne Datum
- Schauplatz, Zeitschrift der kantonalen Spitex Verbände Glarus, Schaffhausen, St. Gallen, Zürich; 19. April, 2001, Nr. 2
- Spitex Verband Kanton Zürich und Beratungsstelle für spitalexterne Dienste der Gesundheitsdirektion: Ein Leistungsrahmen für die Spitex; Zürich, 1997, unveröffentlicht
- Spitex Verband Kanton Zürich: Jahresbericht 1999; Zürich, 2000, unveröffentlicht
- Spitex Verband Kanton Zürich: Spitex im Kanton Zürich, Ein Überblick; Zürich, 2000, unveröffentlicht
- Spitex Verband Kanton Zürich: Spitex-Finanzierung im Kanton Zürich; Zürich, 2000, unveröffentlicht
- Spitex Verband Kanton Zürich: Statuten; Zürich, 1999, unveröffentlicht
- Spitex Verband Kanton Zürich: Unterlagen und Arbeitshilfen; Zürich, ohne Datum, unveröffentlicht
- Spitex Vertrag zur obligatorischen Krankenversicherung zwischen dem Verband Zürcher Krankenversicherer (VZKV) und dem Spitex Verband Kanton Zürich, Zürich, 2000, unveröffentlicht

- Universitätsspital Zürich: Führungsstruktur, Unterlage für Direktionskonferenz vom 26.10.1998, unveröffentlicht
- Vereinbarung zwischen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich und dem Departement des Innern des Kantons Schwyz betreffend die Abgeltung von Hospitalisationen von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Schwyz am Universitätsspital Zürich (USZ); Zürich und Schwyz, Mai 2000, unveröffentlicht
- Vereinbarung zwischen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich und dem Departement des Innern des Kantons Schwyz über die Versorgung von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Schwyz in den Bereichen Herzchirurgie, interventionelle Kardiologie und Herzschrittmacherimplantationen; Zürich und Schwyz, Februar 2000, unveröffentlicht
- Vereinbarung zwischen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich und der Sanitätsdirektion des Kantons Glarus über die Versorgung von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Glarus in den Bereichen Herzchirurgie, interventionelle Kardiologie und Herzschrittmacherimplantationen; Zürich und Glarus, April/Mai 2001, unveröffentlicht
- Verwaltungsgericht des Kantons Zürich: Entscheid der 3. Kammer, Sitzung vom 29. Januar 1998, In Sachen Stiftung Schwerpunktspital Wädenswil betreffend Staatsbeiträge; VB.97.00025
- Verwaltungsgericht des Kantons Zürich: Entscheid der 3. Kammer, Sitzung vom 29. Oktober 1996, In Sachen Spitalverband des Bezirkes Dielsdorf betreffend Staatsbeiträge; VB.96.00101
- Kanton Tessin**
- Bonetti, Barbara et al.: La politica di promozione della salute in Ticino; Dipartimento delle opere sociali, Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria, Bellinzona, 2000
- Cantone Ticino, Consiglio di Stato: Rapporto al Gran Consiglio sul primo aggiornamento delle linee direttive e del piano finanziario 2000-2003; Bellinzona, 2000
- Cantone Ticino: Decreto esecutivo concernente la definizione dei comprensori di attività dei Servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD) (del 17 novembre 1999)
- Cantone Ticino: Disegno die Decreto Legislativo concernente la pianificazione delle attrezzature medico-tecniche di diagnosi o di cura a tecnologia avanzata o particolarmente costosa (clausolo del bisogno); Bellinzona, 2001
- Cantone Ticino: Legge di applicazione della Legge federale sull' assicurazione malattie (LCMal) (del 26 guigno 1997)
- Cantone Ticino: Legge sugli ospedali pubblici (del 20 dicembre 1982)
- Cantone Ticino: Legge sull' assistenza e cura a domicilio (del 16 dicembre 1997)
- Cantone Ticino: Legge sull' assistenza e cura a domicilio (entrata in vigore il 1 gennaio 2000)
- Cantone Ticino: Legge sull' assistenza sociopsichiatrica (LASP) (del 2 febbraio 1999)
- Cantone Ticino: Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge sanitaria) (del 18 aprile 1989)
- Cantone Ticino: Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge sanitaria) del 18 aprile 1989; modifica (del 19. dicembre 2000)
- Cantone Ticino: Proposta di nuovo Centro sociosanitario di Cevio/Someo, Conversione dell' Ospedale di zona di Cevio: consolidamento della Casa per anziani, Unità d' accoglienza per invalidi, Pronto soccorso e radiologia, Servizio di ergo- e fisioterapia, Servizio di assistenza e cura a domicilio; ohne Datum, unveröffentlicht
- Cantone Ticino: Regolamento d' applicazione della Legge sull' assistenza e cura a domicilio del 16 dicembre 1997 del 27 ottobre 1999
- Cantone Ticino: Regolamento di applicazione della legge concernente il promovimento, il coordinamento ed il sussidiamento delle attività sociali a favore delle persone anziane del 25 guigno 1973
- Cantone Ticino: Rendiconto del consiglio di stato 2000, Allegato statstico; Bellinzona, ohne Datum

- Cantone Ticino: Rendiconto del Consiglio di Stato; Bellinzona, 2000
- Cigardi, Giovanna et al.: Progetto Assistenza e cura a domicilio, Sperimentazione l' infermiera consulente materna e pediatrica e la nuova impostazione del SACD per la valorizzazione dell' assistenza alle famiglie e all' infanzia; www.ti.ch/DOS, ohne Datum
- Dipartimento delle opere sociali, Divisione della salute pubblica, Sezione sanitaria: Attività die promozione e di valutazione sanitaria a cura di Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria; Bellinzona, 2001
- Dipartimento delle opere sociali, Sezione sanitaria: Promozione e valutazione sanitaria; Bellinzona, 2001
- Dipartimento delle opere sociali: Pianificazione dell' assistenza e cura a domicilio, prima parte; Bellinzona, 1999
- Dipartimento delle opere sociali: Pianificazione dell' assistenza e cura a domicilio, seconda parte; Bellinzona, 2000
- Dipartimento delle opere sociali: Progetto Assistenza e cura a domicilio, TI-DOCC & MODULO RAI_HC, Dossier "cliente comune" nell' ambito dell' assistenza e cura a domicilio valutazione dei bisogni dell' utente e coordinamento degli interventi, manuale per l'uso; Bellinzona, 2001
- Dipartimento delle opere sociali: Progetto Assistenza e cura a domicilio, TI-DOCC-MI, Dossier "cliente comune" nell' ambito dell' assistenza e cura a domicilio valutazione dei bisogni dell' utente e coordinamento degli interventi per il settore della maternità e dell' infanzia, manuale per l'uso; Bellinzona, 2001
- Dipartimento delle opere sociali: Rapporto della Commissione speciale sanitaria sul messaggio 15 settembre 1999 concernente la pianificazione delle attrezzature medico-tecniche di diagnosi e di cura a tecnologia avanzata o particolarmente costose (clausolo del bisogno); Bellinzona, 2001
- Domenighetti, Gianfranco et al.: Bilancio sullo stato di salute della popolazione del cantone Ticino (La Salute dei Ticinesi); Dipartimento delle opere sociali, Sezioni sanitaria, Bellinzona, 1995
- Forum stationäre Altersarbeit Schweiz und Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer: Qualitätskonzept Forum/KSK, Konzept zur Einführung eines institutionalisierten Qualitätsmanagements in Schweizer Pflegeheimen gemäss KVG; Basel/Solothurn, 1999
- Forum stationäre Altersarbeit Schweiz und Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer: Qualitätskonzept Forum/KSK, Programm zur Umsetzung des Qualitätskonzeptes Forum/KSK; Basel/Solothurn, 1999
- Gianocca, Cristina: Conto sanitario 1993; Documenti statistici 39, sezioni sanitaria – ufficio di statistica, Bellinzona, 1995
- Gruppo di pianificazione istituti die cura art. 39 LAMal del consiglio di stato: Pianificazione ospedaliera ed elenco degli stabilimenti sanitari autorizzati ad esercitare a carico dell' Assicurazione obbligatoria contro le malattie (art. 39 LAMal); Cantone Ticino, Bellinzona, 2000
- Invernitti, Carla et al.: Quanto costa restare a casa: valutazione del contributo cantonale per il mantenimento a domicilio die anziani e invalidie; aspetti statistici 12, ufficio di statistica, Bellinzona, 1999
- Mariolini, Nicoletta: Progetto Assistenza e cura a domicilio, Sperimentazione l' applicazione delle linee direttive per la qualità della gestione di progetti, progetto pilota; www.ti.ch/DOS, 2000
- Rapporto del 24 Octobre 2000 della Commissione speciale sanitaria sulla Pianificazione dell' assistenza e cura a domicilio, seconda parte; www.ti.ch/DOS, 2000
- Rapporto della Commissione speciale sanitaria del 26 Octobre 1999: Pianificazione dell' assistenza e cura a domicilio, prima parte; www.ti.ch/DOS, 1999

Servizio cure a domicilio del Luganese (ScuDo): Consuntivo 2000; Lugano, 2001, unveröffentlicht
 Villaret, Marianne et al.: Prima valutazione del- l'impatto degli opuscoli informativi del DOS distribuiti a tutti fuochi del Cantone Ticino; Informazioni statiche 1990/10, Bellinzona

Kanton Waadt

- Anhorn, Philippe et al.: SANIMEDIA, Projet de l'Etat de Vaud pour une meilleure information de la population dans le domaine de la santé; Bureau d'information et de Communication de l'Etat de Vaud, Lausanne, 2000
- Bachelard, Bernard et al.: Nouvelles orientations de politique sanitaire, Construire les réseaux de soins, Priorités et objectifs pour la phase de transition; Service de la santé publique, Lausanne, 1998
- Bachelard, Bernard et al.: Nouvelles orientations de politique sanitaire, Construire les réseaux de soins, Cahier des charges en vue de la négociation d'un contrat de prestations; Service de la santé publique, Lausanne, 1998
- Canton de Vaud : Arrêté du 28 mai 1997 édictant la list des établissements médico-sociaux et des division pour malades chroniques des hôpitaux (divisions C), mandatés par l'Etat pour héberger des Personnes atteintes d'affections chroniques au sens de l'article 39, alinéa 3, LAMal
- Canton de Vaud, Service cantonal de recherche et d'information statistiques: Perspectives des besoins en lits hospitaliers pour le canton de Vaud à l'horizon 2005 et extrapolation pour 2010 et 2015; Lausanne, 2000, unveröffentlicht
- Canton de Vaud: Arrêté du 10 décembre 1997 édictant la liste 1998 des hôpitaux du Canton de Vaud admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (LAMal)
- Canton de Vaud: Exposé des motifs et projet de decret accordant un crédit d'ouvrage pour la transformation du bâtiment de la Maternité, destinée à la réinstallation de la Division de néonatalogie du CHUV; Lausanne, 2000
- Canton de Vaud: Exposé des motifs et projet de loi modifiant la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique; Lausanne, 2001
- Canton de Vaud: Instruction de saisie, Reporting Version 2.1, ohne Datum, unveröffentlicht
- Canton de Vaud: Loi du 5 décembre 1967 créant un Organisme médico-social vaudois
- Canton de Vaud: Loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public et de réseaux de soins (mod. par loi du 10.11. 1997)
- Canton de Vaud: Nouveautés, Reporting Version 2.1, ohne Datum, unveröffentlicht
- Canton de Vaud: Projet de loi modifiant la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique
- Canton de Vaud: Règlement du 12 avril 2000 fixant les normes relatives à la comptabilité, au contrôle des comptes et à l'analyse des établissements médico-sociaux et des divisions pour malades chroniques des hôpitaux et de centres traitement et de réadaptation reconnus d'intérêt public
- Canton de Vaud: Response du conseil d'etat à l'interpellation Noël Crausaz concernant la situation du personnel du CHUV et la réponse du Conseil d'Etat au rapport «surcharge et pénibilité du travail au CHUV»; Lausanne 2000
- Canton de Vaud: Response du conseil d'etat à l'interpellation Pierre RoCHAT sur le suivi des nouvelles orientations de la politique sanitaire (NOPS); Lausanne, 1999
- Cap Gemini, Ernst & Young: Etude de divers scenarii d'organisation liés aux hôpitaux aigus de la Riviera et du Chablais, Rapport final – octobre 2000; Département de la santé et de l'action sociale, Service de la santé publique, Lausanne, 2000, unveröffentlicht
- Département de l'intérieur et de la santé publique, Service de la santé publique: Rapport au conseil d'etat du group de travail, liste LAMal des hôpitaux du canton de Vaud, Lausanne, 1997

- Département de la santé et de l'action sociale, Service de la santé publique: Annuaire de statistiques sanitaires du canton de Vaud; Lausanne, 2001
- Fédération Vaudoise des Assureurs-Maladie: Rapport d'activité de l'exercice 1999; Lausanne, 2000, unveröffentlicht
- Fédération Vaudoise des Assureurs-Maladie: Statuts, Edition 1996; Lausanne, unveröffentlicht
- Grand Conseil du canton de Vaud, Commission d'enquête parlementaire: Rapport de la commission d'enquête parlementaire sur les EMS vaudois; Lausanne, 2001
- Organisme médico-social vaudoise: La clientele et les prestations des services d'aide et de soins à domicile du canton de Vaud, recensement annuel des centres médico-sociaux (CMS) de novembre 1999 & Statistique mensuelle pour l'année 1999 des nouveaux dossiers des suivis post-hospitaliers et des hébergements de long séjour; Lausanne, 2000, unveröffentlicht
- Organisme médico-social vaudoise: Politique d'aide et de soins à domicile du canton de Vaud; Lausanne, 2000, unveröffentlicht
- Organisme médico-social vaudoise: Programme de maintien à domicile, Conception de prise en charge Lausanne, 1987, unveröffentlicht
- Organisme médico-social vaudoise: Rapport annuel 1999; Lausanne, 2000, unveröffentlicht
- Kanton Basel-Stadt**
- Bericht der Fachkommission Richtplan Alter: Alt werden in Basel-Stadt, Grundlagen für die Gestaltung der Alterspolitik im Kanton Basel-Stadt; Sanitätsdepartement des Kanton Basel-Stadt, Amt für Alterspflege, Basel, 1998, unveröffentlicht
- Biedermann, Daniel: Von der Verwaltungsabteilung zum modernen Dienstleistungsbetrieb; Kantonsspital Basel, ohne Datum, unveröffentlicht
- Fasnacht, René et al.: Spitex in Basel, Zehn Jahre Organisationsentwicklung, Chronik und Analyse 1988-1998; Spitex Basel, 1998
- Jacobs Schmid, Inge: Migration und Spitex; Fachhochschule für Soziale Arbeit beider Basel, 2001
- Kanton Basel-Stadt: Beschluss des Regierungsrates betreffend Liste der Pflegeheime für den Kanton Basel-Stadt, Vom 12. Dezember 1995
- Kanton Basel-Stadt: Gesetz über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (GKV), Vom 15. November 1989
- Kanton Basel-Stadt: Spitalliste für den Kanton Basel-Stadt per 1. Januar 1998, Rehabilitation, Geriatrie, Psychiatrie, Spezialangebote; Basel, 1997, unveröffentlicht
- Kanton Basel-Stadt: Verordnung über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (KVO), Vom 7. November 1995
- Kanton Basel-Stadt: Vertrag zwischen dem Kantonalverband der Hauspflege und Gemeindekrankenpflege Basel-Stadt einerseits und dem Kanton Basel-Stadt andererseits betreffend die Subventionierung der Hauspflege und der Gemeindekrankenpflege im Kanton Basel-Stadt in den Jahren 1994-1998, Vom 10. November 1993
- Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft: Erläuterung der Regierungen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft zur Spitalplanung, zur Restrukturierung des Spitalangebots und zu den Spitallisten; Basel und Liestal, 1997, unveröffentlicht
- Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft: Gemeinsame Spitalliste für die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft per 1. Januar 1998, Somatische Akutmedizin; Basel und Liestal, 1997, unveröffentlicht
- Kantonsspital Basel: Kantonsspital Basel 2000: Steigerung des Ertrages und verstärkte Zentrumsfunktion; Mediencommuniqué vom 9.4.2001
- Kantonsspital Basel: Zukunft KBS; Basel, 2001, unveröffentlicht
- Medizinische Gesellschaft Basel: Leitbild. Die Visionen der MedGes für die Zukunft; Basel, 1999, unveröffentlicht

- Medizinische Gesellschaft Basel: Verbandspolitik. Langfristige Ziele und Aufgaben der MedGes und Richtlinien für deren Verwirklichung; Basel, 1999, unveröffentlicht
- Osswald, Beat: Die Kennzahlen im Überblick; Kantonsspital Basel, ohne Datum, unveröffentlicht
- Sanitätsdepartement Basel-Stadt: Psychiatriekonzept, Leitbild für die Psychiatriereform im Kanton Basel-Stadt; Basel, 1990
- Spitex Basel-Stadt: Austrittsplanung zwischen Spitex Basel und Felix-Platter-Spital; Medienorientierung vom 8. Mai 2001, Basel
- Spitex Basel-Stadt: Geschäftsbericht 2000; Basel, 2001, unveröffentlicht
- Spitex Basel-Stadt: Jahresbericht 1996; Basel, 1997, unveröffentlicht
- Spitex Basel-Stadt: Kritische Erfolgsfaktoren/KEF der Spitex Basel; Basel, 2000, unveröffentlicht
- Spitex Basel-Stadt: Leitlinien für die Zukunft von Spitex in Basel; Basel, 1996
- Verband der Alters- und Pflegeheime Basel-Stadt; www.VAP-bs.ch, ohne Datum

Kanton Genf

- Association des Médecins du canton de Genève: L'AMG, à votre service; Genève, ohne Datum
- Canton de Genève: Arrêté déterminant la liste des hôpitaux admis par le canton de Genève au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 15 décembre 1997
- Canton de Genève: Loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 29 mai 1997
- Canton de Genève: Loi instituant un plan directeur des prestations sanitaires du 30 mars 1995
- Canton de Genève: Loi relative au financement de la collaboration entre les cantons de Vaud et de Genève dans le domaine de la santé publique et des hôpitaux du 18 décembre 1992
- Canton de Genève: Loi relative aux établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées du 3 octobre 1997
- Canton de Genève: Loi sur l'aide à domicile du 16 février 1992
- Canton de Genève: Loi sur les établissements publics médicaux du 19 septembre 1980
- Canton de Genève: Loi sur les prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 25 octobre 1968
- Canton de Genève: Rapport du conseil d'état au Grand Conseil sur la politique de santé et sur la planification sanitaire (1998-2001) et projet de résolution relative à la planification sanitaire (1998-2001); Genève, 1997
- Canton de Genève: Rapport du Conseil d'état au Grand Conseil sur l'évaluation des effets de la loi relative aux établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées; Genève, 1999
- Canton de Genève: Rapport du conseil d'état au Grand Conseil sur la motion de Mmes et MM. Micheline Spoerri, Janine Berberat, Claude Howald, Geneviève Mottet-Durand, Bernard Annen et Olivier Vaucher pour des prestations sociales coordonnées et répondant aux besoins de la population genevois; Genève, 2000
- Canton de Genève: Rapport du conseil d'état au Grand Conseil sur la motion de MMES et MM. Esther Alder, Loiza Mottaz, Jean-Pierre Restellini, Anne Briol, Véronique Pürro, Christine Sayegh, Jacqueline Cogne, Loly Bolay, Jeannine de Haller, Gilles Godinat, Roger Beer, Jean-Marc Odie, Marie-Françoise de Tassigny, Luc Barthassat et Philippe Glatz demandant l'ouverture rapide de lieux d'accueil en faveur des tociomanes; Genève, 2001
- Canton de Genève: Rapport du conseil d'état communiquant au Grand Conseil le deuxième rapport d'évaluation des effets de la loi sur l'aide à domicile; Genève, 2000
- Canton de Genève: Site internet aide à domicile; www.ge.ch/social/Aide_domicile, ohne Datum
- Cap Gemini, Ernst & Young: Etude d'impact relative à la mise en application du TARMED dans le Canton de Genève; Genève, 2000

- Dayer, Pierre et al.: Situation de la Psychiatrie adulte à Genève; Rapport de la commission d'experts, Genève, 2000
- Gilliand, Pierre et al.: Le rapport Gilliland sur le système de santé genevois; les cahiers de la santé, Département de l' action sociale et de la santé, Genève, 1996
- Hôpitaux universitaires de Genève: Contrôle et analyse de gestion, Tableaux de bord HUG 2001; Genève, 2001
- Hôpitaux universitaires de Genève: Projet en cours; www.hug-ge.ch/Internet/projets, 1999
- Hôpitaux universitaires de Genève: Rapport d' activité 1999; Genève, 2000
- Reffet, Agnès et al.: Hôpitaux universitaires de Genève; Genève, 1995
- Rougemont, André et al.: Planfication qualitative du système de santé genevois, Rapport 1: les domaines d' actions prioritaires et la réforme du système de santé; les cahiers de la santé, Département de l' action sociale et de la santé, Genève, 1998
- Rougemont, André et al.: Planfication qualitative du système de santé genevois, Rapport 2: la santé des Genevois et le système de santé selon les 38 buts de l' OMS; les cahiers de la santé, Département de l' action sociale et de la santé, Genève, 1998
- Sanesco: Evaluation des projets de service, Présentation des résultats; Hôpitaux universitaires de Genève, Genève, 2001
- Wanner, Philippe et al.: La santé des genevois; les cahiers de la santé, Direction de la santé publique, Genève, 1993

Beiträge zur sozialen Sicherheit

In dieser Reihe veröffentlicht das Bundesamt für Sozialversicherung Forschungsberichte (fett gekennzeichnet) sowie weitere Beiträge aus seinem Fachgebiet. Bisher wurden publiziert:

Aspects de la sécurité sociale

Sous ce titre, l'Office fédéral des assurances sociales publie des rapports de recherche (signalés en gras) ainsi que d'autres contributions relevant de son champ d'activité. Ont déjà été publiés:

Aspetti della sicurezza sociale

Sotto questo titolo, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali pubblica dei rapporti di ricerca (segnalati in grassetto) nonché altri contributi inerenti alla sua sfera d'attività. La maggior parte dei rapporti appare in tedesco e in francese.

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Wolfram Fischer, Möglichkeiten der Leistungsmessung in Krankenhäusern: Überlegungen zur Neugestaltung der schweizerischen Krankenhausstatistik. Nr. 1/94	EDMZ* 318.010.1/94 d
Rapport de recherche: Wolfram Fischer, Possibilités de mesure des Prestations hospitalières: considérations sur une réorganisation de la statistique hospitalière. N° 1/94	OCFIM* 318.010.1/94 f
Rapport de recherche: André Bender, M. Philippe Favarger, Dr. Martin Hoesli: Evaluation des biens immobiliers dans les institutions de prévoyance. No 2/94	OCFIM* 318.010.2/94 f
Forschungsbericht: Hannes Wüest, Martin Hofer, Markus Schweizer: Wohneigentumsförderung – Bericht über die Auswirkungen der Wohneigentumsförderung mit den Mitteln der beruflichen Vorsorge. Nr. 3/94	EDMZ* 318.010.3/94 d
Forschungsbericht: Richard Cranovsky: Machbarkeitsstudie des Technologiebewertungsregister. Nr. 4/94	EDMZ* 318.010.4/94 d
Forschungsbericht: BRAINS: Spitex-Inventar. Nr. 5/94	EDMZ* 318.010.5/94 d
Rapport de recherche: BRAINS: Inventaire du Spitex. No 5/94	OCFIM* 318.010.5/94 f
Forschungsbericht: Jacob van Dam, Hans Schmid: Insolvenzversicherung in der beruflichen Vorsorge. Nr. 1/95	EDMZ* 318.010.1/95 d

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: BASS: Tobias Bauer. Literaturrecherche: Modelle zu einem garantierten Mindesteinkommen. Nr. 2/95	EDMZ* 318.010.2/95 d
Forschungsbericht: IPSO: Peter Farago. Verhütung und Bekämpfung der Armut: Möglichkeiten und Grenzen staatlicher Massnahmen. Nr. 3/95	EDMZ* 318.010.3/95 d
Rapport de recherche: IPSO: Peter Farago. Prévenir et combattre la pauvreté: forces et limites des mesures prises par l'Etat. N° 3/95	OCFIM* 318.010.3/95 f
Bericht des Eidgenössischen Departementes des Innern zur heutigen Ausgestaltung und Weiterentwicklung der schweizerischen 3-Säulen-Konzeption der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge. Oktober 1995	EDMZ* 318.012.1/95 d
Rapport du Département fédéral de l'intérieur concernant la structure actuelle et le développement futur de la conception helvétique des trois piliers de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité. Octobre 1995	OCFIM* 318.012.1/95 f
Rapporto del Dipartimento federale dell'interno concernente la struttura attuale e l'evoluzione futura della concezione svizzera dei 3 pilastri della previdenza per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. Ottobre 1995	UCFSM* 318.012.1/95 i
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil I	BSV** 96.217
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil II	BSV** 96.538
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen" (IDA FiSo 1): Bericht über die Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (unter besonderer Berücksichtigung der demographischen Entwicklung). Nr. 1/96	EDMZ* 318.012.1/96 d
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales" (IDA FiSo): Rapport sur les perspectives de financement des assurances sociales (eu égard en particulier à l'évolution démographique). N° 1/96	OCFIM* 318.012.1/96 f
Forschungsbericht: Laura Cardia-Vonèche et al.: Familien mit alleinerziehenden Eltern. Nr. 1/96	EDMZ* 318.010.1/96 d
Rapport de recherche: Laura Cardia-Vonèche et al.: Les familles monoparentales. N° 1/96	OCFIM* 318.010.1/96 f
Bericht der Arbeitsgruppe "Datenschutz und Analysenliste / Krankenversicherung". Nr. 2/96	BSV** 96.567
Rapport du groupe de travail "Protection des données et liste des analyses / assurance-maladie". N° 2/96	OFAS** 96.568

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Berufliche Vorsorge: Neue Rechnungslegungs- und Anlagevorschriften; Regelung des Einsatzes der derivativen Finanzinstrumente; Verordnungstext / Erläuterungen / Fachempfehlungen. Nr. 3/96	EDMZ* 318.010.3/96 d
Prévoyance professionnelle: Nouvelles prescriptions en matière d'établissement des comptes et de placements. Réglementation concernant l'utilisation des instruments financiers dérivés. Texte de l'ordonnance / commentaire / recommandations. No 3/96	OCFIM* 318.010.3/96 f
Previdenza professionale: Nuove prescrizioni in materia di rendiconto e di investimenti. Regolamentazione concernente l'impiego di strumenti finanziari derivati. N° 3/96	UCFSM* 310.010.3/96 i
Forschungsbericht: Martin Wechsler, Martin Savioz: Umverteilung zwischen den Generationen in der Sozialversicherung und im Gesundheitswesen. Nr. 4/96	EDMZ* 318.010.4/96 d
Forschungsbericht: Wolfram Fischer: Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich. Nr. 1/97	EDMZ* 318.010.1/97 d
Forschungsbericht: Infrass: Festsetzung der Renten beim Altersrücktritt und ihre Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung. Überblick über die Regelungen in der EU. Nr. 2/97	EDMZ* 318.010.2/97 d
Forschungsbericht: Heinz Schmid: Prämien genehmigung in der Krankenversicherung. Expertenbericht. Nr. 3/97	EDMZ* 318.010.3/97 d
Rapport de recherche: Heinz Schmid: Procédure d'approbation des primes dans l'assurance-maladie. Expertise. No 3/97	OCFIM* 318.010.3/97 f
Forschungsbericht: Eine Zusammenarbeit zwischen IPSO und Infrass: Perspektive der Erwerbs- und Lohnquote. Nr. 4/97	EDMZ* 318.010.4/97 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher, BASS: Auswirkungen von Regelungen des AHV-Rentenalters auf die Sozialversicherungen, den Staatshaushalt und die Wirtschaft. Nr. 5/97	EDMZ* 318.010.5/97 d
Forschungsbericht: Günther Latzel, Christoph Andermatt, Rudolf Walther, BRAINS: Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit. Band I und II. Nr. 6/97	EDMZ* 318.010.6/97 d

- | | |
|---------|---|
| * EDMZ | = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern |
| * OCFIM | = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne |
| * UCFSM | = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna |
| ** BSV | = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern |
| ** OFAS | = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne |
| ** UFAS | = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna |

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (IDA FiSo) 2": Analyse der Leistungen der Sozialversicherungen; Konkretisierung möglicher Veränderungen für drei Finanzierungsszenarien.	EDMZ* 318.012.1/97 d
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales (IDA FiSo) 2": Analyse des prestations des assurances sociales; Concrétisation de modifications possibles en fonction de trois scénarios financiers.	OCFIM* 318.012.1/97 f

- * EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
- * OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
- * UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
- ** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
- ** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
- ** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Publikationen zur Untersuchung "Neue Formen der Krankenversicherung"	
Publications relatives à l'étude des nouvelles formes d'assurance-maladie	
Übersicht – Synthèse	
Forschungsbericht: Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht. Nr. 1/98	EDMZ* 318.010.1/98 d
Rapport de recherche: Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Rapport de synthèse: Evaluation des nouveaux modèles d'assurance-maladie. No 1/98	OCFIM* 318.010.1/98 f
Materialienberichte / Befragungen – Dossiers techniques / Enquêtes	
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Die Wahl der Versicherungsformen. Untersuchungsbericht 1. Nr. 2/98	EDMZ* 318.010.2/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Bewertung der ambulanten medizinischen Versorgung durch HMO-Versicherte und traditionell Versicherte. Untersuchungsbericht 2. Nr. 3/98	EDMZ* 318.010.3/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Selbstgetragene Gesundheitskosten. Untersuchungsbericht 3. Nr. 4/98	EDMZ* 318.010.4/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Armin Ming, Johannes Stock, Peter Lang (Prognos AG): Struktur, Verfahren und Kosten der HMO-Praxen. Untersuchungsbericht 4. Nr. 5/98	EDMZ* 318.010.5/98 d
Forschungsbericht: Johannes Stock, Rita Baur, Peter Lang (Prognos AG); Prof. Dr. Dieter Conen: Hypertonie-Management. Ein Praxisvergleich zwischen traditionellen Praxen und HMOs. Nr. 6/98	EDMZ* 318.010.6/98 d
Materialienberichte – Dossiers techniques	
Forschungsbericht: Stefan Schütz et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Versicherte, Leistungen, Prämien und Kosten. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 1. Teil. Nr. 7/98	EDMZ* 318.010.7/98 d
Forschungsbericht: Herbert Känzig et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Alters- und Kostenverteilungen im Vergleich zu der traditionellen Versicherung. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 2. Teil. Nr. 8/98	EDMZ* 318.010.8/98 d
Rapport de recherche: Gabriel Sottas et al.: Données administratives de l'assurance-maladie: Analyse de qualité, statistique élémentaire et base pour les exploitations. No 9/98	OCFIM* 318.010.9/98 f
Die Fragebogen der Versichertenbefragung (5 Teile) sind erhältlich bei: Bundesamt für Sozialversicherung, Sektion Statistik, Hr. Herbert Känzig, 3003 Bern (Tel. 031 / 322 91 48)	

- * EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
- * OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
- * UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
- ** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
- ** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
- ** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Tobias Bauer, (BASS): Kinder, Zeit und Geld. Eine Analyse der durch Kinder bewirkten finanziellen und zeitlichen Belastungen von Familien und der staatlichen Unterstützungsleistungen in der Schweiz Mitte der Neunziger Jahre. Nr. 10/98	EDMZ* 318.010.10/98 d
Forschungsbericht: Tobias Bauer (BASS): Auswirkungen von Leistungs- veränderungen bei der Arbeitslosenversicherung. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 11/98	EDMZ* 318.010.11/98 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Auswirkungen von Leistungsveränderungen bei der Witwenrente. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 12/98	EDMZ* 318.010.12/98 d
Forschungsbericht: André Müller, Felix Walter, Renger van Nieuwkoop (ECOPLAN); Stefan Felder: Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. DYNASWISS – Dynamisches allgemeines Gleich- gewichtsmodell für die Schweiz. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr.13/98	EDMZ* 318.010.13/98 d
Forschungsbericht: S.P. Mauch, R. Iten, S. Banfi, D. Bonato, T. von Stokar (INFRAS); B. Schips, Y. Abrahamsen (KOF/ETH): Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. Schlussbericht der Arbeitsgemeinschaft INFRAS/KOF. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 14/98	EDMZ* 318.010.14/98 d
Forschungsbericht: Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (BFS): Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens. Bericht im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG. Nr. 15/98	EDMZ* 318.010.15/98 d
Rapport de recherche: Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (OFS): Les effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie dans le financement du système de santé. Rapport établi dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal. No 15/98	OCFIM* 318.010.15/98 f
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber), Forum 1998 über das Rentenalter / sur l'âge de la retraite. Die Referate / Les exposés des conférenciers (April/avril 1998), Nr. 16/98	EDMZ* 318.010.16/98 df
Forschungsbericht: Robert E. Leu, Stefan Burri, Peter Aregger: Armut und Lebensbedingungen im Alter. Nr. 17/98	EDMZ* 318.010.17/98 d
Prof. Dr. Thomas Koller: Begünstigtenordnung zweite und dritte Säule. Gutachten. Nr. 18/98	EDMZ* 318.010.18/98 d
Prof. Dr. Thomas Koller: L'ordre des bénéficiaires des deuxième et troisième piliers. Rapport d'expertise. No 18/98	OCFIM* 318.010.18/98 f

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Mikroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. INFRAS. Nr. 19/98 d	EDMZ* 318.010.19/98 d
Rapport de recherche: INFRAS: Effets microéconomiques de la 1 ^{re} révision de la LPP. Rapport final N° 19/98	OCFIM* 318.010.19/98 f
Forschungsbericht: Makroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. KOF/ETHZ, Zürich. Nr. 20/98 d	EDMZ* 318.010.20/98 d
Rapport de recherche: KOF/ETHZ: Effets macroéconomiques de la 1 ^{re} révision de la LPP. Rapport final N° 20/98	OCFIM* 318.010.20/98 f
Forschungsbericht: Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen (Wirkungsanalyse KVG); Dr. Andreas Balthasar; Interface Institut für Politikstudien; Nr. 21/98 d	EDMZ* 318.010.21/98 d
Rapport de recherche: Dr. Andreas Balthasar (Interface Institut d'études politiques): Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons (Analyse des effets de la LAMal). N° 21/98	OCFIM* 318.010.21/98 f
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung. Nr. 1/99	EDMZ* 318.010.1/99 d
Forschungsbericht: Kurzfassung von 1/99. Nr. 2/99	EDMZ* 318.010.2/99 d
Rapport de recherche: Condensé du n° 1/99. N° 2/99	OCFIM* 318.010.2/99 f
Rapport de recherche: Institut de santé et d'économie ISE en collaboration avec l'Institut du Droit de la Santé IDS: Un carnet de santé en Suisse? Etude d'opportunité. N° 3/99	OCFIM* 318.010.3/99 f
Forschungsbericht: Inhaltsanalyse von Anfragen bei PatientInnen- und Versichertenorganisationen (Wirkungsanalyse KVG). Dr. med. Karin Faisst MPH, Dr. med. Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. Nr.4/99	OCFIM* 318.010.4/99 d
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber). Bedarfsleistungen an Eltern. Öffentliche Fachtagung, Referate / Congrès de spécialistes ouvert, Exposés. Zürich. Nr. 5/99	OCFIM* 318.010.5/99 df
Forschungsbericht: Die ärztliche Beurteilung und ihre Bedeutung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch in der Eidg. Invalidenversicherung. Ruth Bachmann, Cornelia Furrer (Interface, Institut für Politikstudien). Nr. 6/99	EDMZ* 318.010.6/99 d

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Christopher Prinz, Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien: Invalidenversicherung: Europäische Entwicklungstendenzen zur Invalidität im Erwerbsalter. Band 1 (Vergleichende Synthese). Nr. 7/99	EDMZ * 318.010.7/99 d
Forschungsbericht: siehe Nr. 7/99. Band 2 (Länderprofile). Nr. 8/99	EDMZ * 318.010.8/99 d
Forschungsbericht: Bekämpfung sozialer Ausgrenzung. Band 3. Sozialhilfe in Kanada und in der Schweiz. (OECD). Nr. 9/99	EDMZ * 318.010.9/99 d
Forschungsbericht: Karin Faisst, Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Qualitätssicherung – Bestandesaufnahme. (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 10/99	EDMZ * 318.010.10/99 d
Forschungsbericht: Neue Finanzordnung mit ökologischen Anreizen: Entlastung über Lohn- und MWST-Prozente? Ecoplan. Nr. 1/00	EDMZ * 318.010.1/00 d
Forschungsbericht: Freie Wahl der Pensionskasse: Teilbericht. PRASA. Nr. 2/00	EDMZ * 318.010.2/00 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher, BASS: Reform des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung? Studie 2: Empirische Prüfung von Vorschlägen zur Optimierung der heutigen Ausgestaltung (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 3/00	EDMZ * 318.010.3/00 d
Forschungsbericht: Wilhelmine Stürmer, Daniela Wendland, Ulrike Braun, Prognos: Veränderungen im Bereich der Zusatzversicherung aufgrund des KVG (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 4/00	EDMZ * 318.010.4/00 d
Forschungsbericht: Spartaco Greppi, Heiner Ritzmann, Raymond Rossel, Nicolas Siffert, Bundesamt für Statistik: Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und anderer Systeme der sozialen Sicherheit. Nr. 5/00	EDMZ * 318.010.5/00 d
Rapport de recherche: Spartaco Greppi, Heiner Ritzmann, Raymond Rossel, Nicolas Siffert, Office fédéral de la Statistique: Analyse des effets de la LAMal dans le financement du système de santé et d'autres régimes de protection sociale. N° 5/00	OCFIM* 318.010.5/00 f
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber). Tagungsband der Arbeitstagung des Eidg. Departement des Innern: Massnahmen des KVG zur Kostendämpfung / La LAMal, instrument de maîtrise des coûts / Misure della LAMal per il contenimento dei costi. N° 6/00	EDMZ * 318.010.6/00 dfi
Forschungsbericht: Auswirkungen des KVG im Tarifbereich (Wirkungsanalyse KVG); INFRAS, Zürich. Nr. 7/00	EDMZ* 318.010.7/00 d

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Rapport de recherche: Beat Sterchi, Marcel Egger, Véronique Merckx (Ernst & Young Consulting AG, Bern): Faisabilité d'un „chèque-service". N° 8/00	OCFIM* 318.010.8/00 f
Rapport de recherche: Jacques-André Schneider, avocat, docteur en droit, chargé de cours, Université de Lausanne: A-propos des normes comptables IAS 19 et FER/PC 16 et de la prévoyance professionnelle suisse. N° 9/00	OCFIM* 318.010.9/00 f
Forschungsbericht: Leo Aarts, Philipp de Jong (Aarts & de Jong B.V., Den Haag); Christopher Prinz (Europäisches Zentrum für Wohlfahrts-politik und Sozialforschung, Wien): Determinanten der Inanspruchnahme einer Invalidenrente – Eine Literaturstudie. Nr. 10/00	EDMZ * 318.010.10/00 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS), Robert E. Leu (Volkswirtschaftliches Institut der Universität Bern): Finanzierungsalternativen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Nr. 11/00	EDMZ * 318.010.11/00 d
Rapport de recherche: M. Polikowski, R. Lauffer, D. Renard, B. Santos-Eggimann (Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive de Lausanne): Analyse des effets de la LAMal: Le «catalogue des prestations» est-il suffisant pour que tous accèdent à des soins de qualité? N° 12/00	OCFIM* 318.010.12/00 f
Forschungsbericht: Kurt Wyss: Entwicklungstendenzen bei Integrationsmassnahmen der Sozialhilfe. Nr. 13/00	EDMZ * 318.010.13/00 d
Rapport de recherche: Kurt Wyss: Évolution des mesures d'intégration de l'aide sociale. N° 13/00	OCFIM* 318.010.13/00 f
Rapport de recherche: Ariane Ayer, Béatrice Despland, Dominique Sprumont, Institut de droit de la santé, Université de Neuchâtel: Analyse juridique des effets de la LAMal: Catalogue des prestations et procédures. N° 14/00	OCFIM* 318.010.14/00 f
Forschungsbericht: Rita Baur, Ulrike Braun, Prognos: Bestandsaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenversicherung (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 15/00	EDMZ * 318.010.15/00 d
Rapport de recherche: Maryvonne Gognalons-Nicolet, Jean-Marie Le Goff, Hôpitaux Universitaires de Genève: Retraits anticipés du marché du travail avant l'âge AVS: un défi pour les politiques de retraite en Suisse. N° 1/01	OCFIM* 318.010.1/01 f
Forschungsbericht: Andreas Balthasar, Interface Institut, Luzern: Die Sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen: Monitoring 2000 (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 2/01	EDMZ * 318.010.2/01 d

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Rapport de recherche: Andreas Balthasar, Interface Institut, Lucerne: Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons. (Analyse des effets de la LAMal).N° 2/01	OCFIM* 318.010.2/01 f
Forschungsbericht: Matthias Peters, Verena Müller, Philipp Luthiger, IPSO: Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes auf die Versicherten. (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 3/01	EDMZ * 318.010.3/01 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Andreas Heimer, Prognos: Wirkungsanalyse KVG: Information der Versicherten. Nr. 4/01	EDMZ * 318.010.4/01 d
Forschungsbericht: Andreas Balthasar, Oliver Bieri, Cornelia Furrer, Interface Institut, Luzern: Evaluation des Vollzugs der Prämienverbilligung (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 5/01	EDMZ * 318.010.5/01 d
Rapport de recherche: Andreas Balthasar, Oliver Bieri, Cornelia Furrer, Interface Institut, Lucerne: Evaluation de l'application de la réduction de primes (Analyse des effets de la LAMal). N° 5/01	OCFIM* 318.010.5/01 f
Forschungsbericht: Stephan Hammer, Raffael Pulli, Rolf Iten, Jean-Claude Eggimann, Infrac, Zürich: Auswirkungen des KVG auf die Versicherer (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 6/01	EDMZ * 318.010.6/01 d
Persönlichkeitsschutz in der sozialen und privaten Kranken- und Unfallver- sicherung. Bericht einer Expertenkommission. Nr. 7/01	EDMZ * 318.010.7/01 d
Protection de la personnalité dans l'assurance-maladie et accidents sociale et privée. Rapport d'une commission d'experts. N° 7/01	OCFIM* 318.010.7/01 f
Forschungsbericht: Stephan Hammer, Raffael Pulli, Nicolas Schmidt, Rolf Iten, Jean-Claude Eggimann, Infrac, Zürich: Auswirkungen des KVG auf die Leistungserbringer (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 8/01	EDMZ * 318.010.8/01 d
Forschungsbericht: Markus Battaglia, Christoph Junker, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern: Auswirkungen der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog, Teilbericht Impfungen im Schulalter. Nr. 9/01	EDMZ * 318.010.9/01 d
Forschungsbericht: Fritz Sager, Christian Rüefli, Dr. Adrian Vatter, Politik- forschung und Beratung: Auswirkungen der Aufnahme von präventiv- medizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog (Wirkungsanalyse KVG). Politologische Analyse auf der Grundlage von drei Fallbeispielen. Nr. 10/01	EDMZ * 318.010.10/01 d
Forschungsbericht: Karin Faisst, Susanne Fischer, Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Zürich (2001): Monitoring 2000 von Anfragen an PatientInnen- und Versichertenorganisationen Nr. 11/01	EDMZ * 318.010.11/01 d

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Daniel Hornung, Thomas Röthlisberger, Adrian Stiefel: Praxis der Versicherer bei der Vergütung von Leistungen nach KVG, (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 12/01	EDMZ * 318.010.12/01 d
Forschungsbericht: Haari, Roland, Schilling, Karl: Kosten neuer Leistungen im KVG. Folgerungen aus der Analyse der Anträge für neue Leistungen und Unterlagen des BSV aus den Jahren 1996-1998. (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 13/01	EDMZ * 318.010.13/01 d
Forschungsbericht: Rüefli, Christian, Vatter, Adrian: Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen. Statistische Analyse kantonaler Indikatoren. (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 14/01	EDMZ * 318.010.14/01 d
Rapport de recherche: Rüefli, Christian, Vatter, Adrian: Les différences intercantionales en matière de coûts de la santé. Analyse statistique d'indicateurs cantonaux (Analyse des effets de la LAMal). N° 14/01	EDMZ * 318.010.14/01 f
Forschungsbericht: Haari, Roland et al.: Kostendifferenzen zwischen den Kantonen. Sozialwissenschaftliche Analyse kantonaler Politiken. (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 15/01	EDMZ * 318.010.15/01 d
Rapport de recherche: Haari, Roland et al. : Différences intercantionales en matière de coûts de la santé. Analyse des politiques cantonales.(Analyse des effets de la LAMal). N° 15/01	OCFIM * 318.010.15/01 f
Forschungsbericht: Haari, Roland et al.: Kostendifferenzen zwischen den Kantonen. Sozialwissenschaftliche Analyse kantonaler Politiken. Materialband.(Wirkungsanalyse KVG). Nr. 15/01.1	EDMZ * 318.010. 15/01.1 d
Forschungsbericht: Bundesamt für Sozialversicherung: Wirkungsanalyse KVG, Synthesebericht. Nr. 16/01	EDMZ * 318.010.16/01 d
Rapport de recherche: Office fédéral des assurances sociales: Analyse des effets de la LAMal, Rapport de synthèse. N° 16/01	EDMZ * 318.010.16/01 f
Ausschuss Realzins der Eidg. Kommission für berufliche Vorsorge: Zwei Berichte zum Thema Minimalzinsvorschriften für Vorsorgeeinrichtungen. Hauptbericht: Über die Möglichkeit, bei den Minimalzinsvorschriften für Vorsorgeeinrichtungen auf Real- statt Nominalzinsen abzustellen. Ergänzender Bericht: Über den Aspekt der Lebensversicherer im Problembereich Minimalzinsvorschriften gemäss BVG. Nr. 17/01	EDMZ * 318.010.17/01 d

- | | |
|---------|---|
| * EDMZ | = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern |
| * OCFIM | = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne |
| * UCFSM | = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna |
| ** BSV | = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern |
| ** OFAS | = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne |
| ** UFAS | = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna |

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Sous-commission taux d'intérêt réel de la Commission fédéral de la prévoyance-professionnelle: Deux rapports sur le thème prescriptions de taux minimaux pour les institutions de prévoyance. Rapport principal: sur la possibilité de se fonder sur les taux d'intérêts réels et non sur les taux nominaux pour fixer les prescriptions de taux minimaux pour les institutions de prévoyance. Rapport complémentaire: sur l'aspect de la problématique de la réglementation du taux d'intérêts minimal LPP du point de vue des assureurs-vie. N° 17/01	EDMZ * 318.010.17/01 f
Forschungsbericht: Annemarie Schiffbänker, Monika Thenner, Herwig Immervoll: Familienlastenausgleich im internationalen Vergleich. Eine Literaturstudie. Nr. 1/02	EDMZ * 318.010.1/02 d

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna