

Sachdokumentation:

Signatur: DS 536

Permalink: www.sachdokumentation.ch/bestand/ds/536



Nutzungsbestimmungen

Dieses elektronische Dokument wird vom Schweizerischen Sozialarchiv zur Verfügung gestellt. Es kann in der angebotenen Form für den Eigengebrauch reproduziert und genutzt werden (private Verwendung, inkl. Lehre und Forschung). Für das Einhalten der urheberrechtlichen Bestimmungen ist der/die Nutzer/in verantwortlich. Jede Verwendung muss mit einem Quellennachweis versehen sein.

Zitierweise für graue Literatur

Elektronische Broschüren und Flugschriften (DS) aus den Dossiers der Sachdokumentation des Sozialarchivs werden gemäss den üblichen Zitierrichtlinien für wissenschaftliche Literatur wenn möglich einzeln zitiert. Es ist jedoch sinnvoll, die verwendeten thematischen Dossiers ebenfalls zu zitieren. Anzugeben sind demnach die Signatur des einzelnen Dokuments sowie das zugehörige Dossier.



2 / 2017

So wird die Spitalfinanzierung ein Vollerfolg

13.03.2017

Das Wichtigste in Kürze

Die neue Spitalfinanzierung ist ein Paradebeispiel für das Zusammenspiel von Staat und Wettbewerb. Die bisher wichtigste Reform des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) verbesserte den Leistungswettbewerb in einem stark regulierten Umfeld. Konkret verfolgte sie vier Ziele: erstens Umstellung auf eine einheitliche, leistungsbezogene Finanzierung über Fallpauschalen, zweitens Zugang zu den besten Spitälern der Schweiz, drittens Leistungswettbewerb und damit auch eine Strukturbereinigung und viertens mehr Transparenz bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität. Vieles hat sich seit der Einführung in diesen Bereichen verbessert. Zwei Problempunkte sind aber nach wie vor ungelöst und verhindern, dass die neue Spitalfinanzierung zu einem wirklichen Erfolg wird. Einerseits üben die Kantone nach wie vor eine Mehrfachrolle aus. Sie sind gleichzeitig Spitalplaner, Leistungserbringer und -finanzierer und agieren sogar als Schiedsrichter bei einem Tarifstreit. Diese schlechte Governance behindert den Leistungs- und Qualitätswettbewerb und damit auch die nötige Strukturbereinigung. Andererseits ist die Transparenz in der Finanzierung unzureichend: Sie muss insbesondere in den Bereichen der gemeinwirtschaftlichen Leistungen und der Investitionen verbessert werden. Die im internationalen Vergleich verzögerte Verlagerung der Behandlungen von stationär zu ambulant ist auf die unterschiedliche Finanzierung dieser beiden Bereiche sowie auf einen Mangel an Zusatzversicherungsprodukten für ambulante Leistungen zurückzuführen. Kurz: Das Potenzial der neuen Spitalfinanzierung wäre gross, ist aber noch lange nicht ausgeschöpft.

Kontakt und Fragen

Dr. Fridolin Marty
Leiter Gesundheitspolitik

www.dossierpolitik.ch

Position economisesuisse

- Die neue Spitalfinanzierung war ein überfälliger Schritt in die richtige Richtung. Ihr Potenzial wird heute aufgrund der schlechten Governance und der mangelnden Transparenz aber noch nicht ausgeschöpft.
- Die Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung in den Kantonen muss verbessert werden.
- Die Kantone sollen ihre Mehrfachrolle abgeben und nur als Regulator aktiv sein.
- Die Finanzierungstransparenz muss in den Bereichen Gemeinwirtschaftliche Leistungen

und Investitionen erhöht und für ambulante sowie stationäre Leistungen vereinheitlicht werden.

- Es braucht mehr Leistungswettbewerb über die Kantonsgrenzen hinweg. Die Gesundheitsdepartemente der Kantone dürfen diesen nicht behindern. Die Bevölkerung soll in allen Kantonen gleich stark vom interkantonalen Leistungswettbewerb profitieren können.

Ausgangslage

→ **Ziel der 2012 in Kraft getretenen Reform war eine leistungsgerechte und transparente Spitalfinanzierung. Die Leistungen der Spitäler sollten vergleichbar werden.**

Die neue Spitalfinanzierung ist die bisher einzige tief greifende Reform des Krankenversicherungsgesetzes (KVG). Sie wurde am 21. Dezember 2007 verabschiedet und konnte am 1. Januar 2012 wirksam werden. Der damit verbundene Paradigmenwechsel von der Objekt- zur Subjektfinanzierung war nicht unumstritten. Befürchtet wurde eine Ökonomisierung der Medizin mit «blutigen Entlassungen». Mittlerweile ist diese Kritik weitgehend verstummt, weil die Befürchtungen nicht eingetroffen sind (siehe Kapitel «Bilanz der neuen Spitalfinanzierung»). Trotzdem hat das neue Finanzierungsregime in den Spitätern kaum einen Stein auf dem anderen gelassen. Die Kliniken mussten sich organisatorisch neu aufstellen und Transparenz über die internen Abläufe sowie die Finanzierungsströme schaffen. Der Fokus richtete sich zusätzlich auf die Prozesse und die IT-Infrastruktur, welche diese Prozesse adäquater abbilden musste.

Das Ziel der Reform war eine leistungsgerechte, transparente Spitalfinanzierung. Mit den diagnosebezogenen Fallgruppen (Swiss-DRG) sind die Leistungen der Spitäler nun vergleichbar. Die Krankenhäuser müssen sich durch Qualität und ein gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis profilieren. Die Versicherten haben die Freiheit, das Spital ihrer Wahl aufzusuchen. Durch die Feedback-Schleife (Angebot-Leistungsvergleich-Nachfrage usw.) verbessern sich die Spitäler. Sie verändern allenfalls ihr Angebot oder scheiden ganz aus dem Markt aus. Das ermöglicht die nötige Strukturanpassung. Eine wichtige Voraussetzung für diesen Prozess ist auch die Qualitätstransparenz. Die Behandlungsqualität eines Spitals muss von Dritten^[1] beurteilt werden können. Dies stellt sicher, dass sich die qualitativ guten Spitäler durchsetzen und nicht jene, die auf Kosten der Qualität tiefe Preise anbieten.

→ **Die Umsetzung obliegt den Kantonen. Doch im Spitalwesen nehmen diese zahlreiche Rollen ein: Sie sind unter anderem Planer, Leistungserbringer, Finanzierer und Schiedsrichter.**

Die Kantone sind zuständig für die Spitalversorgung. Sie müssen deshalb eine kantonale Umsetzung der Spitalfinanzierung beschliessen. Diese Umsetzung sollte die nationalen Regelungen konkretisieren, ohne den Geist des Gesetzes zu verletzen. Leider ist ein solches Verständnis bisher die Ausnahme anstatt die Regel. Grund dafür ist die ordnungspolitisch problematische Mehrfachrolle der Kantone: Sie sind unter anderem gleichzeitig Spitalplaner, Leistungserbringer und -finanzierer und entscheiden darüber hinaus noch als Schiedsrichter bei einem Tarifstreit.

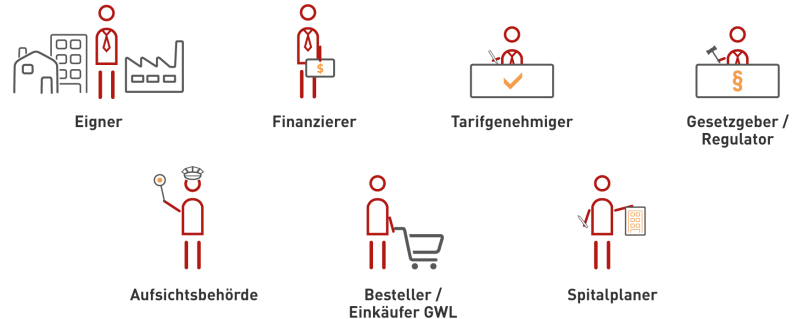
Besonders heikel etwa ist, dass sie Spitallisten erstellen, mit denen sie den Wettbewerb zwischen öffentlichen und privaten Spitätern einschränken können. Viele Kantone versuchen nämlich, die eigenen öffentlichen Spitäler auf ihre Listen zu bringen, ohne dass diese sich dem Leistungsvergleich mit den privaten Anbietern stellen müssen. Viele Kantone subventionieren zudem die öffentlichen Institutionen offen oder versteckt via gemeinwirtschaftliche Leistungen oder Investitionshilfen. Teilweise werden auch eigene Institutionen über Leistungsaufträge bevorzugt. Im Anhang haben wir das «Sündenregister» der Kantone aufgelistet. Überdies haben auch Studien aufgezeigt, dass private Spitäler im Leistungswettbewerb sehr oft kürzere Spiesse haben. Nur wenige Kantone halten sich strikt an das nationale Gesetz, das eine Gleichbehandlung vorsieht. Das muss sich so rasch wie möglich

ändern, damit der volle Nutzen der neuen Spitalfinanzierung zur Geltung kommt.

Grafik 1

→ Die Kantone müssen sich als Spitaleigner selbst beaufsichtigen, Interessenkonflikte sind programmiert.

Mehrfachrolle der Kantone



Quelle: eigene Darstellung
www.economiesuisse.ch

Der Staat soll nur minimal in den Wettbewerb eingreifen, und die Rechtfertigung seiner Interventionen ist regelmässig zu überprüfen.

Projekt «Staat und Wettbewerb»

Wettbewerb und freiheitliche Rahmenbedingungen bilden die Grundlage für erfolgreiches Unternehmertum, Innovation und dauerhaften Wohlstand. Trotzdem sind sie in der Defensive, weil staatliche Einflussnahme und Steuerung der Wirtschaft für Politiker einfach zu rechtfertigen sind. economiesuisse publizierte im Dezember 2014 das dossierpolitik «Staat und Wettbewerb: Raum für Privatinitiative schaffen». Darin wird ein Kompass skizziert, wonach sich eine erfolgreiche Wirtschaftspolitik richten sollte: Kernelemente sind:

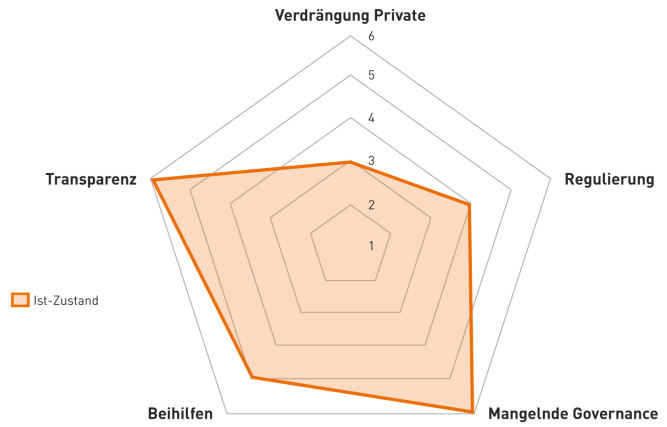
- Subsidiarität: Der Staat soll nur ergänzend zu Privaten wirtschaftlich aktiv werden.
- Primat des Wettbewerbs: Damit der Markt möglichst frei spielen kann, müssen den Wettbewerb verzerrende Staatsinterventionen minimal bleiben.
- Korrektur bei groben Marktversagen: Staatsinterventionen können begründet sein, müssen aber periodisch auf ihre Rechtfertigung hin überprüft werden.
- Transparenz und Governance: Um Fehlallokationen und Misswirtschaft zu verhindern, müssen staatliche Aktivitäten transparent und Mehrfachrollen des Staates institutionell getrennt sein.
- Privatinitiative: Um den Handlungsspielraum der Privaten zu erweitern, muss der staatliche Fussabdruck gesenkt werden.

Anhand dieser Kriterien untersucht das vorliegende Dossier den Spitalsektor. Dieser ist ganz besonders von staatlichen Eingriffen betroffen, denn neben dem nationalen Krankenversicherungsgesetz existiert in jedem Kanton ein separates Spitalgesetz.

Grafik 2

→ **Transparenz und Governance als grösste Baustellen**

Problemfelder Umsetzung neue Spitalfinanzierung



Quelle: eigene Darstellung
www.economiesuisse.ch

Bilanz der neuen Spitalfinanzierung

Von der Einführung von Fallpauschalen (DRG) erhoffte man sich eine Dämpfung der Kosten.

Vor drei Jahren hat das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) den Einfluss der neuen Spitalfinanzierung auf die Qualität der stationären Leistungen ^[2] abgeschätzt und die finanziellen Auswirkungen ^[3] untersucht. Unter medizinischen Aspekten stand dabei die Behandlungsqualität im Zentrum. Kritiker befürchteten durch die Fallpauschalen negative Auswirkungen. In finanzieller Hinsicht erhoffte man sich durch das neue Regime eine Dämpfung der Kosten.

Befürchtungen, dass DRG zu «blutigen Entlassungen» und vermehrten Rehospitalisierungen führen würden, haben sich nicht bestätigt.

Medizinischer Bereich

Bei der Qualität der medizinischen Leistungen wurden Indikatoren in drei Bereichen geprüft:

- Patientenebene (Aufenthaltsdauer, Rehospitalisation, Mortalitätsraten)
- Personalebene (z.B. Anteil Ärzte und Pflegepersonal pro Bett)
- Schnittstelle (vor allem Nachsorge)

Die Ergebnisse auf Patientenebene zeigen keine Verkürzung der Aufenthaltsdauer und keine vermehrten Rehospitalisierungen im Zusammenhang mit der neuen Spitalfinanzierung ^[4]. Die Mortalitätsraten in den Spitälern nehmen seit 2008 ab, aber auch hier ist kein Zusammenhang mit der Spitalfinanzierung festzustellen. Der Datenvergleich auf Personalebene zeigt ebenfalls unveränderte Werte. So ist die Entwicklung der Vollzeitäquivalentstellen stabil, wie auch das Verhältnis zwischen Ärzteschaft und Pflege. Dies gilt ebenso für das Verhältnis zwischen Pflegepersonal mit tertiärer Ausbildung und solchem mit einer Ausbildung auf Sekundarstufe II.

Die Qualitätsindikatoren auf Ebene Schnittstelle sind schwieriger zu interpretieren. Während die mittlere Aufenthaltsdauer in den akutsomatischen Institutionen von 2008 bis 2013 um einen Tag sank, stieg in der Rehabilitation die durchschnittliche Aufenthaltsdauer um fünf auf 16 Tage. Dies könnte einem Verlagerungseffekt entsprechen. Auch die Überweisungen in die Rehabilitation nahmen im gleichen Zeitraum von drei auf vier Prozent zu. Anhand dieser Auswertung konnte allerdings nicht festgestellt werden, ob dieser Effekt – wie übrigens auch die stark steigenden ambulanten Spitalleistungen – auf die neue Spitalfinanzierung oder auf veränderte Patienteneigenschaften zurückzuführen sind. Hier bräuchte es vertiefte Analysen.

Insgesamt hat die neue Spitalfinanzierung die Behandlungsqualität nicht verändert.

Die Analysen der Indikatoren auf Patienten- und Personalebene zeigen eine unveränderte Qualität der Spitalversorgung. Die grössten Veränderungen sind in der Nachsorge zu verzeichnen, wo insbesondere die Spitex eine starke Zunahme aufweist. Ob eine Verlagerungstendenz von der Akutsomatik in die Rehabilitation nachweisbar ist, muss weiter analysiert werden. Die kürzere Aufenthaltsdauer in der Akutsomatik, gekoppelt mit der längeren Aufenthaltsdauer in der Rehabilitation, lassen eine solche Vermutung zu ^[5]. Insgesamt kann festgehalten werden, dass sich kein Einfluss der neuen Spitalfinanzierung auf die Qualitätsindikatoren nachweisen lässt.

Ob dank der Reform das Kostenwachstum im stationären Bereich mittelfristig eingedämmt werden kann, lässt sich erst in einigen Jahren feststellen.

Finanzielle Aspekte der neuen Spitalfinanzierung

Ein wichtiges Ziel der neuen Spitalfinanzierung ist die Eindämmung des Kostenwachstums im stationären Spitalbereich. Die vom Gesetzgeber gewollte Leistungsfinanzierung hat die vormalige Objektsubventionierung zunehmend abgelöst. Das Bild bezüglich der gesamten Finanzierung der Spitäler (das heisst inklusive gemeinwirtschaftlicher und ambulanter Leistungen) ist jedoch nach wie vor diffus. Grund dafür sind einerseits fehlende Daten oder die unzureichende Datenqualität.

Die Ausgaben und Einnahmen der Spitäler für die fallbezogenen stationären Leistungen sind im Jahr 2013 weiter gestiegen. Seither hat sich das Wachstum abgeschwächt, weil die kantonalen Beiträge gestiegen sind. Entsprechend sind die Kosten für die Kantone angewachsen. Ob mit der Revision der Spitalfinanzierung das Kostenwachstum im stationären Spitalbereich eingedämmt werden kann, lässt sich erst mittelfristig feststellen, wenn längere Datenreihen vorliegen und einmalige Auswirkungen von strukturellen Effekten getrennt werden können. Es ist davon auszugehen, dass mit der Zeit eine Stabilisierung einsetzen wird. Einige Leistungserbringer werden verschwinden, und diese Konsolidierung wird einen positiven Effekt auf die Kosten haben.

Immerhin ist seit der neuen Finanzierung die sogenannte Baserate gesunken: Im Jahr 2012 betrug sie durchschnittlich 10'230 Franken und hat seither mit einem jährlichen Trend von -0,8 Prozent auf 9911 Franken im Jahr 2015 abgenommen^[6]. Die Vergütung eines Behandlungsfalles erfolgt aufgrund der Multiplikation von Kostengewicht und Basisfallwert (Baserate). Das Kostengewicht widerspiegelt den ökonomischen Schweregrad eines Falles. Die Baserate ist somit jener Betrag, der für einen Behandlungsfall mit einem Kostengewicht von 1,0 festgelegt wird. Sie wird von den Tarifpartnern ausgehandelt.

→ Während die Preise (Baserate) seit 2012 leicht gesunken sind, haben die Fallmengen weiter zugenommen.

Vorläufiges Fazit

Für eine aussagekräftige Analyse ist die neue Spitalfinanzierung noch nicht genügend lang in Kraft. Die Qualitätsindikatoren haben sich in dieser Zeit nicht massgeblich verändert. In Bezug auf die Finanzierung sind die Preise (Baserate) gesunken, aber – wie in anderen Bereichen auch – die Mengen weiter gestiegen. Die Verlagerung hin zur Rehabilitation kann als positive Strukturbereinigung gesehen werden, da die Kosten in der Rehabilitation tiefer sind als im Spital.

Studien INFRAS und Felder: Gemeinwirtschaftliche Leistungen und andere Subventionen

→ Aktuelle Studien beleuchten die Problematik der intransparenten Finanzierung und der schlechten Governance.

→ Die Kantone setzen die neue Spitalfinanzierung nach eigenem Gusto um. Die nötige Strukturbereinigung wird vielerorts ausgebremst.

→ Intransparenz herrscht vor allem bezüglich der Gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) und der Investitionsbeiträge.

→ Eine versteckte Subventionierung ergibt sich durch den Einfluss, den die Kantone als Spitalbetreiber auf die Bestimmung der Baserate nehmen können.

Zwei kürzlich erschienene Studien illustrieren die Problematik von finanzieller Intransparenz und schlechter Governance in der Spitalfinanzierung eindrücklich. Das Forschungs- und Beratungsinstitut INFRAS analysierte die Definitionen sowie die Datenlage im Bereich Gemeinwirtschaftlicher Leistungen (GWL) und Investitionen. Stefan Felder, Professor für Gesundheitsökonomie an der Universität Basel, versuchte diese zwei wichtigsten Parameter zu schätzen und konnte auf dieser Basis die Subventionen der Kantone zuhanden der Spitäler beleuchten. Die beiden Studien ergeben folgendes Gesamtbild:

a) Umsetzung der Spitalfinanzierung auf Kantonsebene

Die Probleme der neuen Spitalfinanzierung liegen bei deren Umsetzung auf Kantonsebene, denn die Kantone sind in der Schweiz für die Gesundheitsversorgung zuständig. Sie müssen einerseits die Tarife, die dem KVG unterstehen, genehmigen und finanzieren andererseits 55 Prozent der Kosten stationärer Behandlungen. Darüber hinaus sind sie an den Spitälern beteiligt und wissen um deren Bedeutung als wichtige Arbeitgeber, insbesondere abseits der grösseren Städte. Diese Mehrfachrolle der Kantone ist problematisch, denn sie sorgt für Interessenkonflikte. Die Kantone setzen nämlich die Spitalfinanzierung nach eigenem Gusto um. Der Spielraum im Bundesgesetz ist allzu gross und das Repertoire für Bremsmanöver entsprechend vielfältig, wie mehrere andere Publikationen^[7] in letzter Zeit gezeigt haben. So ist es wenig erstaunlich, dass manche Kantone die Strukturbereinigung mit allen Mitteln bremsen wollen. Es ist ihnen wichtiger, ihre eigenen Spitäler zu retten, als eine qualitativ hochstehende und kostengünstige Spitalversorgung zu ermöglichen.

b) Kantonaler Giftschrank gegen die Strukturbereinigung

b) Kantonaler Giftschrank gegen die Strukturbereinigung INFRAS hat im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) eine Machbarkeitsstudie erstellt, um die Spitalfinanzierung zu evaluieren. Darin wird die Relevanz der Gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) und Investitionen betont. Deshalb wollten die Autoren prüfen, welche Datengrundlagen genutzt werden können, um diese Entwicklungen in den Spitälern zu erfassen. Das Resultat ist ernüchternd: Unter den involvierten Akteuren besteht keine einheitliche Definition der GWL und keine klare Abgrenzung zwischen Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung und den GWL. Gesetz und Verordnung lassen offen, was die Kantone als Gemeinwirtschaftliche Leistungen abgelten können. Folglich gibt es grosse Differenzen bei der Abgeltung, und die Kantone weisen auch sehr unterschiedliche Gesamtbeträge aus. Bei den Investitionen sieht es gemäss INFRAS^[8] etwas besser aus. Aber auch hier ist die Situation von Kanton zu Kanton sehr unterschiedlich: In den meisten Kantonen sind die Investitionen der Spitäler gestiegen – in einigen sogar erheblich –, in wenigen anderen hingegen gesunken.

Die zwei grossen Manövriermassen bei der Subventionierung der Spitäler sind also

die GWL und die Investitionsbeiträge. Ein jüngst veröffentlichtes Papier der Universität Basel über die Umsetzung der Spitalfinanzierung in den einzelnen Kantonen versucht diese zu schätzen. Das von den Privatkliniken Schweiz (PKS) in Auftrag gegebene Gutachten zeigt ebenfalls grosse kantonale Unterschiede auf und bringt etwas Licht in den Dschungel der Subventionen zuhanden der eigenen Institutionen. Es analysiert die unterschiedlichen Finanzierungen von Spitälern je nach Trägerschaft (vgl. Kasten unten). Zu diesem Zweck wurden mehrere offizielle Statistiken herangezogen und ausgewertet. Dazu gehören unter anderem die Kennzahlen der Schweizer Spitäler, die medizinische Statistik der Krankenhäuser und die Baserates der Spitäler, die auf den offiziellen Internetseiten der Kantone publiziert werden. Die Daten beziehen sich meistens auf das Jahr 2013. Und es zeigt sich: Prämien- und Steuerzahlende werden unnötigerweise zur Kasse gebeten. 2013 flossen insgesamt 3,4 Milliarden Franken an Quersubventionen. Davon wurden jedoch lediglich 2,6 Milliarden Franken als Gemeinwirtschaftliche Leistungen durch die Kantone ausgewiesen. Rund 800 Millionen Franken flossen hingegen auf intransparenten Wegen.

Eine solche interne Subventionierung ist zwar nach Krankenversicherungsgesetz ausgeschlossen, sie kann aber dennoch in Form von überhöhten Baserates in der Praxis vorkommen. Ermöglicht wird sie dadurch, dass die Kantone selbst Betreiber von Spitälern sind und somit direkten Einfluss auf die Bestimmung der Baserate haben. Bei subventionierten Spitälern kann sich ein indirekter Einfluss der Kantone auf die Baserate ergeben. Es ist daher nicht überraschend, dass die GWL durch die Kantone sehr einseitig an die öffentlichen Leistungsanbieter vergeben werden. Schweizweit gingen 2013 nur gerade 3,12 Prozent an die Privatkliniken. Nimmt man die Beiträge der öffentlichen Hand (ohne Beiträge an die Fallpauschalen) dazu, machen beide zusammen bei den öffentlichen Spitälern 18 Prozent der Gesamterträge aus, bei den subventionierten fünf Prozent und bei den privaten Kliniken lediglich zwei Prozent^[9].

→ Während alle öffentlichen und viele subventionierte Spitäler steuerbefreit sind, werden private Kliniken wie andere Unternehmen auch zur Kasse gebeten.

Drei Arten von Spitälern

Private Kliniken: Institutionen, die privatrechtlich organisiert und zu einem überwiegenden Anteil in privater Hand sind. 2013 zählten von den insgesamt 195 Akutspitälern und Geburtshäusern in der Schweiz deren 109 oder 56 Prozent zu dieser Kategorie. Diese Spitäler zahlen analog anderer Unternehmen Steuern auf ihren allfälligen Gewinn.

Öffentliche Spitäler sind nach der neuen Definition des Bundesamts für Statistik Staatsbetriebe. Sie sind in staatlichem Eigentum und werden auch von einer staatlichen Stelle betrieben. Dazu gehören beispielsweise das CHUV in Lausanne und die HUG in Genf. 2013 gab es in der Schweiz 37 öffentliche Spitäler. Öffentliche Spitäler bezahlen keine Steuern.

Übrig bleiben 49 Spitalseinheiten, die mehrheitlich in öffentlicher Trägerschaft sowie häufig als Aktiengesellschaften verfasst sind, wobei der öffentliche Anteil mehr als 50 Prozent des Eigenkapitals beträgt. Beispiele für diese Spitalkategorie sind die Solothurner Spitäler AG und das Inselspital Bern. Wir bezeichnen die 49 Institutionen dieses Typs als **subventionierte Spitäler**. Auch viele dieser

→ Im kantonalen Beitrag an die Fallpauschalen sind zehn Prozent Investitionskosten enthalten – trotzdem liegt die Investitionsquote öffentlicher Spitäler deutlich tiefer. Versteckte Subventionen ergeben sich auch durch die Vermietung von kantonalen Immobilien zu sehr tiefen Preisen.

Aktiengesellschaften sind steuerbefreit.

Auf der Kostenseite fällt der deutlich niedrigere Anteil der Investitionen bei den kantonseigenen Spitälern auf. Während bei den Privaten die Investitionsquote 13,4 Prozent beträgt, liegt sie bei den öffentlichen und subventionierten Spitälern lediglich bei 7,6 bzw. 6,8 Prozent. Investitionskosten von unter zehn Prozent zeugen von verdeckten Subventionen. Denn im kantonalen Beitrag zu den Fallpauschalen (Anteil 55 Prozent) sind zehn Prozent Investitionskosten einberechnet. Die offene oder verdeckte Finanzierung der Investitionskosten von öffentlichen und subventionierten Spitälern erfolgt über die kantonalen Finanzhaushalte. Bei öffentlichen Spitälern geschieht dies über die Vermietung von Immobilien, Mobilien und Anlagen unterhalb marktüblicher Konditionen. Auch bei subventionierten Spitälern ist dies möglich, etwa wenn diese sich in Immobilien einmieten, die dem Kanton gehören. Schliesslich spricht man von verdeckter Subventionierung, wenn die Kantone Darlehen an Spitäler zu grosszügigen Konditionen vergeben. Felder (2016) geht daher davon aus, dass Spitäler offen oder verdeckt subventioniert werden, wenn sie eine Investitionsquote unter der gesetzlichen 10-Prozent-Marke aufweisen. Diesen Wert hat der Bundesrat bei der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung für die ersten Jahre beschlossen. Seither sind die Investitionen in der Abgeltung mit den Fallpauschalen enthalten.

Summiert man die drei Arten von Subventionen, so ergibt sich ein recht unterschiedliches Bild in den Kantonen. Pro Einwohner wird in Appenzell Ausserrhoden und im Thurgau am wenigsten, nämlich unter 100 Franken subventioniert. Am anderen Ende der Skala sind die lateinischen Kantone und Basel-Stadt: Hier subventioniert die öffentliche Hand zwischen 676 (TI) und 2099 Franken (GE) pro Einwohner (siehe Grafik 3). Pro Fall entspricht dies in Genf einer sagenhaften Subvention von 14'896 Franken.

→ Die Praktiken der Kantone sind oft illegal, verzerren den Wettbewerb und verhindern den Strukturwandel.

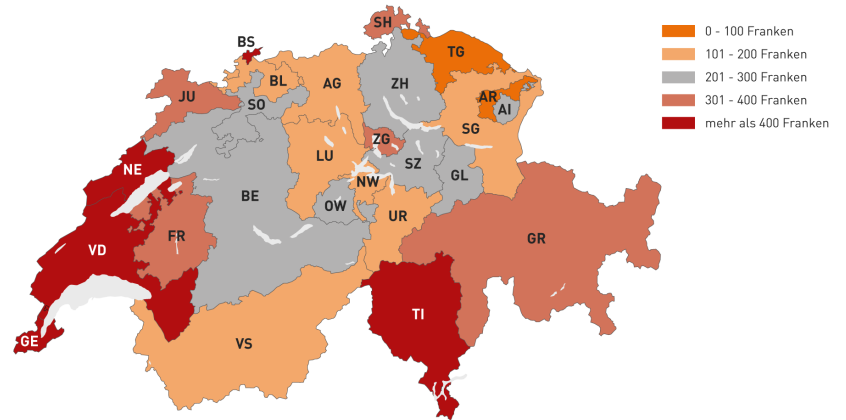
Das Ziel ist immer das gleiche: Profitable Spitäler sollen geschwächt werden, um unrentable staatliche Betriebe zu erhalten. Werden aber unrentable staatliche Betriebe am Leben erhalten, können private Betriebe ihre Stärken nicht ausspielen. Die Praktiken der Kantone sind oft illegal oder widersprechen zumindest dem Geiste des Gesetzes, wie ein Gutachten von Prof. Bernhard Rütsche^[10] zeigt. Gemäss dem Ordinarius für Öffentliches Recht an der Universität Luzern sind die Kantone aufgrund der Verfassung zu einer wettbewerbsneutralen Spitalplanung verpflichtet und müssen öffentliche und private Spitäler gleich behandeln. Eine solche Gleichbehandlung ist deshalb so entscheidend, weil nur dann der Leistungswettbewerb auch zu effizienten Ergebnissen führt. Quersubventionen hingegen verzerren den Wettbewerb, führen zu Fehlallokationen und behindern den Wandel hin zu besserer Ergebnisqualität bei gleichbleibenden Kosten.

Grafik 3

→ Während Appenzell Ausserrhoden sein Spitalwesen nur mit 69 Franken pro Person und Jahr subventioniert, sind es in Genf 2099 Franken.

Versteckte Subventionen

▶ Akutpflege: Subventionen pro Einwohner (2013)



Quelle: Felder, Stefan (2016): Tarif- und Finanzierungsunterschiede zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken. Gutachten im Auftrag der Privatkliniken Schweiz www.economiesuisse.ch

→ Eine Untersuchung der kantonalen Regulierungen im Spitalbereich zeigt deutlich auf, dass damit oft regionalpolitische Ziele verfolgt werden.

Comparis-Studie vergleicht kantonale Regulierungen

Auch Comparis wollte die Regulierungen genauer unter die Lupe nehmen und hat die Beratungsfirma Polynomics beauftragt, die jeweiligen, kantonalen Umsetzungen zu untersuchen und zu vergleichen^[11]. Ihre Analyse bezieht sich ausschliesslich auf den Bereich der Grundversicherung. Allfällige schädliche Regulierungen im Zusatzversicherungsbereich wurden ausgeklammert. Die Spitäler müssen über unternehmerische Freiheiten verfügen, damit der Leistungswettbewerb funktioniert. Weil die Kantone aufgrund ihrer Mehrfachrolle als Spitalplaner, Leistungseinkäufer, Tarifgenehmiger und Spitalbetreiber immer noch grossen Einfluss auf die Spitalversorgung nehmen können, untersuchte die Studie die regulatorischen Bedingungen in den Kantonen. Gelten in der Schweiz für alle Institutionen ungeachtet ihres Standorts und ihrer Trägerschaft die gleichen regulatorischen Voraussetzungen? Kantonale Regulierungsbehörden, die vor allem regionalpolitische Ziele oder die kurzfristige Sicherung von Arbeitsplätzen verfolgen und deswegen in den Spitalwettbewerb eingreifen, müssen mit einer ineffizienten und überbeuerten Spitalversorgung rechnen. Ein Teil der kantonalen Unterschiede bei den Spitalausgaben könnte daher auf die Qualität der kantonalen Regulierung zurückzuführen sein. Anhand von 40 Einzelindikatoren wurde die Regulierungsintensität in den kantonalen Einflussbereichen Hoheitsfunktion, Finanzierung und Eigentum ermittelt. Für den Vergleich zwischen den Kantonen haben die Autoren diese Einzelregulierungen im Hinblick auf ihre Wettbewerbsfreundlichkeit beurteilt und zu einem Regulierungsindex zusammengefasst.

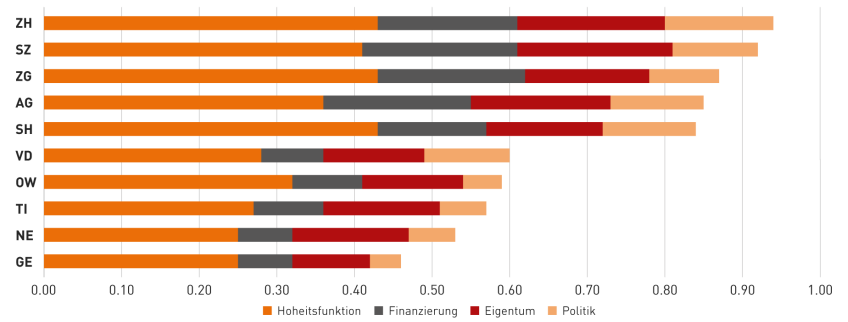
Am wettbewerbsfreundlichsten ist die Spitalregulierung in den Kantonen Schwyz und Zürich. Während Schwyz keine eigenen Spitäler mehr besitzt, keine gemeinwirtschaftlichen Leistungen ausrichtet und auch sonst nicht in den Wettbewerb eingreift, zeichnet sich der Kanton Zürich mit seiner konsequenten und bundesgesetzkonformen Umsetzung der Spitalfinanzierung aus. Am andern Ende des Spektrums fallen die Kantone St. Gallen, Genf und Appenzell Innerrhoden auf. Sie verfolgen stärker regionalpolitische Ziele und stellen die Förderung einer wettbewerbsorientierten und kostengünstigen Spitalversorgung nicht in den Vordergrund.

Grafik 4

→ Das Comparis-Rating beurteilt die kantonale Regulierung anhand von 40 Indikatoren.

Kantonsranking Umsetzung der Spitalfinanzierung

▶ Top 5 und Flop 5 des Comparis-Ratings



Quelle: Widmer, Philippe / Telsler, Harry (2016): Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik. Studie von Polynomics im Auftrag von Comparis www.economiesuisse.ch

Fehlendes Puzzlestück: Einheitliche Finanzierung

→ Die Kantone beteiligen sich nur an der Finanzierung stationärer Leistungen – entsprechend gross ist ihr Anreiz, dass Behandlungen ambulant durchgeführt werden.

→ Eine einheitliche Finanzierung beider Bereiche wäre unbürokratischer und würde Fehlanreize beseitigen.

→ Bisherige Anläufe zur Einführung einer einheitlichen Finanzierung sind gescheitert. Ein Knackpunkt ist vor allem der Einfluss der Kantone auf die Leistungen.

→ Die einheitliche Finanzierung müsste für Kantone und Krankenversicherer aufwandsneutral ausgestaltet werden.

Die Reform der Spitalfinanzierung ist erst dann komplett, wenn die Leistungen der Spitäler in Zukunft einheitlich finanziert^[12] werden. Heute ist dies leider nicht der Fall. Ein Spital erbringt sowohl stationäre als auch ambulante Leistungen – diese werden aber ungleich finanziert. Heute geht eine Behandlung in einem Spitalambulatorium vollumfänglich zulasten der Krankenversicherer. Wird die gleiche Behandlung dagegen stationär im Spital durchgeführt, so muss der Kanton gut die Hälfte der Kosten übernehmen. Diese Regelung schafft Fehlanreize. Will man das verhindern, so ist eine einheitliche Finanzierung dieser beiden Bereiche zwingend nötig^[13]. Spitäler können nämlich die Patienten bei gewissen Eingriffen sowohl stationär als auch ambulant behandeln. Wenn nun dieser Entscheid durch die Art der Finanzierung beeinflusst wird, riskiert man medizinisch falsche Zuteilungen. Die Kantone oder die Krankenversicherer könnten durch ihre unterschiedliche Kostenbeteiligung gewillt sein, ambulante bzw. stationäre Behandlungen zu bevorzugen.

Ein weiterer grosser Nachteil der dualen Finanzierung ist die erhöhte Bürokratie. Heute muss ein Spital für die gleiche Leistung zwei Rechnungen schreiben, die dann auch von zwei Stellen geprüft wird. Mit der einheitlichen Finanzierung genügt eine Rechnung, die von einer Instanz geprüft wird. Die heutige, duale Finanzierung belastet auch die Prämien unnötig stark. Nicht nur durch die Fehlanreize, sondern auch durch den medizinischen Fortschritt, der zu mehr ambulanten Eingriffen führt. Das ist zwar volkswirtschaftlich erwünscht, aber es belastet die Prämien überdurchschnittlich. Denn im geltenden System kommt diese verlagerungsbedingte, finanzielle Umverteilung vollständig den Kantonen zugute. Die Krankenversicherer werden dadurch mehrbelastet, was zu Prämiensteigerungen führt.

Kein Wunder ist die einheitliche Finanzierung seit Langem auf der politischen Agenda. Bereits im Jahr 2000 hat die Ständeratskommission in ihrer ersten Lesung zur Teilrevision Spitalfinanzierung beantragt, dass der Bundesrat innert fünf Jahren eine Revisionsvorlage für eine monistische Finanzierung der Spitalleistungen unterbreiten soll. Diese Teilrevision ist bekanntlich gescheitert. Selbst eine Motion der ständerätlichen Kommission für Gesundheit und soziale Sicherheit brachte wenig. Der Bundesrat wurde zwar beauftragt, dem Parlament eine Vorlage für eine einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen vorzulegen. Dies ist aber bis heute nicht geschehen. Ein Knackpunkt einer einheitlichen Finanzierung sind die Kantone. Sie möchten ihre direkte Finanzierung nicht abgeben, denn sie befürchten weniger Einfluss und weniger Kontrolle über die Spitalleistungen. Tatsächlich ist die Aufgabenteilung im künftigen System noch offen. Die Wirtschaft befürchtet, dass einerseits die Krankenversicherer viel mehr Einfluss auf die Leistungserbringung bekommen werden und andererseits die Kantone ihre heutige Steuerungsfunktion behalten würden. Diese doppelte Einflussnahme würde das System übersteuern und es würde ineffizient.

Eine zweite, allerdings leichtere Hürde ist die effektive Ausgestaltung einer

einheitlichen Finanzierung. Im Vordergrund steht ein Vorgehen in drei Schritten:

1. Der Kanton finanziert künftig einen zu definierenden Anteil an den gesamten Leistungskosten anstelle der heutigen (mindestens) 55 Prozent der stationären Behandlungskosten.
2. Der Kanton speist den entsprechenden Betrag ins Krankenversicherungssystem ein.
3. Die Kantongelder werden den Versicherten in den entsprechenden Kantonen zugeschrieben. Dies kann beispielsweise über die gemeinsame Einrichtung KVG erfolgen.

Für den Kanton und für die Versicherungen wäre diese Lösung aufwandsneutral. Konkret wird die Verteilung der Gelder so ausgestaltet, dass jeder Steuerfranken im jeweiligen Kanton verbleibt und zur Deckung von Krankenversicherungsleistungen eingesetzt wird. Darüber hinaus entfällt die administrativ völlig unnötige doppelte Rechnungsstellung und -prüfung. Auch der Kanton profitiert von weniger Verwaltungsaufwand und kann darüber hinaus, dank der besseren Anreize, von einer effizienteren Leistungserbringung seines Gesundheitswesens profitieren.

→ **Die Bundesgesetzgebung zur Spitalfinanzierung lässt den Kantonen zu viel Spielraum, die Umsetzung ist deshalb alles andere als einheitlich. Für einen funktionierenden Wettbewerb über die Kantonsgrenzen hinweg braucht es jedoch einheitliche Spielregeln.**

Fazit

Die Spitalfinanzierung ist zwar ein Erfolg, ihr grosses Potenzial ist jedoch nicht ausgeschöpft. Es fehlt eine einheitliche Finanzierung, und die Finanzierungstransparenz ist ungenügend. Der vom Krankenversicherungsgesetz postulierte, regulierte Leistungswettbewerb zwischen den Spitälern ist gefährdet. Der Grund dafür ist, dass das Bundesgesetz zur Spitalfinanzierung den Kantonen zu viel Spielraum lässt. Die Umsetzung ist alles andere als einheitlich. Oft versuchen die Kantone, ihre Institutionen zu schützen, indem sie Subventionen und Investitionshilfen sprechen. Problematisch ist vor allem ihre Mehrfachrolle, die eine saubere Governance des Gesetzes verhindert. Die Rollen müssen dringend entflochten werden, indem die Kantone einige ihrer Kompetenzen abgeben. Darüber hinaus muss der «Kantönligeist» im Zaum gehalten werden: Für einen funktionierenden, interkantonalen Leistungswettbewerb braucht es einheitliche Spielregeln. Nur so existieren gleich lange Spiesse zwischen den öffentlichen, halböffentlichen und privaten Spitälern in allen Kantonen. Und nur mit einer sauberen Governance und dem konsequenten Verzicht auf versteckte Subventionen wird die Spitalfinanzierung ein Vollerfolg.

Anhang: Sündenregister der Kantone bei der Spitalfinanzierung

Leistungsbegrenzungen nur für Privatspitäler

Um was geht es?

Die Kantone Genf und Waadt begrenzen die freie Spitalwahl durch Mengenbeschränkungen bei Leistungsaufträgen an Privatspitäler. Sind die Kontingente ausgeschöpft, zahlt der Kanton seinen Anteil nicht mehr. Der Patient hat nur noch die Möglichkeit, ins öffentliche Spital zu gehen.

Problematik

Der vom Gesetzgeber gewollte Qualitätswettbewerb wird unterbunden. Die freie Spitalwahl für die Patienten wird beschnitten und die öffentlichen Spitäler werden durch den Kanton unzulässig bevorteilt. Die gesetzliche Aufnahmepflicht der Privatspitäler wird vom Kanton ausgehebelt.

Lösung

Die Kantone sind verpflichtet, öffentliche und private Spitäler bei der Zuteilung von Budgets und Leistungsmengen gleich zu behandeln.

Widerrechtliche Leistungsbeschränkungen für ausserkantonale Patienten

Um was geht es?

Der Kanton Genf beschränkt die jährliche Zahl der Behandlungsfälle, die ausserkantonale in privaten Spitälern vergütet werden. Viele Waadtländer lassen sich in Genfer Privatspitälern behandeln. Trotz schweizweit geltender freier Spitalwahl vergütet der Kanton Waadt seinen Einwohnern den Kostenanteil nur so lange, bis der Genfer Plafonds erreicht ist. Das Bundesgericht hat den Nichtvergütungsentscheid des Kantons Waadt inzwischen kassiert (das heisst zur Neuurteilung zurückgewiesen).

Problematik

Die freie Spitalwahl wird torpediert. Patienten, die zu spät im Jahr (wenn die Kontingente in Genf ausgeschöpft sind) von ihrem Recht auf die freie Wahl ihrer Klinik Gebrauch machen wollen, erhalten keinen üblichen Kantonsbeitrag an Spitalaufenthalte. Sie werden ungleich behandelt und müssen notgedrungen ein Spital im eigenen Kanton suchen.

Lösung

Die Patienten müssen frei entscheiden können, wo sie sich behandeln lassen. Kantone dürfen ausserkantonale Behandlungen nicht beschränken. Die freie Spitalwahl müssen sie gewährleisten. Die Wirtschaft begrüsst deshalb den Entscheid des Bundesgerichts.

Schlechte Governance im Entscheidungsgremium für die Listen der Hochspezialisierten Medizin (HSM)

Um was geht es?

Das HSM-Beschlussorgan – bestehend aus zehn Gesundheitsdirektoren und -direktorinnen – bestimmt die zu konzentrierenden Bereiche der hochspezialisierten Medizin. Sie trifft rechtsverbindliche Planungs- und Zuteilungsentscheide auf die einzelnen öffentlichen oder privaten Spitäler.

Problematik

Die zehn Gesundheitsdirektoren und -direktorinnen vertreten die Kantone auch als Eigentümer öffentlicher Spitäler. Interessenkonflikte sind offensichtlich, wenn sie bestimmen, in welchen Spitälern HSM-Leistungen konzentriert werden.

Lösung

Die Interessenkonflikte müssen entflochten werden. Entweder entscheidet ein unabhängiges Gremium, oder das Entscheidungsgremium wird paritätisch zusammengesetzt.

Grossgeräte-Regulierung

Um was geht es?

Problematik

Lösung

In praktisch allen Kantonen der lateinischen Schweiz müssen medizinische Geräte ab einer gewissen Investitionssumme vor dem Kauf durch den Kanton genehmigt werden. Dies betrifft alle Spitäler unabhängig der Trägerschaft.

Da die Genehmigung vom Kanton erteilt wird, besteht auch hier ein Governance-Problem und eine potenzielle Benachteiligung privater Institutionen. Darüber hinaus kann ein effizienter Anbieter nur mit kantonaler Bewilligung seine Kapazitäten ausbauen oder seine Geräte modernisieren. Dies behindert den Qualitäts- und Leistungswettbewerb stark.

Verzicht auf die Regulierung, weil sie innovative Kliniken bremst und zu Bürokratisierung und dem sogenannten Ratchet-Effekt (Von einem Ratchet-Effekt spricht man, wenn ein Akteur durch eine Regulierung eingeschränkten Spielraum hat. Das führt dazu, dass er seine Handlungen im Voraus darauf abstimmt. Damit verschafft er sich in Zukunft einen Vorteil gegenüber seinen Wettbewerbern. Wie bei einer Ratsche kann niemand mehr zurück.) führt. Bestehende Akteure haben einen Anreiz, vor Einführung der Regulierung unnötig viele Grossgeräte anzuschaffen, damit sie nachher einen Wettbewerbsvorteil haben.

Verbotsliste von stationären Leistungen

Um was geht es?

Die Kantone Zürich und Luzern erstellen Listen mit Eingriffen, die nur noch bei ambulanter Durchführung vergütet werden.

Problematik

Die Kantone haben keine Kompetenz zur Definition von Wirtschaftlichkeitskriterien und damit zum ambulanten Zwang. (Urs Saxer, 2017: Memorandum der Rechtsanwälte Steinbrüchel Hüsey im Auftrag von Privatkliniken Schweiz, PKS) Zudem stellen sich ethische und haftungsrechtliche Fragen, wenn politische Kriterien wichtiger werden als die ärztliche Therapiezuweisung.

Lösung

Verzicht auf die zusätzliche Regulierung und Forcierung der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen.

Globalbudgets

Um was geht es?

Die Kantone Genf und Waadt haben Globalbudgets nur für private Anbieter eingeführt.

Problematik

Globalbudgets sind gemäss KVG nur dann zulässig, wenn sie alle Leistungserbringer betreffen.

Lösung

Gleichbehandlung aller stationären Anbieter, Verzicht auf Globalbudgets für spezifische Leistungserbringer.

Steuer für Spitäler auf zusatzversicherte Patienten

Um was geht es?

Mit einer gegen einzelne Privatkliniken gerichteten Strafsteuer auf den Erträgen aus der Behandlung von Zusatzversicherten will die Zürcher Kantonsregierung die Mehreinnahmen sichern, statt zu sparen.

Problematik

Die Kantone haben keine Kompetenz zur Erhebung von Umsatzsteuern. Zudem verletzt die extrem progressiv ausgestaltete, neue Steuer das Gebot der Gleichbehandlung. Wahre Absicht dürfte das Umleiten von Zusatzversicherten von privaten in öffentliche Spitäler sein.

Lösung

Verzicht auf diese willkürliche, diskriminierende Steuer.

Quoten für Höchstanteil zusatzversicherter Patienten

Um was geht es?

Vielorts bestehen Pläne, den Anteil zusatzversicherter Patienten für eine einzelne Klinik zu begrenzen. Nach Ausschöpfung dieser Quote würde der Kanton seinen gesetzlichen Finanzierungsanteil an diese Patienten nicht mehr leisten.

Problematik

Die Kantone bewegen sich mit einer Regulierung zusatzversicherter Leistungen nicht nur ausserhalb ihrer Planungskompetenzen gemäss KVG, sondern setzen sich darüber hinaus in Widerspruch zur bundesrechtlichen Aufnahmepflicht. Auch zusatzversicherte Patienten würden diskriminiert gegenüber rein OKP-Versicherten.

Lösung

Verzicht auf solche Regulierungen. Die bestehende Aufnahmepflicht für alle Listenspitäler genügt.

Nicht marktgerechte Mieten oder Kapitalverzinsung**Um was geht es?**

Von nicht marktgerechten Mieten spricht man, wenn die verrechneten kantonalen Investitionsnutzungskosten (Mieten, Zinsen) der öffentlichen Spitäler substanziell unter dem Marktniveau liegen und somit eine verdeckte Subvention darstellen. Teilweise zahlen Spitäler gar keine Miete, wie das in den letzten Jahren im Kantonsspital Obwalden der Fall war.

Problematik

Privatkliniken müssen mit dem für die Tarfberechnung angenommenen Investitionsbeitrag von zehn Prozent sämtliche Kosten zu Marktpreisen bezahlen. Wenn öffentliche Spitäler bei den Investitionskosten subventioniert werden, haben sie einen ungerechtfertigten Wettbewerbsvorteil.

Lösung

Bei der kantonalen Spitalfinanzierung muss volle Transparenz hergestellt werden. Verdeckte Subventionen durch die Kantone, die über definierte gemeinwirtschaftliche Leistungen hinausgehen, sind unzulässig.

Steuerpflicht**Um was geht es?**

Die meisten Privatkliniken bezahlen ordentliche Steuern.

Problematik

Viele öffentliche Spitäler zahlen keine Steuern.

Lösungen

Steuerliche Gleichbehandlung aller Marktteilnehmer.

-
1. Im Idealfall sind dies die Patientinnen und Patienten. Es genügt aber oft, wenn stellvertretend die behandelnden Ärztinnen und Ärzte oder auch Vergleichsportale die Qualitätsindikatoren der Spitäler beurteilen können.
 2. Obsan, 2016: Der Einfluss der neuen Spitalfinanzierung auf die Qualität der stationären Leistungen; Aktualisierung 2013. Bulletin 4/2016
 3. Obsan, 2016: Entwicklung der Kosten und der Finanzierung des Versorgungssystems seit der Revision der Spitalfinanzierung; Aktualisierung 2013. Bulletin 1/2016
 4. Generell verkürzt sich die Aufenthaltsdauer seit Jahren. 2008 waren es 5,9 Tage, 2011 5,4 Tage. Dies geschieht aber unabhängig von der Reform zur Spitalfinanzierung.
 5. Eine Verlagerung hin zur Spitex oder Reha wären grundsätzlich zu begrüßen, weil die Kosten dort tiefer sind. Spitex und Reha-Kliniken müssen jedoch in der Lage sein, die zusätzlichen Patienten zu behandeln. Dafür braucht es unter anderem einen genügend guten Gesundheitszustand der Patienten.
 6. Felder, Stefan, 2016: Tarif- und Finanzierungsunterschiede zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken. Gutachten im Auftrag der Privatkliniken Schweiz, S. 35, Tabelle 17. Der angegebene Wert bezieht sich auf die öffentlichen Spitäler. Die Baserates der privaten Spitäler sind zwischen 4,1 Prozent und 5,7 Prozent tiefer.
 7. Rüttsche, Bernhard, 2015: Umsetzung des KVG in Bezug auf Privatspitäler. Rechtsgutachten zuhanden Privatkliniken Schweiz, PKS, und Widmer, Philippe/Telser, Harry, 2016: Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik. Studie von Polynomics im Auftrag von Comparis
 8. INFRAS, 2016: Finanzierung der Investitionen und Gemeinwirtschaftlichen Leistungen von Spitälern. Machbarkeitsstudie im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung
 9. Felder, Stefan, 2016
 10. Rüttsche, 2015
 11. Widmer & Telser, 2016
 12. Häufig spricht man auch von der monistischen Finanzierung.
 13. PwC, 2016: Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen. Studie unterstützt durch Swiss Medical Network.