

Wirkungsanalyse KVG

# Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen

Statistische Analyse kantonaler Indikatoren

Christian Rüefli und Adrian Vatter

Bern, Juli 2001



## ZUSAMMENFASSUNG

Sowohl bei den Kosten der Krankenversicherung als auch bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben lassen sich beträchtliche kantonale Unterschiede feststellen, deren Ursachen im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG in zwei Forschungsprojekten untersucht wurden. Parallel zur vorliegenden statistischen Querschnittsanalyse aller 26 Kantone führte das Büro COPLAN Empirische Sozialforschung, Basel einen qualitativen Vergleich von sieben ausgewählten Modellkantonen durch, die sich durch ihre Strukturmerkmale unterscheiden (COPLAN 2001).

### 1. Fragestellung und Untersuchungsansatz

Die vorliegende Untersuchung befasst sich mit den Kostendifferenzen zwischen den Schweizer Kantonen im Gesundheitswesen und der Krankenversicherung. Mittels einer statistischen Analyse kantonaler Indikatoren werden drei Fragestellungen bearbeitet:

- Welches sind auf der Basis statistischer Auswertungen die Ursachen für die kantonalen Kostenunterschiede im Gesundheitswesen und in der Krankenversicherung?
- Welches sind die wichtigsten kostendämpfenden (bzw. -steigernden) Faktoren zur Erklärung der Kostenunterschiede im Gesundheitswesen und in der Krankenversicherung der Kantone im Verlaufe der neunziger Jahre?
- Welche praktischen Schlussfolgerungen lassen sich im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung ziehen und welche Empfehlungen können für die Regelungen im KVG und die kantonalen und kommunalen Gesundheitspolitiken formuliert werden?

Im Mittelpunkt der vorliegenden Studie steht eine statistische Querschnittsanalyse der 26 Schweizer Kantone zur Erklärung der kantonalen Kostendifferenzen im Gesundheitswesen auf der Basis von aggregierten Daten. Die Faktoren der kantonalen Kostenunterschiede werden anhand von Korrelations- und Regressionsanalysen untersucht. Der Untersuchungszeitraum umfasst die Periode von 1994 bis 1999. Aufgrund der komplexen Finanzierungsströme im schweizerischen Gesundheitswesen werden die kantonalen Kostendifferenzen anhand zweier Grössen untersucht. Der pro-Kopf-Nettofinanzbedarf von Kantonen und Gemeinden im Bereich Gesundheit gibt die öffentlichen Gesundheitsausgaben wieder, während die Krankenversicherungskosten anhand der Bruttokosten pro Versicherungsmonat in jedem Kanton analysiert werden.

## 2. Die wichtigsten Ergebnisse im Überblick

Die wichtigsten Ergebnisse der vergleichenden Untersuchung zu den kantonalen Kostendifferenzen im öffentlichen Gesundheitswesen und in der Krankenversicherung lassen sich mit den folgenden drei Punkten zusammenfassen:

- Die kantonalen Unterschiede in den Gesundheitskosten zeichnen sich in beiden untersuchten Bereichen durch ein ähnliches Muster aus: Die höchsten Kosten finden sich in den Stadtkantonen, die niedrigsten Belastungen in den mittleren und kleinen Kantonen der Deutschschweiz.
- Seit Mitte der neunziger Jahre ist ein Nivellierungseffekt bei der Kostenentwicklung zu beobachten: niedriges Wachstum in den Kantonen mit hohem Belastungsniveau, überdurchschnittliche Kostenzunahme in den bisher kostengünstigen Kantonen.
- Kostentreibende Faktoren für die Erklärung der kantonalen Differenzen finden sich sowohl auf der Anbieter- als auch auf der Nachfrageseite: Ein stark spezialisiertes und dichtes Leistungsangebot im ambulanten und stationären Bereich kombiniert mit einem hohen Anteil betagter Menschen, überdurchschnittlicher Arbeitslosigkeit und schwach ausgebildeten sozialen Netzwerken bilden auf der Basis der kantonalen Daten die zentralen Ursachen für hohe Gesundheitskosten.

Bei den öffentlichen Ausgaben im Gesundheitswesen zeigen sich in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre beträchtliche, allerdings leicht abnehmende Unterschiede zwischen den Kantonen. So ist der pro-Kopf-Nettofinanzbedarf der Kantone Basel-Stadt und Genf bis zu viermal höher als derjenige der Kantone Luzern, Schwyz, Appenzell I. Rh. und Thurgau. In Bezug auf den Entwicklungsverlauf der öffentlichen Gesundheitskosten lässt sich innerhalb des Untersuchungszeitraums eine generelle Annäherung zwischen den Kantonen mit hohen und tiefen Ausgaben und damit eine gewisse Abschwächung der Kostendifferenzen zwischen den Kantonen beobachten. Die öffentlichen Aufwendungen steigen insbesondere in Kantonen mit tiefen Kosten tendenziell stärker an. Ein Blick auf die Kostenstrukturen der öffentlichen Haushalte (Kantone und Gemeinden) weist darauf hin, dass die Spitalkosten durchwegs den höchsten Anteil der öffentlichen Ausgaben ausmachen, allerdings mit stark unterschiedlichen Prozentanteilen.

Auch bei den Kosten der Krankenversicherung sind eindeutige Unterschiede zwischen den Kantonen festzustellen, doch fallen die kantonalen Differenzen durchwegs geringer aus als bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben. So gehören auch hier die Kantone Genf, Basel-Stadt, Waadt, Jura und Tessin zu denjenigen Ständen mit den höchsten Durchschnittskosten, während Appenzell I. Rh., Luzern und Sankt Gallen wiederum am unteren Ende der Skala stehen. Besonders auffällig ist hingegen der kontinuierliche Kostenanstieg in allen Kantonen während der zweiten Hälfte der neunziger Jahre. Wie bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben weisen Kantone mit einem höheren Kostenniveau mehrheitlich ein unterproportionales Wachstum auf, während die Kosten in den vergleichsweise kostengünstigen Kantonen eher überdurchschnittlich ansteigen.

Auf der Basis eines systematisch-komparativen Untersuchungsansatzes, der alle 26 Kantone für den Zeitraum zwischen 1994 und 1999 abdeckt, erweisen sich von rund 100 untersuchten Indikatoren die folgenden als die bedeutendsten Schubkräfte für die Erklärung der unterschiedlichen Gesundheitsausgaben bzw. der unterschiedlich hohen Kosten der Krankenversicherung in den 26 Kantonen:

Tabelle 1: Die wichtigsten Schubkräfte der Gesundheitsausgaben in den Kantonen.

	Öffentliche Gesundheitsausgaben	Kosten der Krankenversicherung
Nachfrageseite	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hohe Altersquote</li> <li>• Hoher Urbanitätsgrad</li> <li>• Hohe Arbeitslosigkeit</li> <li>• Hohes Volkseinkommen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hohe Altersquote</li> <li>• Hoher Urbanitätsgrad</li> <li>• Hohe Arbeitslosigkeit</li> <li>• Schwache soziale Netzwerke</li> </ul>
Angebotsseite	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hohe Ärztedichte</li> <li>• Hoher medizinischer Versorgungsgrad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hohe Ärztedichte</li> <li>• Wenig Selbstdispensation</li> </ul>
Staat und Politik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoher Finanzierungsanteil des Kantons im stationären Bereich</li> <li>• Hohe Staatsquote</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenig Bevölkerungsmitsprache</li> <li>• Starke Linksparteien</li> </ul>

Zur Erklärung der kantonalen Differenzen öffentlicher Gesundheitsausgaben finden sich auf der Nachfrageseite vor allem drei Schubkräfte: ein grosser Seniorenanteil, starke Arbeitslosigkeit und ein hohes Volkseinkommen. Mit diesen Faktoren lassen sich auch die Kostenunterschiede zwischen den Sprachräumen zu einem bedeutenden Teil erklären. Während die lateinischen Kantone überdurchschnittlich hohe Alters- und Arbeitslosenquoten aufweisen, finden sich in den mittelgrossen Deutschschweizer Kantonen kostengünstigere gesellschaftliche Rahmenbedingungen. Im Weiteren zeigt sich, dass die kantonalen Gesundheitsausgaben in urbanen Räumen generell höher ausfallen als in ländlichen Gebieten.

Auf der Anbieterseite, d.h. seitens der Leistungserbringer, erweisen sich vor allem zwei Merkmale des kantonalen Gesundheitswesens als zentrale Kostenfaktoren: Einerseits die Anzahl Ärzte (Allgemeinpraktiker und Fachärzte) pro Einwohner und andererseits der allgemeine Versorgungsgrad mit medizinischen Leistungen. Stark überdurchschnittliche Gesundheitsausgaben finden sich damit in Kantonen mit hoher Ärztedichte (und hohem Spezialisierungsgrad) sowie einer gut ausgebauten medizinischen Versorgung.

Im unmittelbaren Einflussbereich der öffentlichen Hand erweisen sich zwei Faktoren als bedeutsam. So stehen die öffentlichen Gesundheitsausgaben stark mit dem staatlichen Finanzierungsgrad im stationären Bereich in Zusammenhang. Dieser Faktor liefert insbesondere eine weitere Erklärung für die überaus hohen Gesundheitskosten von Basel-Stadt und Genf. Schliesslich zeigt sich auch ein signifikanter Einfluss einer generell stärkeren Staatsinterventionspolitik auf die öffentlichen Ausgaben im Gesundheitswesen. Kantone, die sich traditionell durch stark staatszentrierte und wenig marktorientierte Prob-

lemlösungsroutinen auszeichnen, weichen auch in der Gesundheitspolitik nicht von diesem Handlungsmuster ab, was mit den entsprechenden Kostenfolgen verbunden ist.

Ein Blick auf die Kantone zeigt schliesslich, dass Basel-Stadt das Maximum von kostentreibenden Faktoren bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben aufweist, während sich die drei mittelgrossen Deutschschweizer Kantone St. Gallen, Luzern und Thurgau durch die vollständige Abwesenheit von bedeutsamen kostenfördernden Kräften auszeichnen.

Die Kosten der Krankenversicherung unterliegen weitgehend denselben Einflussfaktoren wie die Ausgaben der öffentlichen Hand. So stellen ein hoher Seniorenanteil, starke Urbanisierung und die damit verknüpften Zentrumslasten, hohe Arbeitslosigkeit und schwache soziale Netzwerke die bedeutsamsten Grössen zur Erklärung der kantonalen Kostenunterschiede dar. Das generell niedrigere Kostenniveau in der Deutschschweiz steht dabei insbesondere in Zusammenhang mit der tieferen Arbeitslosigkeit und dem generell höheren Grad gesellschaftlicher Integration.

Zentrale Kostenfaktoren in der Krankenversicherung sind auf der Versorgungsseite die Ärztedichte, die Regelung der Medikamentenabgabe und das Verhältnis der Anzahl Akut- zu den Langzeitpflegebetten. Wie bei der Betrachtung der öffentlichen Gesundheitsausgaben bestätigt sich auch seitens der Versicherungskosten der kostentreibende Einfluss eines umfassenden Angebots im ambulanten Bereich. Eine im Vergleich zur Bevölkerungsgrösse hohe Anzahl praktizierender Allgemein- und Fachärzte führt ebenso zu vermehrter Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und zu höheren Kosten in der Krankenversicherung. Bei den verschiedenen Systemen der Medikamentenabgabe erweist sich schliesslich aufgrund der vorliegenden Resultate die Selbstdispensation als das kostengünstigste.

Die Strukturen der Langzeitpflege üben im Bereich der Krankenversicherung einen starken kostenwirksamen Einfluss aus, zumal seit der Einführung des KVG neu auch Pflegeleistungen im Leistungskatalog figurieren. Weil die zur Versorgung von älteren, pflegebedürftigen Menschen vorgesehenen Angebote der Hauskrankenpflege (Spitex) oder sozialmedizinischen Institutionen wie Alters- und Pflegeheime die Nachfrage nicht zu decken vermögen, werden pflegebedürftige ältere Menschen häufig in den weitaus teureren Akutspitälern untergebracht. Dies erhöht zwar den Auslastungsgrad der Spitäler, bindet aber Versorgungskapazitäten (Infrastruktur, Pflegeleistungen) und verursacht damit die entsprechend höheren Kosten.

Von den verschiedenen untersuchten politisch-institutionellen Merkmalen der Kantone erweist sich insbesondere eine starke Bevölkerungsmitsprache als eine nicht zu unterschätzende Kostenbremse für das kantonale Gesundheitswesen. So zeichnen sich gerade in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre Kantone mit gut ausgebauten direktdemokratischen Institutionen durch ein unterdurchschnittliches Kostenwachstum aus.

Im Weiteren bestätigen sich schliesslich die Wirkungen soziokultureller Strukturunterschiede. In Zusammenhang mit den in der Westschweiz weniger stark entwickelten sozialen Beziehungsnetzen und dem Umstand, dass sich entlang der Sprachgrenzen auch divergierende Auffassungen von Sozialpolitik finden, kann eine kulturelle Komponente lokali-

siert werden, die sich in unterschiedlich ausgeprägten Anspruchshaltungen gegenüber den Dienstleistungen des Gesundheitswesens äussert und sich auf die Kosten der Krankenversicherung niederschlägt. Insgesamt finden sich die meisten Schubkräfte im Kanton Waadt, während in den beiden Zentralschweizer Kantonen Uri und Luzern nur eine, in den beiden Halbkantonen Ob- und Nidwalden keine einzige kostentreibende Kraft wirksam ist

Der qualitative Vergleich des Büro COPLAN lässt bei den institutionellen und prozessualen Eigenschaften der sieben Modellkantonen ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen den Sprachregionen erkennen. Dabei erwies sich die alleinige und Angeboten differenzierte Zuständigkeit der Kantone für das Gesundheitswesen, die Abwesenheit einer bürgernahen Planung und Finanzierung durch Gemeinden bzw. Zweckverbände sowie die Umwandlung der Spitex in eine professionelle Organisation als kostentreibende Schubkräfte (vgl. COPLAN 2001).

### 3. Schlussfolgerungen

- Verbesserung der Verfügbarkeit, Vergleichbarkeit und Kohärenz kantonaler Daten

Eines der grössten Defizite im schweizerischen Gesundheitswesen liegt in der mangelnden Datentransparenz. Insbesondere die ungenügende Übersicht über die vorhandenen Informationen auf kantonaler Ebene und die Vielfalt an Abrechnungs- und Tarifierungsmethoden verunmöglicht direkte Vergleiche, was die Entstehung höherer Kosten begünstigt. Eine zentrale Voraussetzung für die Durchführung kostendämpfender Massnahmen ist deshalb die Zusammenführung kohärenter statistischer Daten im Gesundheitswesen.

- Stärkung der regionalen Angebotsplanung und der überkantonalen Koordination der Versorgungsleistungen

Die im Verlaufe der neunziger Jahre festgestellte überproportionale Kostenzunahme in den bevölkerungsmässig kleinen bis mittleren Kantonen weist u.a. auf die noch zu wenig ausgeschöpften Möglichkeiten der interkantonalen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen hin. Während vor allem die Kantone der Romandie sowie der Zentralschweiz ihre interkantonalen Kooperationsbemühungen verstärkt haben, werden in anderen Kantonen die Angebotsplanungen nicht oder nur punktuell mit den kantonalen Nachbarn abgestimmt. Es ist davon auszugehen, dass das Sparpotential einer überkantonalen und kohärenten Koordination mit den Zielen einer optimalen Ressourcennutzung und eines Abbaus von Überkapazitäten noch nicht von allen Kantonen ausgeschöpft wird.

- Kostenwahrheit und gesamtschweizerische Koordination beim Angebot Spitzenmedizinischer Leistungen

Die äusserst hohen Belastungen der Stadtkantone im Gesundheitswesen lässt sich nicht nur auf spezifische kostentreibende Rahmenbedingungen und auf ein dichtes Leistungsangebot im ambulanten und stationären Bereich zurückführen, sondern sind auch eine Folge der stark föderalen und kleinräumigen Organisation des schweizerischen Gesundheitswesens.

Insbesondere die aufwändige Infrastruktur Spitzenmedizinischer Leistungsangebote mit einer hohen Anziehungskraft auf angrenzende Kantone, die sich aber nur beschränkt an den damit verbundenen Kostenfolgen beteiligen, ist eine weitere Ursache der beträchtlichen Kostendifferenzen zwischen den urbanen und den übrigen Kantonen. Der Bereich der Spitzenmedizin ist zudem von Überkapazitäten und fehlender Koordination unter den Standortkantonen von Universitätskliniken geprägt. Eine weitere Annäherung der kantonalen Kostendifferenzen und spezifische Einsparungen im Bereich der Spitzenmedizin erfordern deshalb sowohl die verstärkte Übernahme und Vergütung der durch die angrenzenden Kantone verursachten Vollkosten als auch eine umfassende Koordination und Konzentration der Spitzenmedizinischen Angebote.

#### - Kostensenkende Massnahmen auf der Seite der Leistungserbringer

Zur Erklärung der kantonalen Kostendifferenzen sowohl bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben als auch bei den Krankenversicherungskosten hat sich die Ärztedichte (Allgemeinärzte und insbesondere Fachärzte) als einer der kostentreibendsten Faktoren überhaupt erwiesen. Nach wie vor sind im schweizerischen Gesundheitswesen die Anreizsysteme zur kostengünstigen medizinischen Leistungserbringung für die Ärzteschaft zu gering. Sowohl wettbewerbsorientierte Massnahmen wie die Aufhebung des Vertragszwangs zwischen Versicherern und Leistungserbringern sowie die verstärkte Entkartellisierung der Tarifverhandlungen zwischen Ärztesgesellschaften und Krankenkassenverbänden als auch direkte Eingriffe in die Angebotssteuerung im ambulanten Bereich sind deshalb als besonders wirksame Instrumente zur langfristigen Kostensenkung zu betrachten.

#### - Disziplinierende Wirkung direktdemokratischer Mitsprache

Bei den politischen Institutionen erweist sich insbesondere eine ausgeprägte direktdemokratische Mitsprache als erfolgreich zur Dämpfung hoher Gesundheitskosten. Vor allem in den letzten Jahren haben sich die Bürgerinnen und Bürger aufgrund ihrer doppelten Finanzierrolle als Steuer- und Prämienzahler in vielen Fällen kostenbewusster entschieden als die Politiker und die Verwaltung. Dieses Ergebnis weist damit auf das noch zu wenig ausgeschöpfte Kostendämpfungspotenzial einer ausgebauten direktdemokratischen Mitsprache bei wichtigen gesundheitspolitischen Entscheidungen in den Kantonen hin.

#### - Gezielte Stärkung kostendämpfender statt -abwälzender Massnahmen

Das vergleichsweise niedrige Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben bei gleichzeitig starker Zunahme der Krankenkassenkosten, der signifikante Einfluss des Anteils von privaten Kliniken und der in zahlreichen Kantonen unter 50% liegende Anteil der öffentlichen Hand an der Finanzierung des stationären Bereichs machen auf die steigende Bedeutung von kostenabwälzenden (statt -dämpfenden) Wirkungen politischer Massnahmen aufmerksam. Schon seit längerer Zeit lässt sich ein Umverteilungstrend in der Finanzierung des Gesundheitswesens beobachten. Während sich der Staat zunehmend aus der Rolle des Direktfinanzierers zurückzieht, steigt die Übernahme von Leistungen durch die Krankenversicherungen und die Haushalte stetig an. Die verstärkte Privatisierung von Spitalbetrieben, die generelle Kürzung staatlicher Subventionen im Spitalsektor und die zunehmende Inanspruchnahme privater Spitäler führt vor allem zu einer Verlagerung der Kosten von



den Kantonen und Gemeinden zu den Krankenversicherungen und privaten Haushalten, hingegen weniger zu einer generellen Kostendämpfung im Gesundheitswesen.

- Weiterhin strukturelle Wachstumsdynamik bei den Gesundheitsausgaben

Die in den nächsten Jahrzehnten stark zunehmende Alterung der Bevölkerung, der rasante technische Fortschritt in der Medizin und der fortlaufende Trend zu Einzelhaushalten lassen erwarten, dass den Gesundheitsausgaben weiterhin eine strukturelle Wachstumsdynamik eigen ist, und insbesondere eine steigende Nachfrage an ausgebauten Versorgungsstrukturen (Alters- und Pflegeheime, Spitex) zu erwarten ist. Gleichzeitig ist jedoch schon heute eine äusserst hohe Auslastung dieser Leistungsangebote feststellbar. Die vorliegenden Ergebnisse deuten darauf hin, dass in vielen Kantonen die zur Verfügung stehenden Kapazitäten der Langzeit- und Heimpflege die Akutspitäler nicht von dieser Versorgungsaufgabe zu entlasten vermögen. Zur Optimierung der gesamten Gesundheitsversorgung scheint es deshalb notwendig, die Kapazitäten im stationären und ambulanten Bereich verstärkt aufeinander abzustimmen und gemeinsam in die kantonalen Versorgungsplanungen einzubeziehen, da sich diese stark gegenseitig beeinflussen.

Die vorliegende Untersuchung und die Studie von COPLAN (2001) ergänzen sich in ihren Ergebnissen und Schlussfolgerungen weitgehend. Die Ergebnisse der beiden Studien sprechen insgesamt für eine dezentrale, bürger- und angebotsnahe Bereitstellung von Gesundheitsangeboten. Dabei sind kostensteigernde Überkapazitäten im Leistungsangebot abzubauen, was durch verstärkte überkantonale Zusammenarbeit und angebotsübergreifende Koordination erreicht werden kann. Zentrales Anliegen muss schliesslich sein, die Gesundheitskosten nicht auf einen anderen Finanzierungsträger zu verlagern, sondern sie effektiv zu senken.



## RÉSUMÉ

L'examen des coûts de l'assurance-maladie et celui des dépenses publiques de santé font apparaître des différences considérables d'un canton à l'autre. Deux projets de recherche menés en parallèle dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal en ont étudié les causes. Tandis que la présente analyse, de nature statistique, portait sur l'ensemble des 26 cantons, le bureau de recherches sociales empiriques COPLAN, de Bâle, procédait à une comparaison qualitative de sept cantons-types qui se distinguent par leurs caractéristiques structurelles (COPLAN 2001).

### 1. Position du problème et approche méthodologique

La présente étude se penche sur les différences intercantionales en matière de dépenses publiques de santé et de coûts de l'assurance-maladie. Trois questions ont été examinées au moyen d'une analyse statistique d'indicateurs cantonaux :

- Quelles sont, à la lumière des données statistiques, les causes des différences observées entre les cantons en matière de dépenses publiques de santé et de coûts de l'assurance-maladie ?
- Quels sont les principaux facteurs de réduction ou d'augmentation des coûts permettant de comprendre ces différences, telles qu'elles se sont manifestées au cours des années 90 ?
- Quelles conclusions d'ordre pratique peut-on tirer dans la perspective de l'évolution future et quelles recommandations peut-on formuler pour la LAMal et pour les politiques de santé communales et cantonales ?

L'étude a pour élément central une analyse statistique transversale des 26 cantons suisses en vue d'expliquer les différences de coûts de la santé entre les cantons sur la base de données agrégées. Elle porte sur la période 1994 à 1999. Les facteurs de ces différences ont été recherchés au moyen d'analyses de corrélation et de régression. Etant donné la complexité des flux de financement dans le système suisse de santé, ces différences de coûts ont été mesurées à l'aide de deux grandeurs différentes. Les besoins financiers nets par habitant des cantons et des communes dans le domaine de la santé représentent les dépenses publiques de santé, tandis que les coûts de l'assurance-maladie sont exprimés au moyen des coûts nets par mois d'assurance dans chaque canton.

### 2. Vue d'ensemble des principaux résultats

Les principaux résultats de l'analyse comparative des coûts de la santé publique et de l'assurance-maladie dans les différents cantons tiennent en trois points :

- Dans les deux domaines étudiés, les différences entre les cantons suivent un schéma semblable : ce sont les cantons-villes qui ont les coûts les plus élevés et les petits et moyens cantons de Suisse alémanique qui ont les charges les plus faibles.
- Depuis le milieu des années 90, on observe un effet de nivellement dans l'évolution des coûts : hausse modérée dans les cantons ayant un niveau de charges déjà élevé, augmentation supérieure à la moyenne dans les cantons jusqu'alors les moins chers.
- Les facteurs d'accroissement des coûts expliquant les différences entre les cantons se trouvent aussi bien du côté de l'offre que de la demande : offre de prestations dense et hautement spécialisée dans les secteurs ambulatoire et hospitalier d'une part, forte proportion de personnes âgées, taux de chômage supérieur à la moyenne et faible consistance des réseaux sociaux d'autre part, constituent, au vu des données cantonales, les raisons principales d'un niveau élevé des coûts de la santé.

En matière de dépenses publiques de santé, on observe des disparités considérables d'un canton à l'autre au cours de la seconde moitié des années 90, écarts qui tendent cependant à se combler quelque peu. Ainsi, les besoins financiers nets par habitant des cantons de Bâle-Ville et de Genève ne sont pas moins de quatre fois supérieurs à ceux des cantons de Lucerne, Schwytz, Appenzell Rh.-Int. et Thurgovie. En ce qui concerne l'évolution de ces dépenses, les écarts entre les cantons ont eu tendance à s'estomper au cours de la seconde moitié des années 90. D'une manière générale, en effet, les dépenses publiques ont augmenté davantage dans les cantons ayant peu de coûts. Si l'on observe la structure des coûts des cantons et des communes, on constate que le secteur hospitalier absorbe la majeure partie des dépenses publiques de santé, avec un pourcentage qui varie fortement d'un canton à l'autre.

On note également de nettes disparités dans les coûts de l'assurance-maladie, mais les différences entre les cantons sont ici bien moindres que pour les dépenses publiques de santé. Ainsi, les cantons de Genève, de Bâle-Ville, de Vaud, du Jura et du Tessin enregistrent également les coûts moyens les plus importants, tandis que ceux d'Appenzell Rh.-Int., de Lucerne et de Saint-Gall se situent une fois de plus au bas de l'échelle. Il importe toutefois de noter que les coûts n'ont cessé de croître dans tous les cantons durant la seconde moitié des années 90. Comme pour les dépenses publiques de santé, les cantons où le niveau des coûts est élevé enregistrent souvent une croissance plus modérée, tandis que, dans les cantons comparativement bon marché, les coûts de l'assurance-maladie augmentent à un rythme supérieur à la moyenne.

Les coûts de la santé dans les 26 cantons entre 1994 et 1999 ont été comparés à l'aide d'un modèle d'analyse systématique comprenant quelque 100 indicateurs. Sept d'entre eux se révèlent être les principaux facteurs d'influence pouvant expliquer les différences intercantionales en matière de dépenses publiques de santé et de coûts de l'assurance-maladie.

Tableau 1 : Principaux facteurs tendant à accroître les dépenses de santé dans les cantons

	Dépenses publiques de santé	Coûts de l'assurance-maladie
Demande	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forte proportion de personnes âgées</li> <li>• Haut degré d'urbanisation</li> <li>• Chômage important</li> <li>• Revenu par habitant élevé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forte proportion de personnes âgées</li> <li>• Haut degré d'urbanisation</li> <li>• Chômage important</li> <li>• Faiblesse des réseaux sociaux</li> </ul>
Offre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forte densité de médecins</li> <li>• Degré élevé de couverture sanitaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forte densité de médecins</li> <li>• Peu de dispensation directe de médicaments par les médecins</li> </ul>
Etat et milieux politiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participation élevée du canton au financement du domaine hospitalier</li> <li>• Quote-part élevée de l'Etat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peu de consultation des citoyens</li> <li>• Forte présence des partis de gauche</li> </ul>

Du côté de la demande, trois facteurs d'accroissement des dépenses permettent d'expliquer les différences intercantoniales en matière de dépenses publiques de santé : une forte proportion de personnes âgées, un taux de chômage important et un revenu par habitant élevé. Ces facteurs rendent également compte, dans une large mesure, des différences constatées entre régions linguistiques. Dans les cantons latins, en effet, le taux de personnes âgées et le taux de chômage sont supérieurs à la moyenne, tandis que les cantons alémaniques de taille moyenne bénéficient de conditions socio-structurelles plus favorables. En outre, on observe que les dépenses cantonales de santé sont en général plus élevées dans les zones urbanisées que dans les régions rurales.

Du côté de l'offre, c'est-à-dire des fournisseurs de prestations, deux caractéristiques en particulier se révèlent être d'importants facteurs d'accroissement des coûts au niveau cantonal : le nombre de médecins (généralistes ou spécialistes) par habitant et le degré général de couverture sanitaire. Dans les cantons à forte densité de médecins (accompagnée d'un niveau de spécialisation élevé) et dotés d'un réseau de fourniture de soins bien développé, les dépenses de santé sont nettement supérieures à la moyenne.

Dans la sphère d'influence directe des pouvoirs publics, deux éléments jouent un rôle prépondérant. Les dépenses publiques de santé sont étroitement liées, d'une part, au degré de financement du secteur hospitalier. Ce facteur permet notamment de mieux comprendre pourquoi les coûts de la santé sont aussi lourds à Bâle-Ville et à Genève. Il apparaît d'autre part qu'une politique de l'Etat généralement interventionniste influe fortement sur les dépenses publiques de santé. Les cantons qui, par tradition, appliquent des méthodes centralisées et peu axées sur le marché pour résoudre les problèmes reproduisent ce comportement dans leur politique de la santé, avec les effets qui en résultent sur les coûts.

Enfin, une comparaison entre les cantons montre que Bâle-Ville présente le maximum de facteurs générateurs de coûts dans les dépenses publiques de santé, alors que trois cantons alémaniques de taille moyenne, Saint-Gall, Lucerne et Thurgovie, se distinguent par une totale absence d'inducteurs de coûts importants.

Les coûts de l'assurance-maladie sont soumis dans une large mesure aux mêmes facteurs d'influence que les dépenses publiques de santé. Une forte proportion de personnes âgées, un haut degré d'urbanisation (avec la charge particulière qui pèse sur les centres urbains), un taux de chômage élevé et la faiblesse des réseaux sociaux sont les principaux éléments permettant d'expliquer les différences de coûts d'un canton à l'autre. En Suisse alémanique, le niveau des prix généralement plus bas est lié notamment à un taux de chômage moindre et à un degré généralement supérieur d'intégration sociale.

Les principaux facteurs faisant monter les coûts de l'assurance-maladie sont une forte densité de médecins, la réglementation relative à la remise des médicaments, ainsi que le rapport entre le nombre de lits pour soins aigus et le nombre de lits pour soins de longue durée. Comme dans le cas des dépenses publiques de santé, la présence d'une offre étendue dans le domaine ambulatoire pousse les coûts à la hausse. Une densité élevée de praticiens, généralistes ou spécialistes, incite également la population à recourir davantage aux prestations médicales, ce qui alourdit d'autant les coûts de l'assurance-maladie. En ce qui concerne les systèmes de remise des médicaments, les résultats obtenus montrent que la dispensation directe par les médecins est plus avantageuse que la remise par les pharmaciens.

Les structures pour soins de longue durée contribuent fortement à augmenter les coûts de l'assurance-maladie, d'autant que les prestations de soins figurent aussi dans le catalogue des prestations depuis l'introduction de la LAMal. Etant donné que l'offre des services de soins à domicile (Spitex) ou des institutions telles que les homes médicalisés, destinée aux personnes âgées nécessitant des soins, ne parvient pas à satisfaire la demande, ces personnes sont souvent orientées vers des hôpitaux pour soins aigus beaucoup plus onéreux. Bien que le taux d'occupation des hôpitaux en soit relevé, cette situation mobilise des capacités inutiles (infrastructure, prestations de soins) et entraîne donc un surcroît de coûts.

Parmi les diverses caractéristiques politico-institutionnelles qui ont été étudiées au niveau cantonal, une consultation régulière des citoyens s'est révélée être un facteur de frein aux dépenses de santé à ne pas sous-estimer. C'est ainsi que, précisément durant la seconde moitié des années 90, les cantons dont les institutions de démocratie directe sont bien développées se distinguent par une hausse des coûts inférieure à la moyenne.

Enfin, les effets des différences de nature socio-culturelle se confirment. Si l'on considère le développement relativement faible des réseaux sociaux en Suisse romande et le fait que les conceptions en matière de politique sociale divergent de part et d'autre de la frontière linguistique, on peut voir dans la propension à recourir ou non aux prestations de santé une particularité d'ordre culturel qui se répercute sur les coûts de l'assurance-maladie. C'est dans le canton de Vaud que l'on rencontre le plus de facteurs d'accroissement des coûts, alors que l'on n'en trouve qu'un seul dans les cantons de Suisse centrale Uri et Lucerne, et aucun dans les demi-cantons d'Obwald et de Nidwald.

La comparaison qualitative du bureau COPLAN fait également apparaître de nettes différences entre les régions linguistiques en ce qui concerne les caractéristiques des institutions et des processus des sept cantons-types. Cette étude repère trois facteurs

poussant les coûts à la hausse : la compétence exclusive des cantons, différenciée selon les offres, dans le domaine de la santé publique ; l'absence d'un financement et d'une planification proches des citoyens par les communes ou des syndicats de communes ; et la transformation de l'aide et des soins à domicile (Spitex) en une organisation professionnelle (COPLAN 2001).

### 3. Conclusions et recommandations

- Améliorer la disponibilité, la comparabilité et la cohérence des données cantonales

Le système de santé suisse pêche avant tout par son peu de transparence. En particulier, le manque d'une véritable vision d'ensemble des informations disponibles au niveau cantonal et la multiplicité des méthodes de décompte et de tarification rendent impossible l'établissement de comparaisons directes, situation qui favorise l'apparition de coûts plus élevés. Aussi, pour mettre en place des mesures de maîtrise des coûts, convient-il au premier chef de réunir des données statistiques cohérentes sur le système de santé.

- Intensifier la planification régionale de l'offre et la coordination supracantonale en matière de fourniture des prestations

L'accroissement exceptionnel des coûts constaté durant les années 90 dans les cantons petits à moyens en termes de population met notamment en évidence les lacunes de la coopération intercantonale dans le domaine de la santé. Alors que, durant la seconde moitié des années 90, les cantons de Suisse romande et de Suisse centrale ont renforcé leur collaboration, d'autres n'ont pas jugé utile de consulter leurs voisins, ou ne l'ont fait que de manière très occasionnelle, lors de la planification de leur offre. On peut en déduire que tous les cantons n'ont pas encore épuisé le potentiel des économies réalisables grâce à une coordination supracantonale cohérente visant à exploiter les ressources de manière optimale et à éliminer les surcapacités.

- Répartir équitablement les coûts et coordonner à l'échelle nationale l'offre de prestations dans la médecine de pointe

Le niveau extrêmement élevé des charges qui pèsent sur les cantons-villes dans le domaine de la santé ne saurait être imputé uniquement à des conditions spécifiques génératrices de coûts et à la densité de l'offre de prestations dans les secteurs ambulatoire et hospitalier ; il résulte aussi du fait que le système de santé suisse est très fédéraliste et segmenté géographiquement. Les différences notables de coûts entre les cantons-villes et les autres s'expliquent notamment par l'offre de soins médicaux de pointe – indissociable d'une infrastructure extrêmement coûteuse – qui attire les patients des cantons limitrophes, cantons qui ne participent que dans une faible mesure au financement de ces prestations. De plus, l'offre de soins de pointe dans le secteur hospitalier est en surcapacité et accuse un manque de coordination entre les cantons dotés d'un établissement clinique universitaire. Aussi la réduction des différences intercantionales en matière de coûts et la réalisation d'économies ciblées passent-elles forcément par le renforcement de la participation des

cantons limitrophes aux coûts qu'ils engendrent et par l'intensification de la coordination et de la concentration dans l'offre de soins médicaux de pointe.

- Développer les mesures propres à réduire les coûts du côté des fournisseurs de prestations

La densité de médecins (généralistes et, surtout, spécialistes) constitue l'un des principaux facteurs d'accroissement des coûts permettant d'expliquer les disparités cantonales aussi bien dans les dépenses publiques de santé que dans les coûts de l'assurance-maladie. En Suisse, les mesures visant à inciter le corps médical à fournir des prestations meilleur marché ne sont guère efficaces. Aussi faut-il considérer les mesures d'incitation à la concurrence – comme la suppression de l'obligation de contracter entre fournisseurs de prestations et assureurs et la poursuite de la décartellisation des négociations tarifaires entre les associations de médecins et les associations de caisses-maladie – ainsi que les interventions directes dans la planification de l'offre du secteur ambulatoire, comme autant d'instruments particulièrement efficaces en vue d'une baisse durable des coûts.

- Miser sur l'effet régulateur de la démocratie directe

Sur le plan institutionnel, un recours prononcé à la démocratie directe s'est révélé efficace pour mettre un frein aux dépenses de santé. Les citoyennes et les citoyens ont été beaucoup plus attentifs au facteur coûts que les politiques et l'administration, en particulier ces dernières années, du fait de leur double rôle de contribuables et de payeurs de primes. Ce constat donne à penser que le potentiel de réduction des coûts inhérent à la consultation démocratique des citoyens lors de décisions cantonales importantes en matière de politique de la santé n'a pas encore été suffisamment exploité.

- Renforcer les mesures visant la réduction des coûts, plutôt que de pousser à la déresponsabilisation

Que les mesures politiques aient de plus en plus tendance à transférer les coûts, plutôt qu'à les réduire, se vérifie à plusieurs égards : les dépenses publiques de santé enregistrent une croissance comparativement faible alors que les coûts de l'assurance-maladie prennent l'ascenseur ; la part des cliniques privées pèse lourd dans la balance, et les pouvoirs publics participent pour moins de 50 % au financement du secteur hospitalier dans nombre de cantons. Depuis longtemps déjà, un mouvement de redistribution s'observe dans le financement du système de santé. En effet, tandis que l'Etat se démet peu à peu de sa fonction de financier direct, la prise en charge des prestations est de plus en plus assumée par les assurances-maladie et par les ménages. La privatisation accrue des exploitations hospitalières, la réduction généralisée des subventions accordées par l'Etat au secteur hospitalier et la prépondérance croissante des établissements privés se traduisent surtout par un transfert des coûts des cantons et des communes vers les assurances-maladie et les ménages, sans pour autant contribuer de manière notable à une maîtrise générale des coûts de la santé.



- Maintien d'une dynamique de croissance structurelle dans le domaine des dépenses de santé

La poursuite du vieillissement de la population au cours des prochaines décennies, les progrès techniques fulgurants réalisés dans le domaine de la médecine et l'augmentation du nombre de ménages à une seule personne laissent supposer que les coûts de la santé continueront de croître et que la demande de structures de soins étendues (homes médicalisés, Spitex) augmentera. Or on constate que cette offre de prestations est aujourd'hui déjà fortement sollicitée et que, dans de nombreux cantons, les capacités de soins à domicile ou de longue durée ne suffisent plus à décharger les hôpitaux de soins aigus. Pour optimiser l'ensemble de l'offre de prestations, il semble donc nécessaire de redéfinir les manques et les surplus de capacités dans les domaines ambulatoire et hospitalier et de les intégrer dans la planification des offres de prestations cantonales compte tenu de leur influence réciproque.

La présente étude et celle de COPLAN (2001) se complètent largement dans leurs résultats et leurs conclusions. Dans l'ensemble, les résultats de toutes deux plaident pour une offre de services de santé proche des citoyens et des fournisseurs de prestations. Il importe de réduire les surcapacités dans l'offre de prestations, qui ont pour effet d'augmenter les coûts ; on pourra y parvenir en renforçant la coopération intercantonale et la coordination de l'offre. En fin de compte, l'objectif principal doit être de réduire effectivement les coûts de la santé, non de les transférer vers d'autres supports de financement.



## RIASSUNTO

Sia nell'ambito dei costi dell'assicurazione malattie che in quello delle spese della sanità pubblica si possono rilevare importanti differenze a livello cantonale, le cui cause sono state esaminate in due progetti di ricerca nel quadro dell'analisi degli effetti della LAMal. Parallelamente alla presente analisi statistica trasversale di tutti e 26 i Cantoni, l'ufficio COPLAN Empirische Sozialforschung, Basilea, ha eseguito un confronto qualitativo tra sette Cantoni modello che si differenziano in base ai loro dati strutturali (COPLAN 2001).

### 1. Formulazione delle domande e criteri d'analisi

La presente analisi si occupa delle differenze dei costi tra i Cantoni svizzeri nell'ambito della sanità e dell'assicurazione malattie. Mediante un'analisi statistica di indicatori cantonali vengono esaminate le tre questioni seguenti:

- In base ad analisi statistiche quali sono le cause delle differenze dei costi cantonali nel settore della sanità e nell'assicurazione malattie?
- Quali sono i fattori di contenimento (risp. aumento) dei costi più importanti per spiegare le differenze di costi tra i Cantoni nell'ambito della sanità e dell'assicurazione malattie nel corso degli anni Novanta?
- Quali conclusioni pratiche possono essere tratte per quanto riguarda l'evoluzione futura e quali raccomandazioni possono essere formulate per le regolamentazioni nella LAMal e per le politiche della salute cantonali e comunali?

La parte principale di questo studio consiste in un'analisi statistica trasversale dei 26 Cantoni svizzeri volta a spiegare le differenze tra i costi cantonali della sanità pubblica sulla base di dati aggregati. I fattori che le determinano vengono esaminati in base ad analisi di correlazione e di regressione. L'analisi è stata eseguita per il lasso di tempo compreso tra il 1994 e il 1999. Vista la complessità dei flussi di capitali nel settore della sanità svizzera le differenze tra i costi cantonali vengono esaminate secondo due categorie. Il fabbisogno finanziario netto pro capite di Cantoni e Comuni nel settore sanitario riflette le spese sanitarie pubbliche, mentre i costi dell'assicurazione malattie vengono analizzati in base ai costi lordi per mese assicurativo in ogni Cantone.

### 2. Panoramica dei risultati più importanti

I risultati più importanti dell'analisi comparativa inerente le differenze tra i costi cantonali nel settore della sanità pubblica e nell'assicurazione malattie possono essere riassunti nei tre punti seguenti:

- Le differenze tra i Cantoni nell'ambito dei costi sanitari mostrano una struttura simile in entrambi i settori esaminati: i costi più elevati si registrano nei Cantoni di città, gli oneri più esigui nei Cantoni medi e piccoli della Svizzera tedesca.
- Dalla metà degli anni Novanta i costi si sono evoluti nel senso di un livellamento: crescita esigua nei Cantoni con oneri elevati, aumento dei costi superiore alla media nei Cantoni finora vantaggiosi.
- Fattori di aumento dei costi che spiegano le differenze tra i Cantoni si trovano sia sul versante dell'offerta che su quello della domanda: un'offerta di prestazioni fitta ed altamente specializzata nel settore ospedaliero ed ambulatoriale combinata con un numero elevato di persone anziane, una disoccupazione superiore alla media e una rete sociale poco sviluppata sono, in base ai dati cantonali, la causa principale dei costi sanitari elevati.

Nell'ambito delle spese pubbliche del settore della sanità nella seconda metà degli anni Novanta tra i Cantoni si sono delineate differenze importanti, ma in leggera diminuzione. Per esempio, il fabbisogno finanziario netto pro capite dei Cantoni Basilea-Città e Ginevra è fino a quattro volte superiore a quello dei Cantoni Lucerna, Svitto, Appenzello Interno e Turgovia. Per quanto riguarda l'evoluzione dei costi della sanità pubblica nel periodo analizzato vi è stato un riavvicinamento generale tra i Cantoni con spese elevate e quelli con spese esigue e si è potuta quindi osservare una certa diminuzione delle differenze di costi tra i Cantoni. Le spese pubbliche aumentano in modo tendenzialmente più elevato soprattutto nei Cantoni con costi esigui. Uno sguardo alle strutture dei costi degli enti pubblici (Cantoni e Comuni) fa rilevare che i costi ospedalieri rappresentano sempre la quota più elevata delle spese pubbliche, tuttavia con percentuali alquanto diverse.

Anche per quanto riguarda i costi dell'assicurazione malattie vi sono differenze evidenti tra i Cantoni, tuttavia queste differenze sono in ogni caso più esigue di quelle rilevate nell'ambito delle spese sanitarie pubbliche. Di conseguenza anche in questo caso i Cantoni Ginevra, Basilea-Città, Vaud, Giura e Ticino fanno parte dei Cantoni con i costi medi più elevati, mentre Appenzello Interno, Lucerna e San Gallo si trovano sui gradini più bassi della scala. Particolarmente appariscente invece è l'aumento continuo dei costi in tutti i Cantoni durante la seconda metà degli anni Novanta. Come già constatato nell'ambito delle spese sanitarie pubbliche la maggior parte dei Cantoni in cui il livello dei costi è più elevato presenta una crescita al di sotto della media, mentre nei Cantoni con costi meno elevati questi ultimi tendono ad aumentare al di sopra della media.

Sulla base di un'analisi comparativa sistematica di tutti i 26 Cantoni per il periodo compreso tra il 1994 e il 1999, dei circa 100 indicatori esaminati i seguenti costituiscono i fattori più importanti ai fini della spiegazione delle differenze tra i costi cantonali della sanità e dell'assicurazione malattie:

Tabella 1: I fattori più importanti per le spese sanitarie nei Cantoni

	Spese della sanità pubblica	Costi dell'assicurazione malattie
Domanda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quota di vecchiaia elevata</li> <li>• Grado di urbanizzazione elevato</li> <li>• Disoccupazione elevata</li> <li>• Reddito cantonale elevato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quota di vecchiaia elevata</li> <li>• Grado di urbanizzazione elevato</li> <li>• Disoccupazione elevata</li> <li>• Reti sociali deboli</li> </ul>
Offerta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero elevato di medici</li> <li>• Grado di assistenza medica elevato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero elevato di medici</li> <li>• Poca dispensazione da parte del medico</li> </ul>
Stato e politica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Finanziamento elevato del Cantone nel settore ospedaliero</li> <li>• Quota statale elevata</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poca voce in capitolo della popolazione</li> <li>• Partiti di sinistra forti</li> </ul>

Nel settore della domanda le differenze per le spese sanitarie pubbliche dei singoli Cantoni sono spiegabili soprattutto in base a tre fattori: un numero elevato di anziani, una forte disoccupazione e un elevato reddito cantonale. Con questi fattori è possibile spiegare in gran parte anche le differenze dei costi tra le diverse regioni linguistiche. Mentre i Cantoni latini presentano quote di anziani e di disoccupati al di sopra della media, nei Cantoni svizzero tedeschi medio-grandi si trovano condizioni quadro sociali più vantaggiose. Inoltre le spese sanitarie cantonali nelle regioni urbane risultano essere generalmente più elevate che nelle regioni di campagna.

Dal lato dell'offerta, ossia dei fornitori di prestazioni, soprattutto due caratteristiche della sanità cantonale costituiscono i fattori di costo principali: da un lato il numero dei medici (medici generici e specialisti) per abitante e dall'altro il grado generale di assistenza con prestazioni mediche. Costi sanitari di molto superiori alla media si registrano quindi nei Cantoni con un numero elevato di medici (e un elevato grado di specializzazione) nonché un'assistenza sanitaria sviluppata.

Nell'immediata sfera d'influenza dei poteri pubblici due fattori si sono dimostrati rilevanti. Le spese sanitarie pubbliche sono in stretta relazione con il grado di finanziamento statale nel settore ospedaliero. Questo fattore permette di spiegare meglio in particolare i costi sanitari estremamente elevati dei Cantoni Basilea-Città e Ginevra. Un'influenza significativa sulle spese pubbliche nel settore della sanità ha infine una politica d'intervento statale generalmente più pronunciata. I Cantoni che cercano di risolvere tradizionalmente i problemi mediante una pratica incentrata soprattutto sullo Stato e meno orientata al mercato si attengono a questo modello anche nell'ambito della politica della sanità, con le relative conseguenze finanziarie.

Uno sguardo ai Cantoni mostra infine che Basilea-Città presenta il massimo dei fattori che provocano l'aumento dei costi della sanità pubblica, mentre i Cantoni svizzero-tedeschi medio-grandi San Gallo, Lucerna e Turgovia si contraddistinguono per la loro assenza assoluta.

I costi dell'assicurazione malattie sono soggetti essenzialmente agli stessi fattori d'influenza delle spese dei poteri pubblici. Di conseguenza un numero elevato di anziani, una forte urbanizzazione con gli oneri del centro ad essa correlati, una disoccupazione elevata e reti sociali deboli costituiscono i parametri più importanti per spiegare le differenze tra i costi cantonali. Il livello generalmente inferiore dei costi nella Svizzera tedesca è dovuto specialmente al tasso di disoccupazione più basso e al grado generalmente più elevato dell'integrazione sociale.

Per quanto riguarda l'assistenza, nell'assicurazione malattie i fattori di costo principali sono la densità dei medici, la regolamentazione della consegna dei medicinali e il rapporto tra il numero dei letti per cure acute e quello per cure di lunga durata. Come nel caso della sanità pubblica, anche per quanto riguarda l'assicurazione malattie un'offerta estesa nel settore ambulatoriale comporta l'aumento dei costi. Anche una densità di medici generici o specialisti professionalmente attivi porta ad un aumento del ricorso a prestazioni mediche ed a costi più elevati nell'assicurazione malattie. Per quanto riguarda i diversi sistemi della consegna dei medicinali, in base ai risultati che vi presentiamo risulta infine che la dispensazione da parte del medico sia la soluzione più vantaggiosa.

Le strutture delle cure di lunga durata hanno una forte influenza sui costi dell'assicurazione malattie, tanto più che dall'introduzione della LAMal anche le prestazioni di cura figurano nel catalogo delle prestazioni. Visto che le offerte delle cure a domicilio (spitex) previste per l'assistenza di persone anziane bisognose di cure o le istituzioni medico-sociali quali case di cura e case per persone anziane non riescono a coprire la domanda, le persone anziane bisognose di cure vengono spesso ricoverate negli ospedali per cure acute, assai più costosi. Questo aumenta il grado di utilizzazione degli ospedali, ma vincola le capacità di assistenza (infrastruttura, prestazioni di cura) e causa quindi costi più elevati di conseguenza.

Tra le diverse caratteristiche politico-istituzionali cantonali esaminate soprattutto una forte partecipazione della popolazione costituisce un freno ai costi della sanità cantonale da non sottovalutare. Per questo motivo proprio nella seconda metà degli anni Novanta i Cantoni con istituzioni democratiche dirette sviluppate hanno fatto registrare un aumento dei costi al di sotto della media.

Inoltre trovano infine conferma gli effetti delle differenze di struttura socioculturali. Tenendo presente il contesto di reti sociali poco sviluppate della Svizzera romanda e la circostanza che lungo le frontiere linguistiche la politica sociale viene intesa in modi anche divergenti, si può localizzare una componente culturale che trova espressione nelle diverse aspettative nei confronti dei servizi della sanità pubblica e che si ripercuote sui costi dell'assicurazione malattie. Il Cantone che presenta il maggior numero di fattori che provocano un aumento dei costi è il Canton Vaud. Nei due Cantoni della Svizzera centrale Uri e Lucerna ve ne è uno solo, nei due Semicantoni di Obvaldo e Nidvaldo nessuno.

Il confronto qualitativo effettuato dall'ufficio COPLAN permette di rilevare anche differenze evidenti tra le regioni linguistiche per quanto riguarda le caratteristiche istituzionali e processuali dei sette Cantoni modello. A questo proposito la competenza esclusiva dei Cantoni - differenziata secondo le offerte - nell'ambito della sanità, l'assenza di una

pianificazione e di un finanziamento vicini ai cittadini da parte dei Comuni o dei consorzi intercomunali nonché la trasformazione dello spitex in un'organizzazione professionale si sono rivelati fattori che contribuiscono a far aumentare i costi (cfr. COPLAN 2001).

### 3. Conclusioni

- Miglioramento della disponibilità, della comparabilità e della coerenza dei dati cantonali

Una tra le più grandi lacune della sanità svizzera consiste nella mancanza di trasparenza dei dati. In particolare l'assenza di una panoramica sulle informazioni a livello cantonale e la molteplicità di metodi di conteggio e di tariffazione rendono impossibili i confronti diretti, favorendo in tal modo l'insorgere di costi più elevati. Una condizione indispensabile per l'esecuzione di provvedimenti volti a contenere i costi consiste quindi nel raccogliere i dati statistici coerenti.

- Rafforzamento della pianificazione regionale dell'offerta e del coordinamento sovracantonale delle prestazioni di assistenza

Lo sproporzionato aumento dei costi constatato nel corso degli anni Novanta nei Cantoni poco o mediamente popolati mostra tra l'altro come nell'ambito della sanità le possibilità della collaborazione intercantonale vengano sfruttate ancora troppo poco. Mentre specialmente i Cantoni romandi e quelli della Svizzera centrale hanno potenziato i loro sforzi di cooperazione intercantonale, in altri Cantoni la pianificazione dell'offerta non viene ancora coordinata con i Cantoni vicini o viene coordinata solo in certi casi. Si deve quindi ritenere che il potenziale di risparmio di un coerente coordinamento sovracantonale volto allo sfruttamento ottimale delle risorse e alla riduzione delle sovracapacità non venga ancora sfruttato da tutti i Cantoni.

- Veridicità dei costi e coordinamento a livello nazionale per quanto riguarda l'offerta delle prestazioni della medicina di punta

Gli oneri assai elevati dei Cantoni di città nel settore della sanità non sono imputabili solo a condizioni quadro specifiche che comportano l'aumento dei costi e ad una fitta offerta di prestazioni nel settore ambulatoriale e ospedaliero, bensì anche all'organizzazione della sanità svizzera, improntata al federalismo e quindi frammentaria. In particolare l'onerosa infrastruttura delle offerte di prestazioni della medicina di punta, di grande interesse anche per i Cantoni limitrofi, che però partecipano solo in modo limitato ai costi, è un'ulteriore causa delle rilevanti differenze di costi esistenti tra i Cantoni urbani e gli altri. Il settore della medicina di punta è inoltre caratterizzato da sovracapacità e mancanza di coordinazione tra i Cantoni sede di cliniche universitarie. Un'ulteriore riduzione delle differenze dei costi cantonali e risparmi specifici nell'ambito della medicina di punta richiedono quindi sia l'aumento dell'assunzione e del rimborso dei costi completi causati dai Cantoni limitrofi, sia un coordinamento dettagliato e una concentrazione delle offerte della medicina di punta.

- Provvedimenti volti a ridurre i costi da parte dei fornitori di prestazioni

Sia per quanto riguarda le uscite della sanità pubblica che per quanto riguarda i costi dell'assicurazione malattie, quale spiegazione delle differenze tra i costi cantonali il numero elevato dei medici per abitante (medici generici e in particolare specialisti) risulta essere uno tra i fattori che contribuiscono maggiormente all'aumento dei costi. Nella sanità svizzera gli stimoli a fornire prestazioni mediche vantaggiose sono ancora troppo esigui per il corpo medico. Sia i provvedimenti orientati sulla concorrenza come l'abolizione dell'obbligo di stipulare contratti tra gli assicuratori e i fornitori di prestazioni, l'aumento della decartellizzazione nell'ambito delle trattative tariffali tra le organizzazioni dei medici e le associazioni delle casse malati sia gli interventi diretti finalizzati al controllo delle offerte del settore ambulatoriale costituiscono quindi strumenti particolarmente efficaci per una riduzione dei costi a lungo termine.

- Effetto disciplinatore della partecipazione democratica diretta

Per quanto riguarda le istituzioni politiche una partecipazione democratica diretta marcata risulta essere in particolare efficace per contenere gli elevati costi della salute. Specialmente negli ultimi anni i cittadini, che, pagando le tasse ed i premi, svolgono un doppio ruolo di finanziatori, in molte loro decisioni si sono dimostrati molto più consapevoli dei costi che non i politici e l'Amministrazione. Questo risultato dimostra che a livello cantonale si sfrutta ancora poco il potenziale di contenimento dei costi di una estesa partecipazione democratica diretta in caso di decisioni importanti in materia di politica sanitaria.

- Rafforzamento mirato dei provvedimenti volti a contenere i costi invece che a trasferirli

La crescita relativamente esigua delle spese della sanità pubblica rispetto ad un contemporaneo aumento elevato dei costi delle casse malati, l'importante influenza della partecipazione delle cliniche private e di quella dei poteri pubblici - in numerosi Cantoni al di sotto del 50% - al finanziamento del settore ospedaliero rendono attenti alla crescente importanza degli effetti dei provvedimenti politici volti a trasferire i costi (invece che a contenerli). Già da parecchio tempo si può osservare una tendenza alla redistribuzione nell'ambito del finanziamento della sanità. Mentre lo Stato lascia sempre più il ruolo di finanziatore diretto, l'assunzione di prestazioni da parte degli assicuratori-malattie e delle economie domestiche aumenta sempre più. L'aumento delle privatizzazioni degli ospedali, la riduzione generale dei sussidi statali nel settore ospedaliero e il crescente ricorso ad ospedali privati hanno come conseguenza soprattutto un trasferimento dei costi dai Cantoni e dai Comuni agli assicuratori-malattie e alle economie domestiche private, mentre è minore il contenimento generale dei costi della sanità che ne deriva.

- Una continua dinamica di crescita strutturale nell'ambito dei costi sanitari

Il forte invecchiamento della popolazione previsto per i prossimi decenni, il velocissimo sviluppo tecnico nell'ambito della medicina e la costante tendenza verso famiglie di un solo membro fanno pensare che le spese della sanità continueranno ad essere caratterizzate da una dinamica di crescita strutturale e che, in particolare, ci si può attendere un aumento della richiesta di strutture d'assistenza articolata (case di cura, case per persone anziane, Spitex). Allo stesso tempo, però, queste offerte di prestazioni sono già utilizzate fino alla



saturazione. Questi risultati indicano che in molti Cantoni le capacità di prestare cure a lungo termine e a domicilio non sembrano sgravare da questi compiti assistenziali gli ospedali che forniscono cure acute. Al fine di ottimizzare l'insieme dell'assistenza sanitaria sembra quindi necessario armonizzare maggiormente le capacità dei settori ospedaliero e ambulatoriale e di includerli entrambi nelle pianificazioni cantonali dell'assistenza, visto che sono interdipendenti.

La presente analisi e lo studio dell'ufficio COPLAN (2001) si completano ampiamente in quanto a risultati e conclusioni. Secondo i risultati di entrambi gli studi si dovrebbero mettere a disposizione offerte sanitarie decentralizzate e rispondenti alle esigenze dei cittadini. Le sovracapacità, fonte di aumento dei costi, dovrebbero essere ridotte rafforzando la collaborazione sovracantonale e coordinando le offerte. L'obiettivo principale deve infine consistere nel diminuire effettivamente i costi sanitari e non nel trasferirli ad altri finanziatori.



## SUMMARY

There are considerable differences in health insurance and public health costs between the cantons. The reasons for these differences were examined by two research projects as part of the KVG/LaMAL impact analysis. In parallel to the present statistical cross-sectional analysis of all 26 cantons, COPLAN Empirische Sozialforschung in Basle conducted a qualitative comparison of seven cantons, selected for their structural differences (COPLAN 2001).

### 1. Queries and approach

The study examines cost differences in health care and health insurance between the Swiss cantons. A statistical analysis of cantonal indicators addresses three issues:

- On the basis of statistical evaluations, what are the reasons for cantonal differences in health care and health insurance costs?
- What are the main cost-curbing/increasing factors that can explain cantonal health care and insurance cost differences in the 1990s?
- What practical conclusions may be drawn for future developments, and what recommendations may be made for KVG/LaMAL regulation, as well as cantonal and municipal health policies?

The study is based on a statistical cross-sectional analysis of the 26 Swiss cantons, using aggregate data to discover the differences in health care costs. The factors that make for cost differences between the cantons are examined by means of correlation and regression analyses. The period covered is 1994 to 1999. Due to the complexity of funding in the Swiss health care system, cantonal cost differences will be examined on two values. The net financial requirements per capita of cantons and municipalities in the health sector reflect public spending on health care, whereas health insurance costs are analysed on the basis of gross costs per insurance month in each canton.

### 2. An overview of the major findings

The major findings of the comparative study on cross-cantonal health care and health insurance cost differences may be summarised as follows:

- In both areas examined, the differences in health care costs between the cantons show a similar pattern: city cantons have the highest costs, medium-sized and small German-speaking cantons have the lowest.
- A levelling effect within cost development has been observed since the mid-1990s: low growth in the cantons with high costs, above average cost increases in the previously less expensive cantons.
- Cost-increasing factors are to be found on both the supply and demand side: cantonal data show that a highly specialised and dense offer of out- and in-patient care

combined with a high proportion of geriatrics, above-average unemployment and under-developed social networks are the main causes of high health care costs.

In the second half of the 1990s cantonal differences in public health care expenditure were considerable, albeit slightly less than before. The net financial requirements per capita of cantons Basel Stadt and Geneva were up to four times greater than those of Lucerne, Schwyz, Appenzell I. Rh. and Thurgau. The period was characterised by a general convergence of public health cost trends between cantons with high and low expenditure, and thus a certain reduction in cost differences. Public expenditure tended to increase more in cantons with low health care costs. A glance at the cost structures of the public budget (cantons and municipalities) shows that hospital costs account for the highest proportion of public expenditure, albeit with strongly differing percentage shares. There are also significant cantonal differences in health insurance costs, though they tend to be less than those for public health care expenditure. Cantons Geneva, Basle Stadt, Vaud, Jura and Ticino have the highest average costs, while Appenzell I. Rh., Lucerne and Saint Gall the lowest. However, a significant continual cost increase was observed in all cantons during the second half of the 1990s. As for public health care expenditure, the cantons with higher costs tended to have under-proportional cost increases, whereas in the comparatively cheaper cantons there were above-average cost increases.

The study which systematically compared all 26 cantons over the 1994-1999 period shows that from approximately 100 investigated indicators, those which most contribute to increases in public health expenditure and health insurance costs are:

Table 1: The most important price-increasing factors behind cantonal public health expenditure.

	Public health expenditure	Health insurers' costs
Demand side	<ul style="list-style-type: none"> <li>• High quota of elderly</li> <li>• High urbanity level</li> <li>• High unemployment</li> <li>• High national income</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• High quota of elderly</li> <li>• High urbanity level</li> <li>• High unemployment</li> <li>• Inadequate social networks</li> </ul>
Supply side	<ul style="list-style-type: none"> <li>• High density of physicians</li> <li>• High level of medical services provision</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• High density of physicians</li> <li>• Little recourse to over-the-counter medicines (Selbstdispensation)</li> </ul>
Government and policy	<ul style="list-style-type: none"> <li>• High levels of cantonal funding for in-patient care</li> <li>• High levels of public expenditure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Little popular co-determination</li> <li>• Strong left-wing parties</li> </ul>

To explain the cantonal differences in public health expenditure, there are three major driving forces on the demand side: a large proportion of senior citizens, high unemployment and a high national income. These factors also largely explain the cost differences among Switzerland's four linguistic regions. While the French- and Italian-speaking cantons have an above average quota of elderly and unemployed persons, the medium-sized German speaking cantons have cheaper social framework conditions. Furthermore, cantonal health expenditure in urban regions is generally higher than in rural areas.

On the supply side, i.e. the service provider, there are two noticeable central cost factors in cantonal health services: one is the number of physicians (general practitioners and specialists) per inhabitant, and the other is the general level of medical services provision. Health care expenditure in cantons with a high density of physicians (and high levels of specialisation) and highly developed medical services provision greatly exceeds average expenditure.

In terms of direct government influence on public health expenditure, two main contributory factors emerge. The first is the level of public financing of in-patient care, which in particular helps to explain the generally high costs of health care in Basel-Stadt and Geneva. Second, there is the influence of overall government intervention on public health expenditure. Cantons which tend towards interventionist, rather than market-oriented solutions do not deviate from this sample in terms of health policy, thus generating corresponding costs.

Basel Stadt has the maximum of cost-increasing factors relative to public health expenditure, while the three medium-sized German speaking cantons St. Gall, Lucerne and Thurgau have practically none.

By and large, health insurance costs are influenced by the same factors as those of public health expenditure. A higher share of older persons, a high level of urbanity and the corresponding central financial burdens, high unemployment and underdeveloped social networks are the most significant factors. The generally lower cost levels in German-speaking Switzerland are chiefly linked to lower unemployment rates and a greater degree of social integration.

On the supply side, the central health insurance cost factors are the density of physicians, regulations on pharmaceutical prescriptions, and the ratio of acute to long-term hospital beds. As observed for public health costs, a comprehensive offer in terms of outpatient care drives up the costs of health insurance. A high number of practising general practitioners and specialists in proportion to the population means greater medical services provision and higher health insurance costs. Based on the present results, recourse to over-the-counter medication (Selbstdispensation) seems to be the most cost-effective solution among the various systems.

The structures of long-term care have a strong influence on health insurance costs, particularly since the introduction of the KVG/LaMAL, which added nursing services to the catalogue of benefits. Because the offer of domiciliary care (Spitex) or socio-medical institutions, such as retirement and nursing homes for older persons, cannot meet demand, they must be treated often in more expensive acute hospitals. This increases the rate of occupancy of hospital beds, but binds provision capacity (nursing infrastructure) and thus leads to higher costs.

Of the various political-institutional features of the cantons investigated, strong popular co-determination was revealed to be one of the most important factors in curbing cantonal health care costs. In the second half of the 1990s cantons with highly developed direct democratic institutions had below average cost increases.

Furthermore, the study confirms differences in terms of sociocultural structures. The fact that French-speaking Switzerland has less well developed social networks and that the perceptions of social policy differ according to linguistic borders, reveals that there is a

cultural component to demands on the health care system and resulting health insurance costs. Overall, canton Vaud has the most cost-increasing factors, while the central Swiss cantons of Uri and Lucerne have one factor each, and the half cantons of Ob and Nidwald have no cost-increasing factors.

The qualitative comparison by COPLAN also revealed significant differences between the linguistic regions in relation to the institutional and procedural characteristics of the seven model cantons. The comparison shows that main contributory factors to higher costs are: the cantons' exclusive responsibility for widely-differentiated health care services, a lack of planning and financing by the municipality or municipal organisations, which take account of the population's needs, and the transformation of Spitex into a professional organisation (cf. COPLAN 2001).

### 3. Conclusions

#### - Improvement of availability, comparability and coherence of cantonal data

One of the largest deficits in the Swiss health service is the lack of data transparency. In particular the unsatisfactory overview of available information at cantonal level, as well as the diversity of accounting and rating methods, make direct comparisons impossible, and may give rise to higher costs. Thus, a central prerequisite for the introduction of cost-curbing measures is the consolidation of coherent statistical health service data.

#### - Strengthening regional health care planning and cross-cantonal coordination of services

The trend in the 1990s towards over-proportional cost increases in cantons with low and medium population density points to the fact that there is still a lack of cross-cantonal cooperation. Whereas the French-speaking and central Swiss strengthened their cross-cantonal cooperation efforts, others failed to do so. One may assume that the savings potential of cross-cantonal and coherent coordination aimed at optimising the use of resources, and the potential to reduce over-capacity have yet to be exhausted by all cantons.

---

- True costs and coordination of advanced medical services throughout Switzerland

The exceptionally high health service costs in city cantons cannot simply be explained by their specific cost-increasing framework conditions and a dense offer of out- and in-patient services; they are also a consequence of the strong federal and localised organisation of the Swiss health service. The costly infrastructure of advanced medical services which attract neighbouring cantons that bear little of the resulting costs is another reason for the considerable cost differences between city and non-city cantons. Advanced medical services are also negatively affected by over-capacity and lack of coordination among cantons with university hospitals. If cantonal cost differences are to converge and specific savings are to be made in advanced medicine, there has to be greater assumption and reimbursement of the full costs incurred by neighbouring cantons, and a comprehensive coordination and concentration of advanced medical services.

- Cost reduction measures by service providers

One of the main factors that explains cantonal cost differences in public health expenditure and health insurance is the density of physicians (general practitioners, and particularly specialists); it is also one of the most significant cost-increasing factors. As before, the Swiss health service offers the medical fraternity little incentive to provide inexpensive medical services. Market-oriented measures such as the removal of the contractual duty between insurers and service providers, the consolidated decartelisation of bargaining between medical practices and health insurance associations, and direct intervention in controlling out-patient services should be viewed as particularly effective instruments for long-term cost reduction.

- The disciplining effect of direct democratic co-determination

From a political point of view, a high level of direct democratic co-determination is an important health cost-curbing factor. Over the last few years in particular, citizens increasingly make decisions on cost-related grounds due to their dual financing role as tax and premium payers; the same cannot be said of the politicians and the administration. This shows that the cost curbing potential of a fully developed system of direct democratic co-determination is under-utilised when it comes to deciding important cantonal health policies.

- Targeted strengthening of cost-cutting rather than cost-shifting measures

The comparatively low growth in public health expenditure and the strong increase in health insurance costs, the significant rise in the use of private clinics and the fact that in-patient services in many cantons receive less than 50% of their funding from the government demonstrate a growing trend to shift rather than curb costs. In fact, this trend in health service funding has been observed for quite some time. As the government lessens its direct funding, health insurers and households assume greater responsibility for funding health services. Growing hospital privatisation, the general slashing of government subsidies for the hospital sector and the increased utilisation of private hospitals lead to a greater transfer of costs from the cantons and municipalities to the health insurers and private households, without leading to a general decrease in public health care costs.

#### - Further structural growth dynamics in health expenditure

The expected strong increase over the next decades of the older population, rapid technical advances in medicine and the continuous trend towards one-person households leave it to be expected that health expenditure will be subject to further structural growth dynamics, and that there will be increasing demand placed on well-developed provision structures (retirement and nursing homes, Spitex). However, these structures are already subject to over-proportional demand. The study results indicate that in many cantons, the disposable capacity for nursing and long-term care will not allow the acute hospitals to unburden themselves from this duty. To optimise all health care provision it seems necessary therefore to strengthen the coordination between the capacity of in- and outpatient services and to combine them in cantonal provision planning due to their strong reciprocal effects.

The present project and the COPLAN study (2001) have arrived at more or less the same results and conclusions, which speak in favour of health care services that are decentralised and more geared to the needs of both the population and the providers. To this end, cost increasing over-capacity should be removed primarily through greater cross-cantonal cooperation and coordination of services. Finally, the main demand is that health care costs are not shifted from one source of funding to another, but that they are effectively reduced.



---

## INHALT

1	Einleitung .....	1
1.1	Problemstellung.....	1
1.2	Methodisches Vorgehen.....	3
1.3	Datenquellen und aufgetretene Probleme .....	4
1.4	Aufbau des Berichts.....	6
2	Übersicht über die kantonalen Kostendifferenzen im Gesundheitswesen .	7
2.1	Die Gesundheitsausgaben der öffentlichen Haushalte.....	8
2.2	Die Bruttokosten der Krankenversicherung.....	14
2.3	Abgrenzung und Berührungspunkte zwischen den untersuchten Kostengrössen .....	18
2.4	Einordnung der Kantone anhand der Kostendaten .....	20
3	Wirkungsmodell und Hypothesen .....	23
3.1	Ansätze zur Erklärung der Gesundheitsausgaben .....	23
3.1.1	<i>Ausgangsmodell .....</i>	<i>23</i>
3.1.2	<i>Erklärungsansätze für die makrosozialen und –politischen Ursachen der Kostendifferenzen im Gesundheitswesen .....</i>	<i>24</i>
3.2	Hypothesen, Operationalisierung und Indikatoren.....	26
3.2.1	<i>Merkmale der Nachfragerseite.....</i>	<i>26</i>
3.2.2	<i>Merkmale der Anbieterseite .....</i>	<i>30</i>
3.2.3	<i>Merkmale der allgemeinen Staatstätigkeit.....</i>	<i>34</i>
3.3	Wirkungsmodell und Zusammenfassung der Hypothesen .....	39

---

4	Empirische Befunde.....	43
4.1	Methodisches Vorgehen.....	43
4.2	Analyse der Gesundheitsausgaben der öffentlichen Hand.....	45
4.2.1	<i>Höhe der öffentlichen Gesundheitsausgaben.....</i>	<i>45</i>
4.2.2	<i>Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsausgaben.....</i>	<i>50</i>
4.3	Bedeutung der räumlichen und kulturellen Dimensionen .....	55
4.4	Analyse der Kosten der Krankenversicherung .....	57
4.4.1	<i>Höhe der Kosten der Krankenversicherung .....</i>	<i>57</i>
4.4.2	<i>Entwicklung der Kosten der Krankenversicherung.....</i>	<i>61</i>
5	Synthese.....	67
5.1	Die Kostendifferenzen zwischen den Kantonen im Gesundheitswesen und in der Krankenversicherung .....	67
5.2	Schubkräfte und Barrieren der öffentlichen Gesundheitsausgaben .....	70
5.3	Schubkräfte und Barrieren der Krankenversicherungskosten.....	74
5.4	Schlussfolgerungen.....	77
	Literatur .....	83
	Anhang: Variablen und Daten .....	87

# 1 EINLEITUNG

Im Rahmen der Wirkungsanalyse des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) wurde das Büro Vatter, Politikforschung & -beratung, Bern, vom Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) beauftragt, die kantonalen Unterschiede in den Kosten der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens sowie deren Entwicklung im Zeitverlauf in einem Forschungsprojekt zu untersuchen. Der vorliegende Bericht stellt den quantitativen Teil des Projekts dar und beinhaltet die statistische Analyse kantonalen Indikatoren. Der qualitativ orientierte Teil des Projekts, der ausgewählte Modellkantone anhand von Dokumentenanalysen und Expertengesprächen untersucht, wurde vom Büro COPLAN, Empirische Sozialforschung, Basel, erarbeitet (COPLAN 2001).

Die vorliegende Studie hat zum Ziel, anhand von statistischen Auswertungen die wichtigsten Ursachen der Kostenunterschiede im Gesundheitswesen und in der Krankenversicherung zwischen den Kantonen herauszuarbeiten und auf der Basis der Ergebnisse konkrete Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Kantone zu formulieren.

## 1.1 Problemstellung

In der Schweiz wurden 1999 im Gesundheitsbereich insgesamt 41,6 Milliarden Franken ausgegeben, was einem Anteil von 10,7% am Bruttoinlandprodukt entspricht (BFS 2001). Dieser Anteil hat im Vergleich zu 1985 stark zugenommen, damals betrug er noch 7,8%. Während das BIP seither um 60% gewachsen ist, beträgt der Anstieg der Gesundheitskosten 115% (Greppi et al. 2000). Das überdurchschnittliche Wachstum der Kosten des Gesundheitswesens<sup>1</sup> beschäftigt nicht nur die Bevölkerung stets aufs Neue, wenn der alljährlich wiederkehrende Prämienschub in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bekanntgegeben wird, sondern stellt auch ein zentrales Thema politischer Auseinandersetzungen auf Bundes- und Kantonsebene dar. Massnahmen der Kostendämpfung waren eines der Hauptanliegen der Einführung des KVG (Bundesrat 1991: 4), die Neuordnung der Spitalfinanzierung mit dem Ziel der Kostensenkung bildet den Schwerpunkt der zweiten KVG-Teilrevision (Bundesrat 2000: 2ff.).

In der Schweiz ist das Gesundheitswesen grundsätzlich föderalistisch aufgebaut und unterliegt weitgehend der Gestaltungsfreiheit der Kantone (vgl. Frei 1998a, Bertogg und Stäger 1998). Die Kantone regeln die Zulassung von Akteuren und Waren auf dem Gesundheitsmarkt, sind für den Aufbau und das Angebot medizinischer Dienstleistungen verantwortlich, kümmern sich um Prävention und Gesundheitsförderung und vollziehen die Bundesgesetze im Gesundheitsbereich (European Observatory 2000: 14ff.). Insofern setzt sich das schweizerische Gesundheitswesen prinzipiell aus 26 eigenständigen, aber miteinander vernetzten kantonalen Gesundheitssystemen zusammen. Diese Systeme unterscheiden sich

---

<sup>1</sup> Die Kosten des Gesundheitswesens enthalten sämtliche Ausgaben, die von privaten Haushalten, Sozialversicherungen, Bund, Kantonen und Gemeinden sowie dem Ausland für die Finanzierung von medizinischen, paramedizinischen und pflegerischen Gütern und Dienstleistungen getätigt werden (BFS 1993: 8).

zum Teil beträchtlich bezüglich des Umfangs und der Ausrichtung ihres Leistungsangebotes, hinsichtlich der Zusammensetzung und den Ansprüchen der zu versorgenden Zielbevölkerung sowie in der politischen und institutionellen Ausgestaltung ihrer Regelungsinstanzen.

Dem Bund fallen jedoch im Bereich der Krankenversicherung aufgrund des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) verschiedene Kompetenzen zu, die sich auf die kantonalen Gesundheitswesen auswirken. So verpflichtet das KVG beispielsweise die Kantone zur Spitalplanung (Art. 39), schreibt eine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur bei Einzelleistungstarifen vor (Art. 43 Abs. 5), regelt die Grundsätze der Spitalfinanzierung (Art. 49) oder unterstellt die Prämientarife der Krankenversicherer der Genehmigung des Bundes (Art. 61 Abs. 4).

Trotz dieser verschiedenen Regelungen liegen nicht in allen Kantonen dieselben Voraussetzungen der Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenversicherung vor. Je nach Verbreitung von Versicherungsmodellen mit erhöhter Jahresfranchise, bei denen die Versicherten einen grösseren Anteil der anfallenden Kosten selber tragen, oder je nach Ausmass der Subventionierung des stationären Sektors durch den Kanton gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG<sup>2</sup> resultieren unterschiedliche Modalitäten der Kostenaufteilung zwischen den verschiedenen Kostenträgern, d.h. zwischen dem Staat, den Krankenversicherern und den Versicherten. Die Kosten der Krankenversicherung sind ausserdem u.a. abhängig von der jeweiligen Ausgestaltung des kantonalen Gesundheitswesens und dessen Leistungsangebot, von der Inanspruchnahme dieses Angebots, sowie von der vom Kanton verfolgten Spitalplanung, seiner Spitalfinanzierungs- und Tarifpolitik.

Insofern lassen sich sowohl in der Krankenversicherung, d.h. bezüglich der Kosten pro Versicherte und damit tendenziell der entsprechenden Prämien, als auch bei den staatlich getragenen Kosten des Gesundheitswesens beachtliche kantonale Unterschiede feststellen, die auf politischer Ebene regelmässig zu Auseinandersetzungen Anlass geben.

Kantonale Unterschiede bestehen nicht nur hinsichtlich der Höhe der Gesundheitskosten, sondern auch bezüglich ihrer Entwicklung im Zeitverlauf. So zeigen sich beispielsweise bei der durchschnittlichen jährlichen Veränderung der Krankenkassenprämien beträchtliche Varianzen: Während im Kanton Wallis die Prämie für Erwachsene zwischen 1996 und 2001 nur um 1,5% anstieg, verzeichnet der Kanton Aargau im gleichen Zeitraum einen Prämienanstieg von 12,2%. Der gesamtschweizerische durchschnittliche Prämienanstieg in diesem Zeitraum beträgt 6,1% pro Jahr (BSV 2000a: 99). Bei den Gesundheitsausgaben der öffentlichen Hand sind ähnliche Unterschiede festzustellen. Während sie von 1994 bis 1999 im Kanton Thurgau durchschnittlich um rund 5% pro Jahr reduziert wurden, stiegen sie im Kanton Schwyz in derselben Periode jährlich um 17,5% an (gesamtschweizerischer Durchschnitt: +3,2%; vgl. Tabelle A3 im Anhang).

---

<sup>2</sup> Die vereinbarten Pauschalen zur Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital "(...) decken für Kantonseinwohner und –einwohnerinnen bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten je Patient oder Patientin oder je Versichertengruppe in der allgemeinen Abteilung." (Art. 49 Abs. 1 KVG)

Angesichts dieser frappanten Unterschiede zwischen den einzelnen Kantonen stellen sich verschiedene Fragen, welche die vorliegende Studie zu beantworten versucht. Dabei sind insbesondere die folgenden von zentralem Interesse:

- Welches sind die Ursachen für die kantonalen und regionalen Kostenunterschiede im Gesundheitswesen und in der Krankenversicherung?
- Welches sind die wichtigsten kostendämpfenden (bzw. –steigernden) Faktoren zur Erklärung der Kostenunterschiede im Gesundheitswesen und in der Krankenversicherung der Kantone in den neunziger Jahren?
- Welche praktischen Schlussfolgerungen lassen sich im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung ziehen und welche Empfehlungen können für die Regelungen im KVG und die kantonalen und kommunalen Gesundheitspolitiken formuliert werden?

## 1.2 Methodisches Vorgehen

Diese Fragen werden im Sinne eines vergleichenden Ansatzes statistisch untersucht. Durch eine Vollerhebung (d.h. die Berücksichtigung aller Kantone) kann mittels einer quantitativen Auswertung statistischer Daten systematisch nach den strukturellen Regelmässigkeiten der kantonalen Kostenunterschiede im Gesundheitswesen und bei der Krankenversicherung gefragt werden. Grundlage der Analyse bilden diverse Datensätze, die einerseits Angaben zu den unterschiedlichsten strukturellen, kulturellen, ökonomischen und politischen Merkmalen der Kantone und ihrer Gesundheitswesen machen, andererseits das Niveau und die Entwicklung der Kosten im Gesundheitswesen und der Krankenversicherung abbilden.

Aufgrund dieser Daten lassen sich mittels Regressionsschätzungen sinnvolle Querschnittvergleiche zwischen den 26 Kantonen anstellen. Dabei können sowohl das Niveau wie die Entwicklung der Kosten im Zeitverlauf analysiert werden, wobei für letzteres jeweils die durchschnittliche Veränderung in der interessierenden Periode berücksichtigt wird. Da nicht für alle verwendeten unabhängigen Variablen jährliche Daten verfügbar sind, nur eine kurze Zeitperiode untersucht wird und die vorhandenen Daten sich im Zeitverlauf zum Teil nur geringfügig verändern, liegt das Schwergewicht der Untersuchung in der Querschnittanalyse.

Als Untersuchungszeitraum wurde in Abhängigkeit der verfügbaren Daten die Periode von 1994 bis 1999 gewählt. Die untere Grenze ergibt sich aus der Tatsache, dass 1994 ein neuer Kontenplan für die Krankenversicherer in Kraft getreten ist, der zu Veränderungen in der Leistungserfassung geführt hat (Greppi et al. 1998: 78), weshalb Daten zur Krankenversicherung erst ab diesem Zeitpunkt systematisch vergleichbar sind.

Da die Einführung des KVG 1996 ungefähr in die Mitte dieser Periode fällt, ist zu erwarten, dass sich allfällige Veränderungen, die sich aus dieser Neuordnung des Krankenversicherungswesens ergeben haben, in der statistischen Betrachtung niederschlagen. Weil diese Veränderungen allerdings in den meisten Fällen alle Kantone gleichermassen betreffen,

sind kantonale Unterschiede nur in bedingtem Mass zu erwarten. Interessant dürfte allerdings die Frage sein, ob die Auswirkungen der KVG-Einführung die Kostendifferenzen zwischen den Kantonen eher verschärfen, eher reduzieren oder gar nicht tangieren.<sup>3</sup>

Die vorliegende Studie betritt in einer gewissen Weise Neuland, da es sich hierbei um einen der ersten Versuche handelt, die Gesundheitssysteme der 26 Kantone der Schweiz einem umfassenden Vergleich zu unterziehen.<sup>4</sup> Sie weist damit den Charakter einer Bestandesaufnahme auf, welche die spezifischen Eigenheiten der kantonalen Gesundheitswesen systematisch erfasst und miteinander in Beziehung setzt. Aufgrund der dabei notwendigerweise auftretenden Schwierigkeiten, insbesondere im Bereich der verfügbaren statistischen Daten (vgl. unten), welche die Komplexität der teilweise interkantonal verflochtenen gesundheitspolitischen Strukturen nur ungenügend zu erfassen vermögen, kann dabei kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden. Diese Probleme sind bereits andernorts erkannt und angemerkt worden (BFS 1993: 35, Rothenbühler 1999: 26 und 34, European Observatory 2000: 50f. und 78).

### 1.3 Datenquellen und aufgetretene Probleme

Die bei der Analyse verwendeten Daten entstammen hauptsächlich einer Datenbank, die der Auftragnehmer im Rahmen anderer Projekte aufgebaut hat und kantonale Indikatoren in den Bereichen Politik, Verwaltung, Sozial- und Wirtschaftspolitik enthält.<sup>5</sup> Diese Datenbank wurde aufdatiert und mit zahlreichen weiteren Daten, vor allem mit spezifischen Angaben zur Ausgestaltung der kantonalen Gesundheitswesen, erweitert, so dass ihr Umfang mittlerweile gegen 100 Indikatoren umfasst. Dies erfolgte vor allem mittels Literatur- und Internetrecherchen sowie über persönliche Anfragen bei Verwaltungsstellen (BSV, BFS, Eidgenössische Finanzverwaltung), der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK), santésuisse und dem Spitalverband H+ (Die Spitäler der Schweiz).

Als wichtigste zusätzliche Datenlieferanten erwiesen sich das BSV, welches verschiedene Angaben über Struktur und Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verfügbar machte, und das BFS, welches neben den Ergebnissen der Krankenhausstatistik auch detaillierte Daten zu den gesundheitsrelevanten Ausgaben der öffentlichen Hand bereitstellt. Verschiedene Indikatoren wurden ausserdem auf der Grundlage vorhandener Datensätze abgeleitet und selber berechnet. Eine Übersicht über die verwendeten statistischen Daten und ihre Quellen befindet sich im Anhang zu diesem Bericht.

---

<sup>3</sup> Zu den Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens liegen bereits zwei Studien von BSV und BFS vor (Greppi et al. 1998 und 2000).

<sup>4</sup> Die kantonalen Kostendifferenzen in der Krankenversicherung wurden 1996 von Schenker untersucht. Seine Analyse beschränkt sich jedoch auf wenige Kantone und ist eher deskriptiver denn explorativer Natur.

<sup>5</sup> Die Datenbank zu einer Vielzahl kantonaler Indikatoren entstand im Rahmen eines vom SPP "Domain la Suisse" unterstützten Projektes zu den politisch-institutionellen Bestimmungsgründen kantonalen Staatstätigkeit (Nr. 50-58521.99). Wir danken in diesem Zusammenhang dem Schweizerischen Nationalfonds für die Finanzierung beim Aufbau dieser Datenbank.

Bei einem quantitativ-statistischen Vorgehen sind die hauptsächlichen Probleme meist im Bereich der Datenlage anzusiedeln. Die grösste Schwierigkeit, die kantonalen Kostendifferenzen im Gesundheitswesen und in der Krankenversicherung zu analysieren, besteht denn auch darin, dass es zur Zeit nicht möglich ist, die dafür notwendigen Grunddaten auf kantonaler Ebene vollständig zu erheben. Die im Rahmen der BFS-Reihe "Kosten des Gesundheitswesens" (BFS 1993ff.) erhobenen Kostendaten beziehen sich auf die gesamte Schweiz, lassen sich jedoch wegen der komplexen Strukturen des schweizerischen Gesundheitswesens mit seinen 26 kantonalen Gesundheitssystemen nicht auf die kantonale Ebene aufschlüsseln.

Es zeigen sich zum Teil beträchtliche Lücken in der Verfügbarkeit statistischer Daten über die Struktur der kantonalen Gesundheitswesen. Aufgrund ihrer Konzeptualisierung und der erhobenen Daten müsste die Krankenhausstatistik des BFS eine wertvolle Quelle darstellen<sup>6</sup>, jedoch werden deren Ergebnisse aus verschiedenen Gründen lediglich in Form von Standardtabellen auf Internet publiziert und nur auf Anfrage detailliert ausgewertet.<sup>7</sup> Im stationären Bereich stehen so zwar einige Indikatoren zur Verfügung. Da jedoch das BFS erst seit 1997 für die Erhebung der Spitalstatistik zuständig ist und die bis 1996 publizierten Daten des Spitalverbands H+ nicht auf die kantonale Ebene aufgeschlüsselt sind, kann nicht auf zuverlässige und homogene Zeitreihen zurückgegriffen werden. Im ambulanten Bereich sind mit Ausnahme der Ärzte- und Fachärztedichte keine systematisch erhobenen kantonalen Datenreihen vorhanden, welche Aufschluss über das erbrachte Leistungsvolumen geben könnten. Eine gesamtschweizerisch vergleichbare Spitex-Statistik wurde erstmals für das Jahr 1998 erstellt (BSV 2000b).

Auf der Seite der zu erklärenden Kostendaten bestehen zwei grundlegende Probleme. Das eine betrifft die Daten, die sich vor 1996 auf die Krankenversicherung beziehen. Da sich die Versicherungsangebote der Krankenkassen bis zur Einführung des KVG bezüglich des Leistungsumfangs von Kasse zu Kasse und von Kanton zu Kanton zum Teil erheblich unterscheiden, ist die Vergleichbarkeit von Daten hierzu nur in beschränktem Mass gegeben. Seitens der Kosten der öffentlichen Hand ist zu berücksichtigen, dass die verwendeten Daten zwar einem einheitlichen Kontenplan (funktionale Gliederung der öffentlichen Haushalte, vgl. Greppi et al. 1998: 178) entnommen sind, die Kantone diesen jedoch nicht einheitlich interpretieren und bei der Verbuchung ihrer Kosten gewisse Abgrenzungsprobleme antreffen. Ein zweiter wichtiger Punkt betrifft die Behandlung der Investitionen der öffentlichen Hand, die von Kanton zu Kanton und von Jahr zu Jahr unterschiedlich hoch sind und somit bei Querschnittvergleichen relativ starke Verzerrungen verursachen, andererseits einen wichtigen Bestandteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben darstellen. In Abschnitt 2.1 wird erläutert, wie mit diesem Umstand umgegangen wird.

Die im neuen KVG enthaltenen Massnahmen zur Kosteneindämmung (Bundesrat 1991: 34-39) stellen aus politikwissenschaftlicher Sicht ein äusserst interessantes Untersuchungsge-

---

<sup>6</sup> Vgl. hierzu das Detailkonzept der Krankenhausstatistik ([www.statistik.admin.ch/stat\\_ch/ber14/gewe/detailkonzept\\_ks\\_2001-11-d.pdf](http://www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber14/gewe/detailkonzept_ks_2001-11-d.pdf)).

<sup>7</sup> Eine entsprechende Anfrage wurde von Frau Muriel Golay von der Sektion Gesundheit des BFS in verdankenswerter Weise sehr rasch bearbeitet.

biet dar und sind für die vorliegende Studie prinzipiell von hoher Relevanz, da ihre Umsetzung zu einem wesentlichen Teil Sache der Kantone ist und deshalb erhebliche Unterschiede in der Ausgestaltung und damit in ihrer Wirkung zu erwarten sind. Diese Massnahmen sind jedoch bisher erst teilweise in Kraft (BFS 2001), weshalb ihre Effekte auf die Kostenentwicklung in den Kantonen mangels praktischer Erfahrungen und mangels verfügbarer Daten noch kaum systematisch untersucht und statistisch analysiert werden können (vgl. INFRAS 2000: 145 zu den Veränderungen im Tarifbereich, Rothenbühler 1999 zur Spitalplanung, INFRAS 2000: 123ff. und 171ff. zu den Globalbudgets).

## 1.4 Aufbau des Berichts

Die Gliederung des vorliegenden Berichts folgt im Wesentlichen dem Untersuchungsablauf. In einem ersten Schritt werden die zu erklärenden kantonalen Kostendifferenzen im Gesundheitswesen operationalisiert und ausführlich beschrieben, wobei sowohl das Niveau und die Entwicklung als auch die Zusammensetzung der Kosten betrachtet und die beiden Grössen zueinander in Beziehung gesetzt werden. Das anschliessende Kapitel führt den theoretischen Hintergrund der Untersuchung aus, stellt das der Analyse zugrundeliegende Basismodell vor und erläutert die wichtigsten Hypothesen und ihre Operationalisierung. Das folgende Kapitel ist der empirischen Erklärung der kantonalen Unterschiede in Niveau und Entwicklung der Gesundheitskosten gewidmet und berichtet über die statistische Analyse und deren Ergebnisse. Diese werden anschliessend in der Synthese zusammengefasst und in Schlussfolgerungen überführt. Der Anhang enthält das aufgearbeitete Datenmaterial.



## 2 ÜBERSICHT ÜBER DIE KANTONALEN KOSTENDIFFERENZEN IM GESUNDHEITSWESEN

In der vorliegenden Studie geht es darum, die Unterschiede der Kosten im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen zu beleuchten und zu analysieren. Hierzu gilt es zunächst, die für einen derartigen Vergleich relevanten Grössen zu bestimmen und zu beschreiben. Da eine Gesamtgrösse der Gesundheitskosten wegen der hochkomplexen und stark verflochtenen Finanzströme nicht für jeden einzelnen Kanton ermittelt werden kann und monetäre Daten über die Kosten der kantonalen Gesundheitswesen fehlen (BFS 1993: 35), muss für die Auswahl der zu erklärenden Variablen auf geeignete Teilgrössen zurückgegriffen werden. Hierzu bieten sich – auch aufgrund der vorgegebenen Fragestellung – zum einen die Ausgaben der öffentlichen Haushalte, d.h. Kantone und Gemeinden, im Gesundheitsbereich, zum anderen die Bruttokosten der Krankenversicherung in den Kantonen an.

Damit werden zwei der drei wichtigsten Direktzahler<sup>8</sup> im gesamtschweizerischen Gesundheitswesen erfasst (vgl. Tabelle 1). Weil die Ausgaben der privaten Haushalte vom BFS nicht direkt erhoben werden können, sondern aus der Differenz zwischen den gesamten Ausgaben der Krankenkassen und den Ausgaben aller übrigen Direktzahler geschätzt werden (BFS 1993: 20), liegen hierfür keine Daten auf kantonaler Ebene vor, die einer statistischen Analyse zugänglich sind.

Da sich die Struktur, die Entwicklung und die Bestimmungsfaktoren der öffentlichen und der privaten Gesundheitsausgaben teilweise beträchtlich unterscheiden, werden sie getrennt betrachtet und analysiert (vgl. Schmidt 1999: 231). In den nachfolgenden Abschnitten wird die Operationalisierung der beiden abhängigen Variablen erläutert und ein Überblick über deren Niveau, Entwicklung und Zusammensetzung gegeben.

Tabelle 1: Finanzierung nach Direktzahler in Prozent (ganze Schweiz)

	1994	1995	1996	1997	1998
Haushalte	26.1%	25.9%	23.8%	24.7%	24.8%
Krankenkassen	45.4%	46.3%	48.4%	47.4%	47.8%
Unfallversicherung	3.4%	3.3%	3.1%	3.1%	3.3%
IV/AHV	6.6%	6.8%	7.0%	7.2%	7.1%
Militärversicherung	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
Bund	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.3%
Kantone	13.7%	13.3%	13.1%	12.6%	12.0%
Gemeinden	2.4%	2.0%	2.3%	2.4%	2.5%
Ausland	1.8%	1.9%	1.7%	2.1%	2.1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Quelle: BFS 1999: 39 und 2000a: 39

<sup>8</sup> Als Direktzahler gelten alle Institutionen, die (direkt) die Güter oder Dienstleistungen der Produzenten bezahlen (BFS 1993: 20). Die Ebene der *Direktzahler* ist zu unterscheiden von derjenigen der *Finanzierungsträger* (vgl. BFS 1993: 9). Als solche gelten diejenigen Institutionen, welche die Kosten des Gesundheitswesens effektiv tragen (BFS 1993: 21). Die Leistungen der Krankenversicherung z.B. werden von den Kassen bezahlt, aber von den Haushalten via Prämien teilweise getragen. In der vorliegenden Studie interessiert die Ebene der Direktzahler.

## 2.1 Die Gesundheitsausgaben der öffentlichen Haushalte

Die Kosten der öffentlichen Haushalte werden anhand des pro-Kopf-Nettofinanzbedarfs der Kantone und Gemeinden im Gesundheitswesen operationalisiert. Diese Grösse gibt die Summe der laufenden und der Investitionsausgaben von Kantonen und Gemeinden nach Abzug aller Einnahmen inklusive sämtlicher Transfers zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden wieder und ist somit Ausdruck der wirtschaftlichen Belastung der öffentlichen Hand in den verschiedenen Kantonen (BFS 1993: 21, BFS 1999: 29). Mit der Wahl einer pro-Kopf-Grösse werden Verzerrungen, die sich aus der unterschiedlichen Kantonsgrösse ergeben, ausgeschaltet.

Die Gesamtausgaben im Gesundheitsbereich sind gemäss der funktionalen Gliederung der Statistik der öffentlichen Haushalte klassifiziert<sup>9</sup> und beinhalten die folgenden Posten (vgl. Greppi et al. 1998: 178):

Tabelle 2: Funktionale Gliederung der öffentlichen Haushalte im Bereich Gesundheit

4	Gesundheit
40	Spitäler
41	Kranken- und Pflegeheime
42	Psychiatrische Kliniken
44	Ambulante Krankenpflege
45	Krankheitsbekämpfung
46	Schulgesundheitsdienst
47	Lebensmittelkontrolle
49	Übriges Gesundheitswesen (z.B. Ambulanzen, Apotheken, Badekur, Desinfektionen, Drogerien, Gesundheitsberatung, Heilmittel, Hygienemassnahmen, Kantonsärzte, Körperpflege, Krankentransporte, Stadtarzt, Toxikologie)

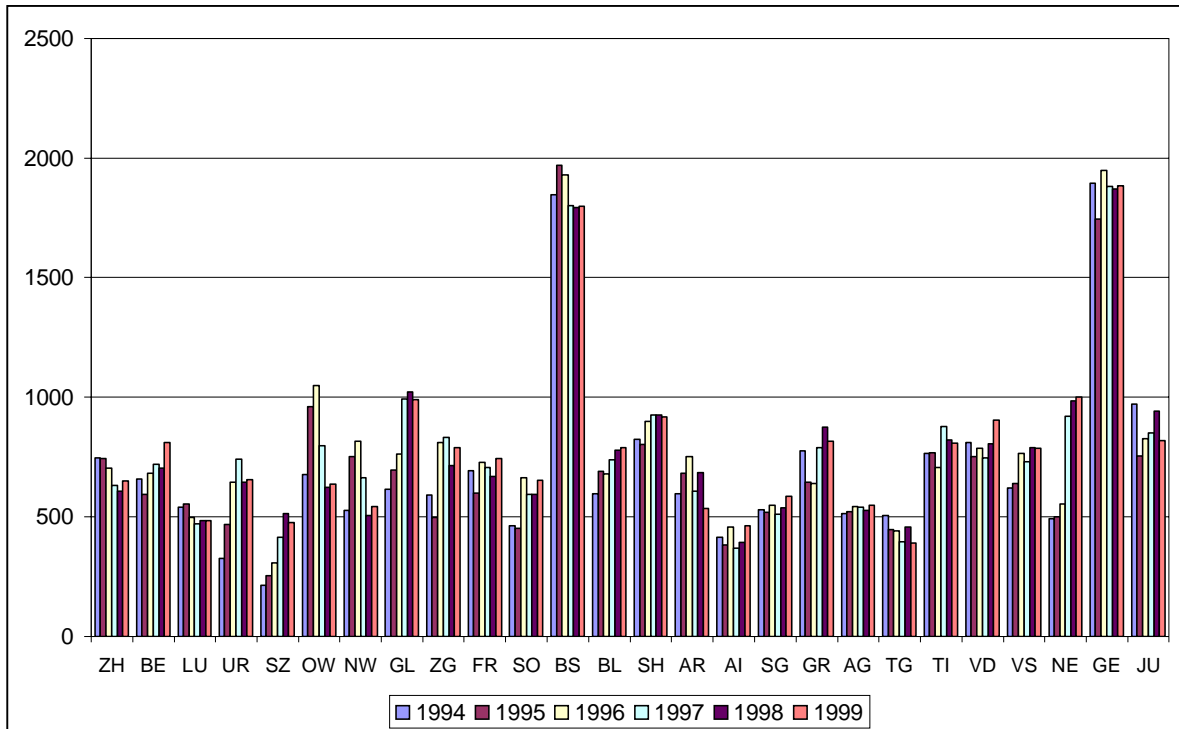
Die verwendeten Daten entstammen der Statistik der öffentlichen Finanzen der Eidgenössischen Finanzverwaltung (EFV) und konnten für die Jahre 1990-1998 direkt von der BFS-Website<sup>10</sup> bezogen werden. Für das Jahr 1999 liegen bisher erst provisorische Werte vor. Sie setzen sich aus den definitiven kantonalen Daten von 1999 und den Gemeindedaten von 1998 zusammen.<sup>11</sup>

<sup>9</sup> Obwohl die verwendeten Daten einem einheitlichen Kontenplan entnommen sind, gilt es zu beachten, dass die Kantone diesen nicht einheitlich interpretieren und bei der Verbuchung ihrer Kosten gewisse Abgrenzungsprobleme antreffen (vgl. Greppi et al. 1998: 179).

<sup>10</sup> [www.statistik.admin.ch/stat\\_ch/ber14/studien/fin\\_pub/dfin.htm](http://www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber14/studien/fin_pub/dfin.htm)

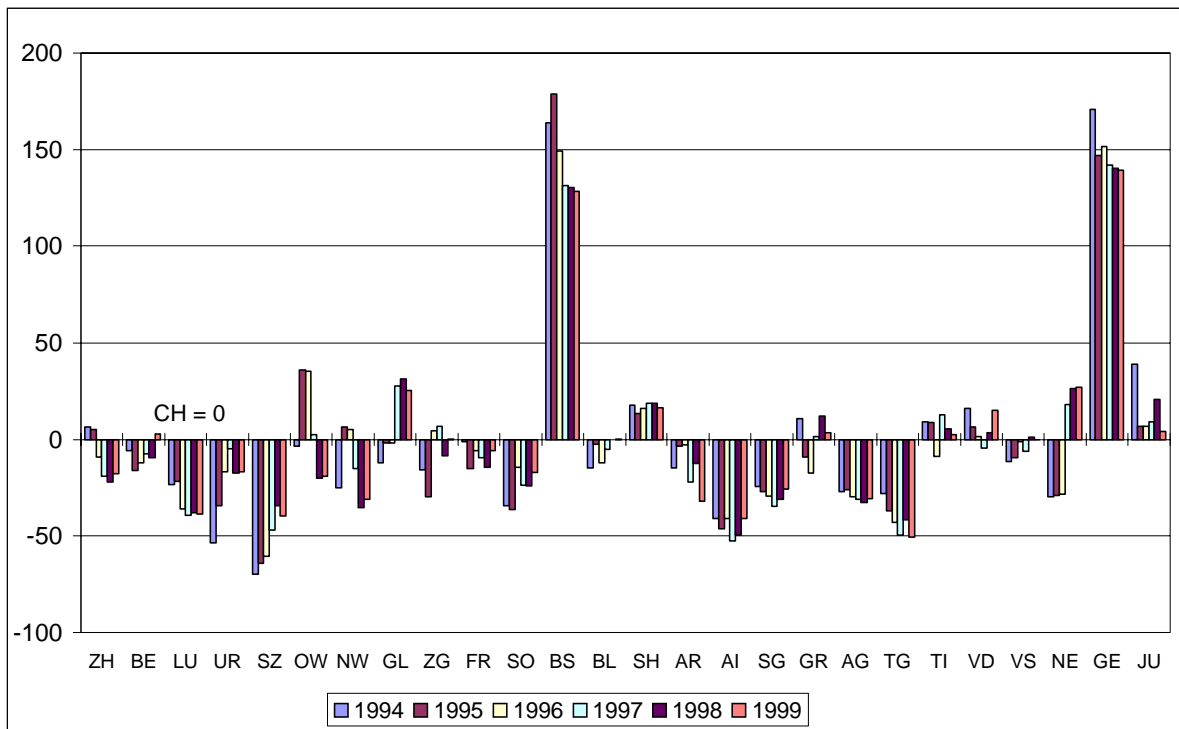
<sup>11</sup> Diese Daten wurden von Raymond Rossel, BFS Sektion Gesundheit, errechnet und zur Verfügung gestellt.

Abbildung 1: Nettofinanzbedarf von Kantonen und Gemeinden im Gesundheitswesen in Fr. pro Kopf, 1994 bis 1999



(1999: provisorische Werte)

Abbildung 2: Pro-Kopf-Nettofinanzbedarf von Kantonen und Gemeinden im Gesundheitswesen, jährliche Abweichung vom Landesmittel in Prozent (CH = 0), 1994 bis 1999



(1999: provisorische Werte)

Abbildung 1 liefert einen Überblick über Niveau und Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsausgaben von 1994 bis 1999. Die genauen Werte sind in Tabelle A1 im Anhang aufgeführt. Es zeigt sich, dass zwischen den Kantonen teilweise recht grosse Unterschiede bestehen, ist doch der pro-Kopf-Nettofinanzbedarf der Kantone Basel-Stadt und Genf bis zu viermal höher als beispielsweise derjenige der Kantone Luzern, Schwyz, Appenzell I. Rh. oder Thurgau. Eine fast durchwegs überdurchschnittlich hohe Belastung der öffentlichen Hand findet sich ausserdem auch in den Kantonen Obwalden, Glarus, Schaffhausen, Graubünden, Tessin, Waadt und Jura.

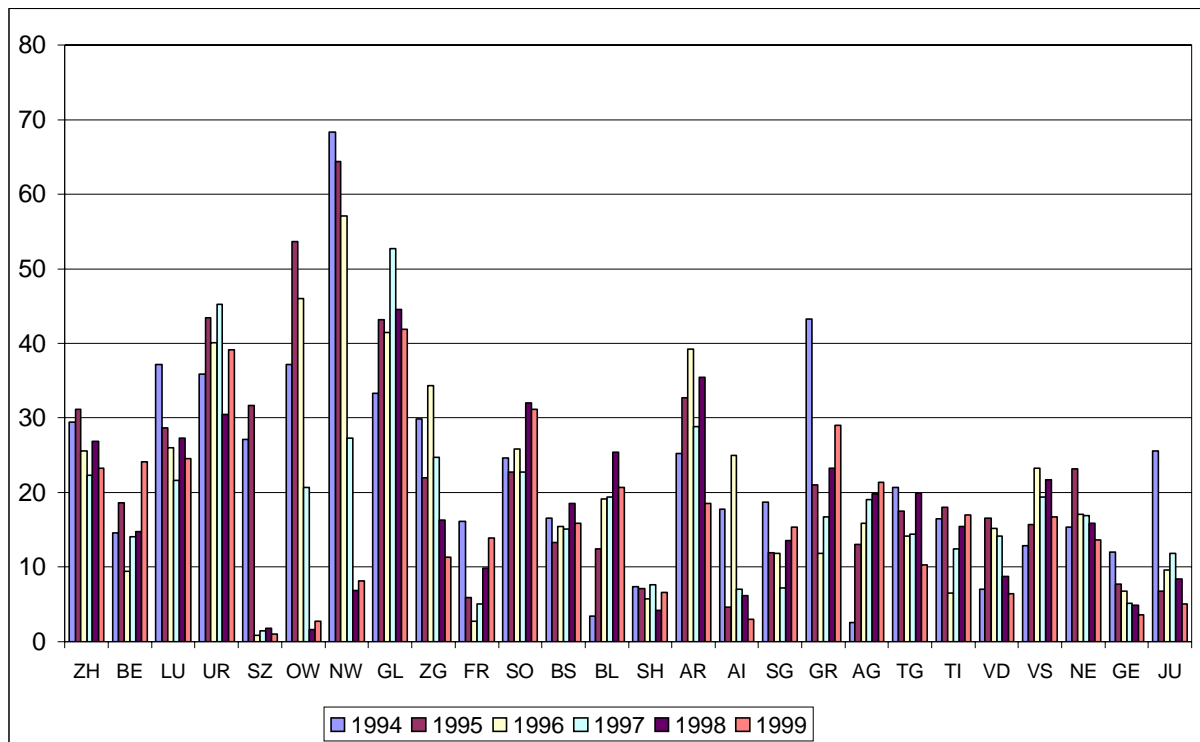
Einige Kantone, wie z.B. Zürich, Luzern oder Thurgau weisen tendenziell sinkende öffentliche Gesundheitsausgaben auf, während sie in anderen Kantonen wie Schwyz, Basel-Landschaft oder Neuenburg nach wie vor ansteigen. Wie die Beispiele Obwalden oder Appenzell A. Rh. zeigen, unterliegt die Höhe der Ausgaben in manchen Kantonen beträchtlichen Schwankungen über den Untersuchungszeitraum hinweg. Hier macht sich der Einfluss der in der betrachteten Grösse enthaltenen Investitionskosten bemerkbar, deren Anteil am Nettofinanzbedarf jeweils unterschiedlich hoch ausfällt (vgl. unten).

Das Ausmass der Kostendifferenzen zwischen den Kantonen ist aus Abbildung 2 ersichtlich. Hier sind die öffentlichen Ausgaben für jedes Jahr indexiert dargestellt, wobei der gesamtschweizerische Durchschnitt jeweils den Basiswert 0 aufweist und die Balken die prozentuale Abweichung von diesem Mittel zeigen. Neben den bereits oben festgestellten Tendenzen ist eine gewisse Nivellierung der Differenzen feststellbar, d.h. die Unterschiede zwischen den Kantonen nehmen im Zeitverlauf etwas ab, die Extremwerte nähern sich im Zeitverlauf dem Mittelwert an, wie anhand der abnehmenden Standardabweichung ersichtlich ist (1994: 373,02; 1999: 344,99; vgl. Tabelle A1 im Anhang).

Bei der Betrachtung des Nettofinanzbedarfs der öffentlichen Haushalte ist stets zu berücksichtigen, dass sich die verwendete Grösse aus den laufenden Kosten und den Investitionen zusammensetzt und dass der Anteil der Investitionen an den öffentlichen Ausgaben von Kantonen und Gemeinden von Kanton zu Kanton und von Jahr zu Jahr beträchtlich schwankt (vgl. Abbildung 3 und Tabelle A4 im Anhang).

Dies kann zu Verzerrungen in der Höhe der zu erklärenden Variable 'Ausgaben der öffentlichen Hand' führen: Bei Querschnittsvergleichen implizieren hohe Investitionen in einem Jahr ein hohes Niveau der Gesundheitskosten. Die Beschränkung der Analyse auf die laufenden Kosten würde dieses Problem beheben, jedoch gleichzeitig einen relativ grossen Informationsverlust mit sich bringen, da die getätigten Investitionen einerseits ein Anzeichen für das Ausmass der expandierenden Aktivitäten der öffentlichen Körperschaften im Gesundheitswesen sind, andererseits die anfallenden Gesundheitskosten in den Folgeperioden beeinflussen (Bundesrat 2000: 7). Aus diesem Grund werden für die Analyse in der Folge jeweils die Gesamtkosten verwendet und der Anteil der Investitionskosten als unabhängige Variable eingesetzt, um die verzerrenden Effekte kontrollieren zu können.

Abbildung 3: Anteil der Investitionskosten am Nettofinanzbedarf der Kantone und Gemeinden 1994-1999 in Prozent



Quelle: BFS, eigene Berechnungen

Da es sich beim Nettofinanzbedarf der öffentlichen Haushalte um eine aggregierte Grösse handelt, über die kantonale Querschnittvergleiche angestellt werden, stellt sich die Frage der Vergleichbarkeit der verwendeten Daten. In den unterschiedlich ausgebauten Leistungsangeboten der kantonalen Gesundheitssysteme (vgl. auch BFS 1993: 36ff.) liegt eine weitere Ursache für mögliche Verzerrungen. Um dies zu illustrieren, zeigt Tabelle 3 die Kostenstruktur des Nettofinanzbedarfs der Kantone und Gemeinden anhand der durchschnittlichen Anteile der einzelnen Konten im Bereich Gesundheit der funktionalen Gliederung der öffentlichen Haushalte zwischen 1994 und 1998 auf.

Aus Tabelle 3 geht hervor, dass die Spitalkosten durchwegs den höchsten Anteil der öffentlichen Ausgaben ausmachen, allerdings mit stark unterschiedlichen Prozentanteilen. Während beispielsweise der Kanton Glarus fast 90 Prozent seiner Gelder im Gesundheitsbereich für den Spitalsektor aufwendet, sind es im Kanton Tessin knapp 45 Prozent. Sehr grosse Varianzen zeigen sich in den Ausgaben für Kranken- und Pflegeheime. Während diesem Bereich in einigen Kantonen (Obwalden, Tessin) eine grosse Bedeutung zukommt, wird er in anderen (z.B. Uri, Solothurn, Basel-Stadt und Basel-Landschaft) kaum öffentlich subventioniert. Hier gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass manche Kantone (z.B. die beiden Basel) ein System der Subjektfinanzierung pflegen, bei dem nicht Institutionen subventioniert, sondern Individuen mit finanziellen Leistungen unterstützt werden. Diese Auslagen werden in anderen als den hier untersuchten Konten verbucht und sind deshalb nicht Bestandteil der verwendeten Datengrundlage.

Tabelle 3: Kostenstruktur der öffentlichen Haushalte (Kantone und Gemeinden). Durchschnitt 1994-1998, Anteile in Prozent

	Spitäler	Kranken- und Pfl- geheime	Psychiat- rische Kliniken	Ambu- lante Kranken- pflege	Krank- heitsbe- kämpfung	Schul- gesund- heits- dienst	Lebens- mittel- kontrolle	Übriges Gesund- heits- wesen	Total*
ZH	59.2	9.8	13.8	4.9	3.7	2.5	1.4	4.8	100
BE	70.3	5.2	13.2	3.9	2.4	0.8	1.6	2.6	100
LU	57.5	15.7	14.8	3.8	1.3	1.7	2.5	2.6	100
UR	82.6	0.0	7.8	3.0	1.2	0.5	2.6	2.2	100
SZ	76.1	5.8	5.9	5.3	-0.4	1.5	3.8	2.0	100
OW	65.7	26.5	0.0	2.5	1.1	1.1	1.6	1.5	100
NW	83.5	11.1	0.4	2.3	0.2	0.7	1.5	0.4	100
GL	89.9	3.6	0.0	1.3	0.2	1.0	1.7	2.4	100
ZG	61.0	11.5	5.3	6.8	3.9	2.6	2.5	6.3	100
FR	59.2	17.9	9.4	6.2	1.9	1.5	1.2	2.8	100
SO	73.2	0.3	12.5	3.3	3.7	2.2	1.8	3.0	100
BS	75.6	0.1	12.3	2.0	1.8	2.0	1.2	4.9	100
BL	72.9	0.0	14.0	3.6	5.1	2.4	1.6	0.4	100
SH	52.3	14.0	20.3	3.5	1.0	1.9	5.0	1.8	100
AR	70.4	3.2	20.3	1.2	1.1	0.6	1.2	2.2	100
AI	77.2	9.5	0.0	8.2	1.8	0.5	1.5	1.4	100
SG	69.6	-0.3	16.5	3.5	3.3	1.7	2.6	3.0	100
GR	60.4	14.8	11.7	7.0	0.9	1.7	1.0	2.4	100
AG	75.4	2.5	10.9	2.8	1.8	1.7	2.1	2.8	100
TG	57.8	10.7	18.6	3.4	2.7	1.8	3.3	1.9	100
TI	44.8	30.2	8.6	3.7	2.4	2.1	1.3	6.8	100
VD	60.9	11.4	10.4	7.5	2.8	2.8	0.8	3.4	100
VS	66.6	11.9	8.4	0.4	2.1	2.1	0.9	7.7	100
NE	71.4	1.5	9.4	3.5	3.4	1.8	3.0	5.9	100
GE	73.3	1.7	13.5	5.0	1.5	2.4	0.4	2.1	100
JU	71.9	4.1	10.9	6.2	2.5	1.8	0.3	2.3	100
CH	68.4	8.6	10.3	4.0	2.1	1.7	1.9	3.1	100

Quelle: Eigene Berechnungen auf der Basis von EFV-Daten (Internet-Download von [www.statistik.admin.ch/stat\\_ch/ber14/studien/fin\\_pub/dfin.htm](http://www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber14/studien/fin_pub/dfin.htm))

\* Aufgrund von Rundungsdifferenzen kann die effektive Summe der ausgewiesenen Prozentanteile vom Total von 100 abweichen.

Anmerkung: Die negativen Werte in den Kantonen Schwyz (Krankheitsbekämpfung) und St. Gallen (Kranken- und Pflegeheime) sind auf die Rohdaten der kantonalen Finanzbuchhaltungen zurückzuführen. Wenn unter dem betreffenden Posten der verbuchte Ertrag höher ausfällt als der verbuchte Aufwand, resultiert ein negativer Aufwand. Dies kann vorkommen, wenn die betrachteten Institutionen tatsächlich einen Ertrag abwerfen oder wenn Finanzströme zwischen Kantonen bzw. zwischen einem Kanton und seinen Gemeinden einen buchhalterischen Ertrag ergeben.

Psychiatrische Kliniken sind nicht in jedem Kanton vorhanden, weshalb die Ausgaben dafür unterschiedlich hoch ausfallen. Die ambulante Krankenpflege umfasst Subventionen an diverse Institutionen wie Spitex, Krankenpflege- und Samariterverbände, Geburtshilfe und Mütterberatung, Heimpflege, Krankenmobilen etc. (Greppi et al. 1998: 178) und wird von der öffentlichen Hand in unterschiedlichem Ausmass finanziell unterstützt (Wallis: 0,4%, Appenzell I. Rh.: 8,2%). Den übrigen Ausgabenbereichen kommt insgesamt eine eher geringe Bedeutung zu, weshalb auf sie nicht weiter eingegangen wird.

Um den teilweise recht grossen Unterschieden in der Struktur des Finanzierungsaufwands gerecht zu werden, wird die Analyse der Kostendifferenzen verschiedene Variablen enthalten, welche diese kantonalen Unterschiede aufnehmen und die Dichte des Angebots an kostenrelevanten Dienstleistungen im Gesundheitswesen abbilden.

Das BFS warnt davor, aus den Ausgaben der Kantone und Gemeinden direkte Schlüsse auf die kantonalen Gesundheitskosten zu ziehen (BFS 1999: 29). Der Grund dafür ist, dass der Nettofinanzbedarf die interkantonalen Finanzierungs- und Verbrauchsströme nicht erfasst und damit die vielfältigen kantonsübergreifenden Verflechtungen im Gesundheitswesen nicht adäquat wiedergibt. So dürften z.B. die ausserordentlich hohen pro-Kopf-Ausgaben der Kantone Basel-Stadt und Genf auf deren stark ausgeprägte Zentrumsfunktion als Universitäts- und Stadtkantone zurückzuführen sein, welche eine hohe Anziehungskraft auf die Bevölkerung der umliegenden Kantone ausübt. Andererseits sind überkantonale Aufgabenteilungen, z.B. im Bereich der Psychiatrie oder in der Langzeitpflege in sozialmedizinischen Institutionen, anhand der vorliegenden Daten nicht ablesbar. Gerade weil er die interkantonalen Ausgleichszahlungen nicht berücksichtigt und deshalb den effektiven Finanzbedarf der öffentlichen Hand ausweist, eignet sich der gewählte Indikator jedoch sehr gut, um den eigentlichen Gründen für die ungleiche wirtschaftliche Belastung von Kantonen und Gemeinden nachzugehen.

Nach der Betrachtung von Niveau, Entwicklung und Struktur der Ausgaben der öffentlichen Hand interessiert auch der Zusammenhang von Niveau und Entwicklung. Tabelle 4 und Abbildung A im Anhang zeigen diesen auf. Die entsprechende Korrelation beträgt  $-0,212$  ( $-0,126$  ohne BS und GE). Auffallend ist, dass die beiden Stadtkantone Basel-Stadt und Genf ihre ausserordentlich hohen öffentlichen Ausgaben während des Untersuchungszeitraums senken können, und dass der Kanton Schwyz gleichzeitig die niedrigste pro-Kopf-Belastung von Kantonen und Gemeinden und die höchste Wachstumsrate aufweist. Als allgemeine Tendenz lässt sich festhalten, dass die öffentlichen Ausgaben in denjenigen Kantonen stärker steigen, in denen sie unterdurchschnittlich hoch sind, während gerade ein einziger Kanton (Glarus) mit überdurchschnittlicher finanzieller Belastung ein überdurchschnittliches Ausgabenwachstum aufweist.<sup>12</sup> Dies deutet auf eine gewisse Abschwächung der Kostendifferenzen zwischen den Kantonen hin. Von diesem Muster weichen die Kantone Appenzell A. Rh., Luzern, Thurgau und Zürich ab, welche ihre bereits unterdurchschnittliche pro-Kopf-Belastung im Untersuchungszeitraum weiter gesenkt haben.

---

<sup>12</sup> Diese Tatsache erklärt sich weitgehend aus dem hohen Investitionsvolumen, das der Kanton Glarus innerhalb des Untersuchungszeitraums aufweist (vgl. Abbildung 3).

Tabelle 4: Einordnung der Kantone aufgrund von durchschnittlichem Niveau und durchschnittlicher Entwicklung des pro-Kopf-Nettofinanzbedarfs 1994-1999

Durchschnitt 1994-1999	Sinkende öffentliche Ausgaben	Schwach steigende öffentliche Ausgaben (< 3,18%)*	Stark steigende öffentliche Ausgaben (> 3,18%)*
Tiefe öffentliche Ausgaben (< 753,85)*	AR, LU, TG, ZH	AG, AI, FR,NW, SG	BE, BL, NE, SO SZ, UR, VS, ZG
Hohe öffentliche Ausgaben (753,85 – 1507,7)*	JU, OW	GR, SH, TI, VD	GL
Sehr hohe öffentliche Ausgaben (> 1507,7)*	BS, GE		

\* Gesamtschweizerische Mittelwerte 1994-1999 (1507,7: doppelter Mittelwert der öffentlichen Ausgaben)

## 2.2 Die Bruttokosten der Krankenversicherung

Die Kosten der Krankenversicherung werden in dieser Studie anhand der Bruttokosten pro Versicherungsmonat (Total Kinder und Erwachsene) gemessen. Diese Grösse beinhaltet die Leistungen der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (inkl. der besonderen Versicherungsformen) vor Abzug der Kostenbeteiligung durch die Versicherten (BSV 2000a: 107) und entstammt der Risikoausgleichsstatistik des BSV. Ein Versicherungsmonat bezeichnet dabei die Bruttokosten, die eine versicherte Person während eines Monats verursacht. Die genauen Werte für die Jahre 1994-1999 finden sich im Anhang (Tabelle B1). Eine Übersicht über ihre Höhe und Entwicklung gibt Abbildung 4.

Bei den Kosten der Krankenversicherung zeigt sich ein im Vergleich zu den öffentlichen Kosten ähnliches, wenn auch nicht identisches Muster. So sind auch hier gewisse Unterschiede zwischen den Kantonen festzustellen, doch fällt die Streuung durchwegs geringer aus. In allen Kantonen ist ein stetiger und relativ konstanter Anstieg über den ganzen Untersuchungszeitraum hinweg festzustellen (mit Ausnahme von Neuenburg und Genf, wo die Werte für 1999 unter denen von 1998 liegen). Ein Teil dieses Anstiegs kann mit dem Inkrafttreten des neuen KVG 1996 erklärt werden: Dieses beinhaltete eine Ausweitung des Leistungskatalogs in der obligatorischen Grundversicherung, welche automatisch zu höheren Kosten geführt hat (Greppi et al. 1998: 18).



Abbildung 4: Bruttokosten pro Versicherungsmonat in Fr., 1994-1999

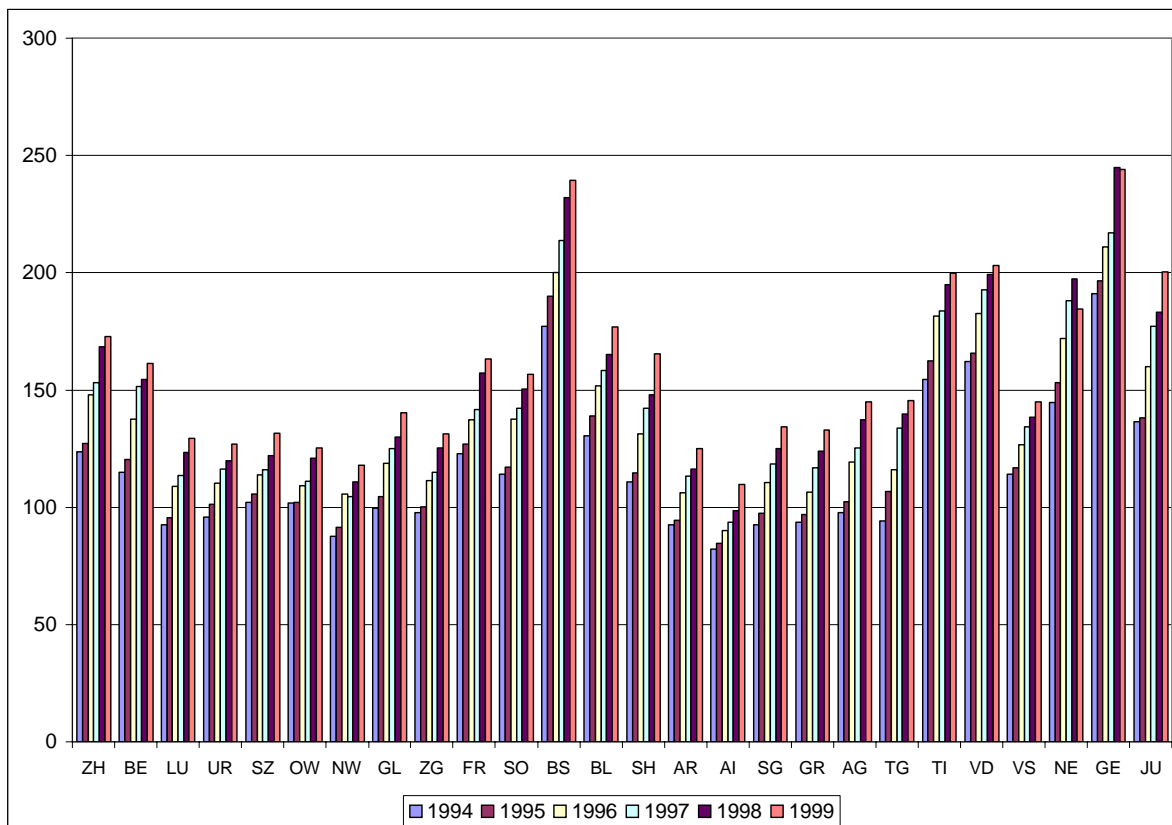


Abbildung 5: Bruttokosten pro Versicherungsmonat, jährliche Abweichung vom Landesmittel in Prozent (CH = 0), 1994 bis 1999

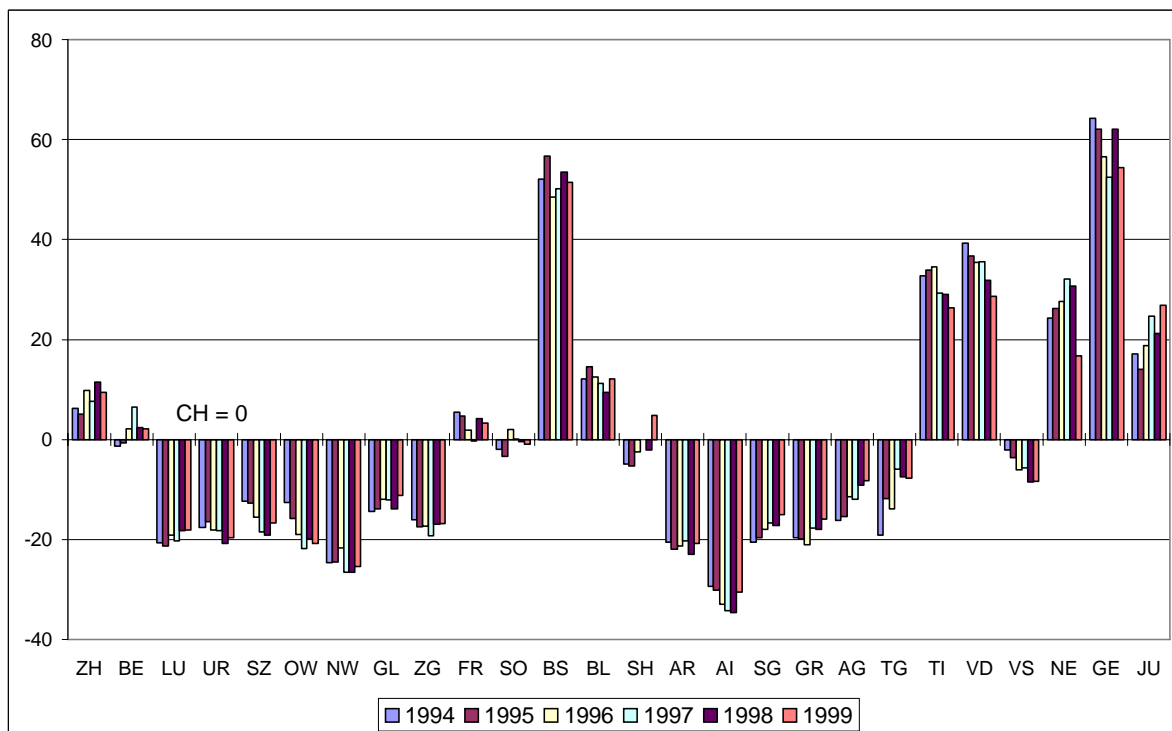


Abbildung 5 stellt die jährlich indexierten Bruttokosten dar. Das Landesmittel ist für jedes Jahr auf 0 gesetzt, die Balken entsprechen der prozentualen Abweichung des jeweiligen Kantons und illustrieren so die Kostendifferenzen zwischen den Kantonen. Diese sind im Vergleich zu den öffentlichen Kosten weniger stark ausgeprägt und ausserdem relativ geringen Schwankungen im Zeitverlauf unterworfen. Auch bei den Kosten der Krankenversicherung sind die Stadtkantone Basel-Stadt und Genf die Spitzenreiter. Überdurchschnittlich hoch ist die Belastung der Krankenversicherer ausserdem in den Kantonen Zürich, Bern, Freiburg, Basel-Landschaft, Tessin, Waadt, Neuenburg und Jura, während kleine und ländliche Kantone wie die beiden Appenzell oder Nidwalden durchwegs die geringsten Werte aufweisen und unter 80% des schweizerischen Mittelwerts bleiben.

Die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, welche die in Art. 25 bis 31 KVG festgehaltenen medizinischen Leistungen bezahlt, werden ebenfalls nach Kostengruppen unterteilt (BSV 2000a: 12). Dabei handelt es sich um die folgenden:

- Ärzte (ambulant)
- Spitäler (ambulant und stationär)
- Medikamente (von Ärzten oder Apotheken abgegeben)
- Pflegekosten (Pflegeheime und Spitex)
- übrige Leistungen (Physiotherapeuten, Chiropraktiker, Labor, Mittel und Gegenstände usw.)

Um die Vergleichbarkeit der analysierten Daten zu überprüfen, wird auch hier ein Blick auf die kantonalen Kostenstrukturen geworfen, die in Tabelle 5 dargestellt sind. Da die kantonalen Daten der Krankenversicherungsstatistik des BSV nicht nach Kostengruppen aufgeschlüsselt sind, wurden als Berechnungsbasis die von der untersuchten Grösse leicht abweichenden Bruttokosten pro Versicherte in Fr. aus den Versichertenstatistiken von *santésuisse*<sup>13</sup> verwendet. Die Tabelle führt die durchschnittlichen Anteile der oben erwähnten Kostengruppen an den Bruttokosten im Zeitraum von 1996 bis 1999 auf. Im Vordergrund stehen weniger die genauen Anteilswerte, sondern vielmehr die kantonal unterschiedlich gewichteten Relationen zwischen den einzelnen Kostengruppen.

Im Allgemeinen erweist sich die Kostenstruktur homogener als bei den öffentlichen Ausgaben. Interessante Unterschiede zwischen den Kantonen zeigen sich in der Struktur der Bruttokosten der Krankenversicherung hinsichtlich der Anteile der Arzt- bzw. der Spitalkosten. Die Kantone Zürich, Basel-Landschaft und Genf weisen eher hohe, die Kantone Neuenburg und Jura vergleichsweise tiefe Anteile an Arztkosten auf, während der Anteil der Spitalkosten in den Kantonen Appenzell I. Rh., Thurgau und Jura eher hoch, im Kanton Genf hingegen auffallend niedrig ist. Bei den Medikamenten zeigt sich ein ziemlich ausgeglichenes Bild. In Zürich, Bern, Freiburg, Solothurn, Schaffhausen, Neuenburg und

---

<sup>13</sup> Bis 2001 figurieren die Strukturdaten von *santésuisse* unter der Bezeichnung "KSK-Versichertenstatistik". Die hier verwendeten Daten von 1996 bis 1999 wurden vom BSV zur Verfügung gestellt.

Jura leisten die Versicherer überdurchschnittlich höhere Zahlungen an Pflegeheime und Spitex, während diese Anteile in den Kantonen Basel-Landschaft, Appenzell I. Rh., Graubünden und Wallis ziemlich tief sind. Ob diese Unterschiede einen Einfluss auf die Kostendifferenzen zwischen den Kantonen ausüben, wird in der statistischen Analyse in Kapitel 4 überprüft.

Tabelle 5: Durchschnittliche Prozentanteile der Kostengruppen an den Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 1996-1999

	Arzt	Spital	Medikamente	Pflegeheime und Spitex	übrige Leistungen	Total*
ZH	30.1	35.8	16.9	9.2	8.1	100
BE	24.8	34.6	19.9	11.0	9.6	100
LU	24.8	36.6	20.5	8.2	9.9	100
UR	25.7	39.7	20.1	6.2	8.3	100
SZ	28.3	35.8	19.5	7.2	9.3	100
OW	24.4	39.4	18.0	7.8	10.5	100
NW	25.2	39.1	18.5	6.7	10.5	100
GL	25.9	37.6	20.2	7.5	8.8	100
ZG	27.9	36.7	18.1	6.5	10.9	100
FR	25.6	37.7	21.5	9.2	6.0	100
SO	25.5	36.4	19.7	9.2	9.2	100
BS	26.8	38.2	18.4	8.0	8.6	100
BL	30.5	35.7	18.2	5.6	10.1	100
SH	25.5	34.3	19.6	11.6	9.0	100
AR	26.0	40.2	18.5	7.0	8.3	100
AI	25.2	43.6	18.5	5.0	7.7	100
SG	27.5	37.0	20.0	7.0	8.5	100
GR	27.4	36.2	21.5	4.7	10.3	100
AG	25.8	35.5	21.1	8.3	9.4	100
TG	23.7	42.6	17.0	7.9	8.8	100
TI	25.3	37.4	20.7	6.3	10.3	100
VD	23.7	38.9	19.0	8.6	9.8	100
VS	24.5	37.4	22.9	5.5	9.7	100
NE	19.9	40.1	21.1	10.1	8.8	100
GE	35.6	25.0	18.8	8.2	12.3	100
JU	18.5	42.2	19.8	10.9	8.6	100
CH	25.9	37.5	19.5	7.8	9.3	100

Quelle: Eigene Berechnungen auf der Basis der KSK-Versichertenstatistiken 1996 bis 1999

\* Aufgrund von Rundungsdifferenzen kann die effektive Summe der ausgewiesenen Prozentanteile vom Total von 100 abweichen.

Der Zusammenhang zwischen Niveau und Entwicklung der Bruttokosten pro Versicherungsmonat ist aus Abbildung B (im Anhang) und Tabelle 6 ersichtlich, welche die jeweiligen Durchschnittswerte aus dem Untersuchungszeitraum miteinander in Beziehung setzt. Es zeigt sich ein relativ ausgeglichenes Bild ohne auffallende Ausreisser und einem tendenziell negativen Zusammenhang zwischen durchschnittlichem Kostenniveau und durchschnittlicher Entwicklung ( $R = -0,252$ ). Als Grundtendenz lässt sich auch bei den Kosten

der Krankenversicherung eine gewisse Abschwächung der Differenzen zwischen den Kantonen beobachten, in dem Sinne, dass die Kantone mit höherem Kostenniveau mehrheitlich ein unterdurchschnittliches Wachstum aufweisen, während die Kosten in den vergleichsweise "billigeren" Kantone eher überdurchschnittlich ansteigen. Nur in drei Kantonen – Bern, Jura und Zürich – sind sowohl Niveau als auch Entwicklung überdurchschnittlich hoch.

Tabelle 6: Einordnung der Kantone aufgrund von durchschnittlichem Niveau und durchschnittlicher Entwicklung der Bruttokosten pro Versicherungsmonat 1994-1999

Durchschnitt 1994-1999	Schwach steigende Kosten der Krankenversicherung (< 5,22%)*	Stark steigende Kosten der Krankenversicherung (> 6,38%)*
Tiefe Kosten der Krankenversicherung (< 137,33)*	AI, AR, NW, OW, SZ, UR, VS, ZG	AG, GL, GR, LU, SG, SH, SO, TG
Hohe Kosten der Krankenversicherung (> 137,33)*	BL, BS, FR, GE, NE, TI, VD	BE, JU, ZH

\* Gesamtschweizerische Durchschnittswerte 1994-1999

### 2.3 Abgrenzung und Berührungspunkte zwischen den untersuchten Kostengrössen

In diesem Abschnitt wird versucht, eine Abgrenzung zwischen den beiden abhängigen Variablen – öffentliche Ausgaben im Gesundheitsbereich und Kosten der Krankenversicherung – vorzunehmen und auf die Berührungspunkte (gemeinsame Finanzierung, gemeinsame Ursachen) einzugehen.

Wie die Ausführungen zur Zusammensetzung der beiden Kostengrössen gezeigt haben, ist die Finanzierung der Kosten des Gesundheitswesens relativ klar abgegrenzt. Während die öffentlichen Haushalte direkte Beiträge in Form von Defizitgarantien, Subventionen, Investitionen und Investitionsbeihilfen an verschiedene Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen – primär im stationären Sektor – entrichten (Frei 1998a: 6, vgl. Tabelle 3), übernehmen die Krankenversicherer die Kosten für die in Art. 25 bis 31 KVG festgehaltenen medizinischen Leistungen, wobei bestimmte Voraussetzungen zu beachten sind (Art. 32-34 KVG) und sich die Versicherten im Rahmen der Jahresfranchise und eines Selbstbehalts von 10% an den Kosten beteiligen müssen (Art. 64 KVG).<sup>14</sup>

Insofern decken die beiden untersuchten Kostengrössen jeweils unterschiedliche Bereiche ab und ergänzen sich weitgehend, wobei sich allerdings gewisse Berührungspunkte ergeben, namentlich bei der stationären Behandlung in öffentlichen oder öffentlich subventio-

<sup>14</sup> Die in dieser Studie verwendete Grösse, die Bruttokosten pro Versicherungsmonat, beinhaltet die Kosten vor Abzug der Kostenbeteiligung, schliesst die Zahlungen der privaten Haushalte – sofern sie den Kassen gemeldet wurden – somit ein.

nierten Spitälern. Gemäss Art. 49 Abs. 1 hat die Krankenversicherung bis zu 50% der anrechenbaren Kosten der allgemeinen Abteilung zu übernehmen, wobei die Vergütungspflicht auf Kantoneinwohner beschränkt ist. Dieser Kostendeckungsgrad variiert zwischen den Kantonen<sup>15</sup>, was zu gewissen Auseinandersetzungen im Bereich der Spitaltarife geführt hat (Bundesrat 2000: 8).

Der Spitalsektor ist der grösste Ausgabenposten im Gesundheitswesen. Die stationäre Behandlung verursacht rund die Hälfte der Kosten (1998: 46,8%, BFS 2000a: 25). Innerhalb des Untersuchungszeitraums (1994-1999) flossen 68,4% aller öffentlichen Gesundheitsausgaben in diesen Bereich (vgl. Tabelle 3). Auch bei den Leistungen der Krankenversicherung macht der stationäre Sektor den grössten Anteil aus.<sup>16</sup> Insofern stellt er nicht nur den Berührungspunkt zwischen öffentlicher und privater Finanzierung dar, sondern kommt ihm auch die grösste Bedeutung bei der Analyse der kantonalen Kostendifferenzen zu. Während die Quellen der öffentlichen Ausgaben und der Kosten der Krankenversicherung sich ansonsten prinzipiell voneinander unterscheiden und relativ klar abgegrenzt sind, wird rund ein Viertel der Krankenkassenkosten weitgehend von der kantonalen Spitalpolitik bestimmt.

Ein weiterer Bereich, in dem sich öffentliche Hand und Krankenversicherung die Finanzierung teilen, sind Pflegeleistungen in Heimen (Art. 50 KVG) und zu Hause (Art. 51 KVV). Während die Krankenversicherung die von diesen Institutionen erbrachte ambulante und stationäre Krankenpflege innerhalb des gesetzlich abgesteckten Rahmens vergütet (1996-1999 insgesamt 8% der Bruttokosten, vgl. Tabelle 5), richten Kantone und Gemeinden unterschiedlich hohe Subventionsleistungen an Pflegeheime und Organisationen der ambulanten Krankenpflege aus (1994-1997 insgesamt 8,6 bzw. 4% des Nettofinanzbedarfs, vgl. Tabelle 3).

Eine wichtige Unterscheidung zwischen den untersuchten Kostengrössen gilt es jedoch zu treffen. Sie bezieht sich auf den Einfluss von Entscheidungsträgern auf ihre Entwicklung. Während der Leistungsumfang der Krankenversicherung gesamtschweizerisch einheitlich über das KVG und seine Verordnungen geregelt ist und der Umfang der Kostenübernahme somit einzig auf Bundesebene und für alle Kantone gemeinsam beeinflusst werden kann, unterliegen die Ausgaben der öffentlichen Haushalte in Kantonen und Gemeinden der Entscheidungskompetenz und weitgehenden Gestaltungsfreiheit der jeweiligen politischen Behörden und sind damit in weitaus grösserem Masse beeinfluss- und steuerbar. Dieser Umstand dürfte mitunter auch eine erste grundlegende Erklärung für die in beiden Bereichen unterschiedlich ausgeprägten Kostendifferenzen beinhalten. In der Krankenversicherung sind die Kosten weitgehend direkt vom Preis und der konsumierten Menge der Gesundheitsgüter und –dienstleistungen abhängig, während auf der anderen Seite die behördlichen Verantwortungsträger über Subventionsentscheide, Tarifverhandlungen etc.

---

<sup>15</sup> Der Anteil der Versicherer schwankt 1998 – ohne Investitionen – zwischen 24,0% in Genf und 63,3% im Thurgau, der gesamtschweizerische Durchschnitt beträgt 50,3%; vgl. Tabelle C im Anhang.

<sup>16</sup> Durchschnittlich 27,7% zwischen 1996 und 1999 (eigene Berechnung anhand der KSK-Versichererstatistiken). In dieser Zahl sind auch die Beiträge der Krankenversicherer an nicht öffentlich finanzierte oder subventionierte Privatkliniken und -spitäler enthalten, die nicht gesondert ausgewiesen werden.

einen gewissen Einfluss auf die angebotene Menge und den dafür verlangten Preis ausüben und die öffentlichen Ausgaben dadurch angebotsseitig politisch steuern können.

## 2.4 Einordnung der Kantone anhand der Kostendaten

Nach der Übersicht über die beiden verwendeten abhängigen Variablen interessiert nun, ob sich Niveau und Entwicklung der Kosten der öffentlichen Hand und der Krankenversicherung in den verschiedenen Kantonen parallel oder gegenläufig verhalten, d.h. beispielsweise, ob ein hoher Finanzbedarf von Kantonen und Gemeinden auch hohe Kosten für die Versicherer bedeutet, oder ob eine Verlagerung der Kostenübernahme zwischen öffentlicher Hand und Krankenversicherung zu beobachten ist, indem die Belastung des einen Finanzierers sinkt, die des anderen steigt.

Zu diesem Zweck werden in diesem Abschnitt die beiden Kostenbereiche einander gegenübergestellt und die Kantone miteinander verglichen. In einem ersten Schritt werden die indexierten (CH = 100) Durchschnittskosten der Periode 1994-1999 betrachtet (vgl. Tabelle 7 und Abbildung 6).

Tabelle 7: Gruppierung der Kantone anhand der durchschnittlichen Kostenhöhe 1994-1999

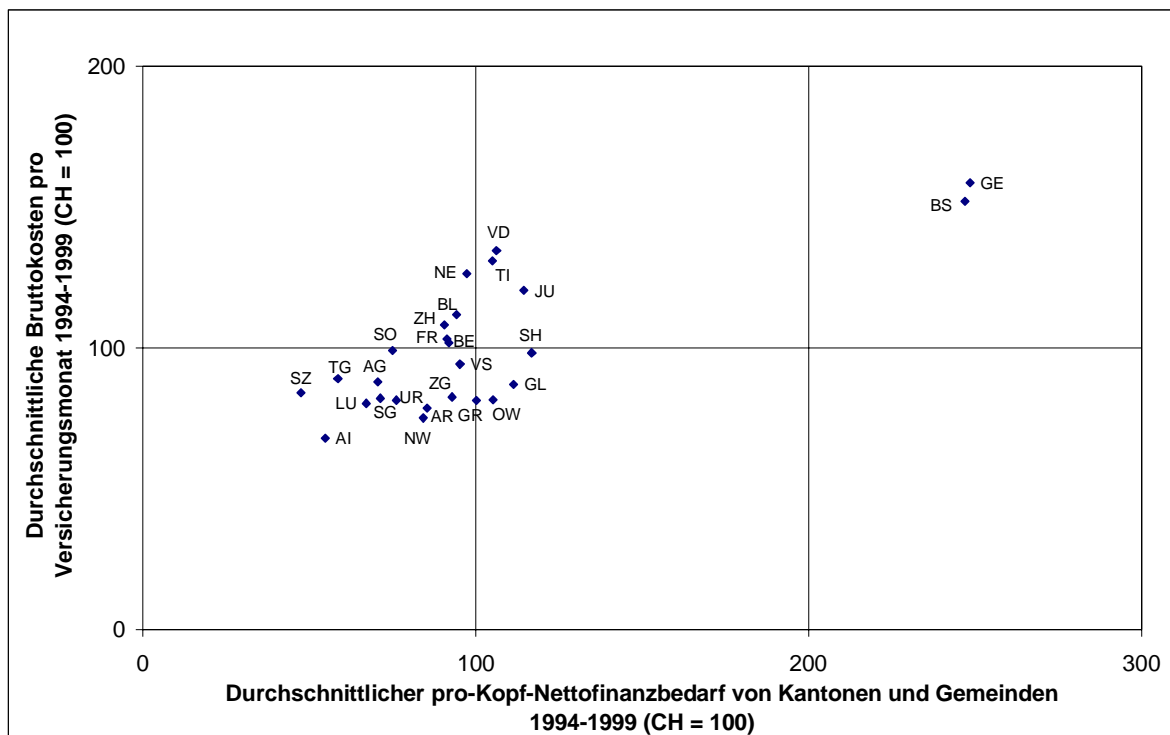
Durchschnittskosten 1994-1999, indexiert (CH = 100)	Tiefe öffentliche Ausgaben (< 100)	Hohe öffentliche Ausgaben (100–200)	Sehr hohe öffentliche Ausgaben (> 200)
Tiefe Kosten der Krankenversicherung (< 100)	AG, AI, AR, LU, NW, SG SO, SZ, TG, UR, VS, ZG	GL, GR, OW, SH	
Hohe Kosten der Krankenversicherung (> 100)	BE, BL, FR, NE, ZH	JU, TI, VD	BS, GE

Es zeigt sich eine sehr starke positive Beziehung zwischen den beiden Variablen ( $R = 0,777$  bzw.  $0,536$  ohne BS und GE). Zudem fällt auf, dass in den Stadtkantonen Basel-Stadt und Genf die Belastung in beiden Bereichen jeweils ausserordentlich hoch ist. Dies deutet auf eine grosse kostenrelevante Bedeutung der Stadt-Land-Dimension hin. Fast die Hälfte der Kantone hingegen weist in beiden Bereichen unterdurchschnittlich hohe Kosten bzw. Ausgaben auf. Die Zahl der Kantone, die von der Grundtendenz (d.h. überdurchschnittlich hohe Kosten in der Krankenversicherung entsprechen überdurchschnittlich hohen öffentlichen Ausgaben) abweichen, hält sich in beiden Richtungen ungefähr die Waage.

Neben dem ausgeprägten Stadt-Land-Gefälle zeigt sich auch, dass alle Kantone der lateinischen Schweiz mit Ausnahme des Wallis in mindestens einem der beiden untersuchten Bereiche – jedoch vor allem im Bereich der Krankenversicherung – ein überdurchschnittlich hohes Kostenniveau aufweisen, während sich die Gesundheitskosten in den ländlichen Deutschschweizer Kantonen weitgehend als unterdurchschnittlich erweisen. Damit sind eindeutige Unterschiede zwischen den verschiedenen Landesgegenden festzustellen. Auf die Bedeutung der räumlichen und kulturellen Dimensionen für die Höhe der Krankenkassen-

senprämien weist auch das BSV (2000a: 20) hin, weshalb ihren Hintergründen im Verlauf dieser Studie besondere Beachtung geschenkt wird (vgl. Abschnitt 4.3).

Abbildung 6: Gegenüberstellung von Bruttokosten pro Versicherungsmonat und pro-Kopf-Nettofinanzbedarf von Kantonen und Gemeinden 1994-1999



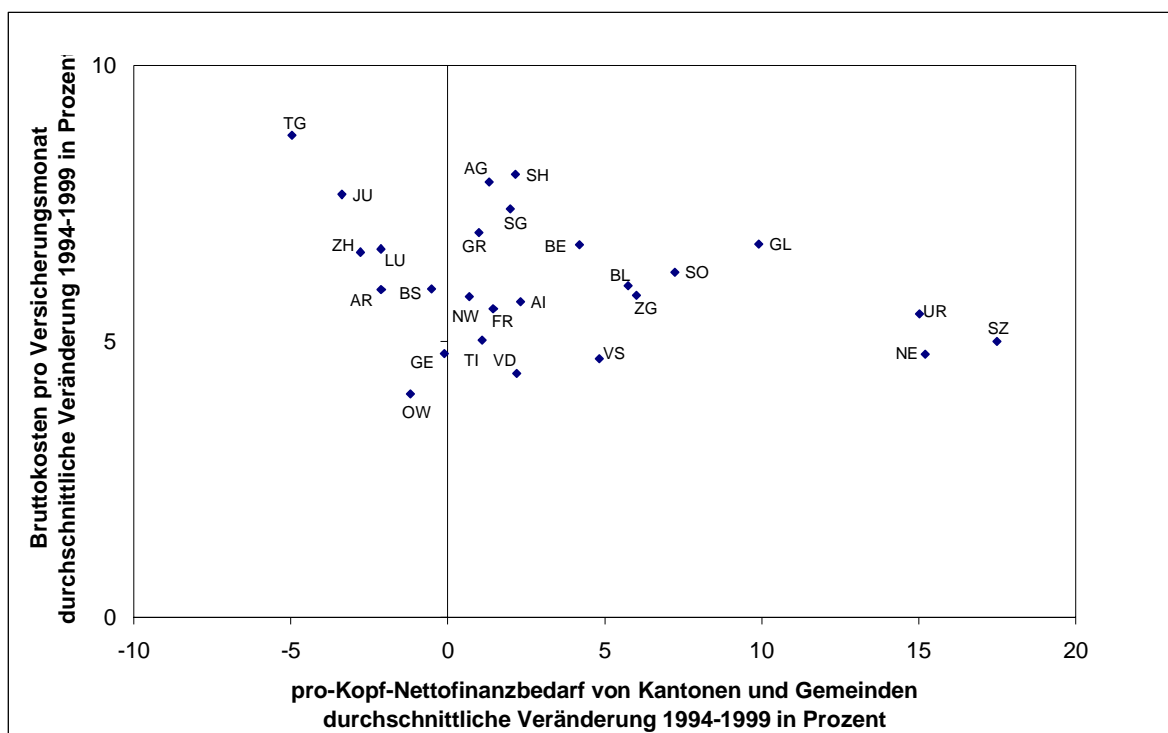
Bezüglich der durchschnittlichen Entwicklung der Kosten der Krankenversicherung bzw. der Ausgaben der öffentlichen Hand zeigt sich ein weitaus heterogeneres Bild (vgl. Abbildung 7). Grundsätzlich fällt auf, dass in keinem Kanton die Kosten der Krankenversicherung innerhalb des Untersuchungszeitraums gesunken sind, während immerhin acht Kantone, darunter die beiden Stadtkantone, welche ein ausserordentlich hohes Kosten- bzw. Ausgabenniveau aufweisen, ihren Nettofinanzbedarf verringert haben. Über alle Kantone hinweg findet sich eine indirekte Beziehung zwischen den Entwicklungen der beiden Grössen ( $R = -0,359$ ), was als Ausdruck der Kostenverlagerungen von der öffentlichen Hand zur Krankenversicherung gedeutet werden kann. Ein derartiger Umverteilungstrend in der Finanzierung des Gesundheitswesens zeigt sich seit 1960 (BFS 2000a: 9 und 49): während sich der Staat zunehmend aus der Rolle des Direktfinanzierers zurückzieht (1960: 22,9%, 1998: 14,8%), nimmt die Übernahme von Leistungen durch die Sozialversicherungen zu (1960: 27,9%, 1997: 58,3%).

Tabelle 8: Gruppierung der Kantone anhand der durchschnittlichen Kostenentwicklung 1994-1999

Durchschnittliche Veränderung 1994-1999	Sinkende öffentliche Ausgaben	Schwach steigende öffentliche Ausgaben (< 3,18%)*	Stark steigende öffentliche Ausgaben (> 3,18%)*
Schwach steigende Kosten der Krankenversicherung (< 6,38%)*	AR, BS, GE, OW	AI, FR, NW, TI, VD	BL, NE, SZ UR, VS, ZG
Stark steigende Kosten der Krankenversicherung (> 6,38%)*	JU, LU, TG, ZH	AG, GR, SG, SH	BE, GL, SO

\* Gesamtschweizerische durchschnittliche Veränderung 1994-1999

Abbildung 7: Gegenüberstellung der Entwicklung der Bruttokosten pro Versicherungsmonat und des pro-Kopf-Nettofinanzbedarfs von Kantonen und Gemeinden 1994-1999





### 3 WIRKUNGSMODELL UND HYPOTHESEN

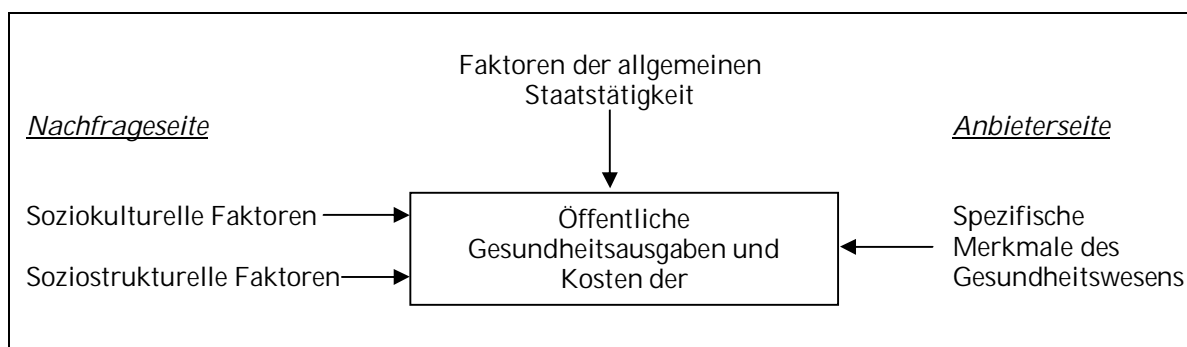
Dieses Kapitel stellt das Basismodell der vorliegenden Studie vor und erläutert ihren theoretischen Hintergrund. Ausgehend von verschiedenen Ansätzen zur Erklärung der Gesundheitskosten in den Kantonen werden verschiedene Arbeitshypothesen formuliert und im folgenden Kapitel empirisch geprüft. Diese Hypothesen lassen sich in ein generelles Wirkungsmodell integrieren, welches die wichtigsten Strukturen, Akteure und Prozesse des Gesundheitswesens darstellt und damit zum Verständnis der Erklärungsfaktoren der Kostendifferenzen zwischen den Kantonen beiträgt.

#### 3.1 Ansätze zur Erklärung der Gesundheitsausgaben

##### 3.1.1 Ausgangsmodell

Die Kosten des Gesundheitswesens ergeben sich als Konsequenz der Organisation, des Angebots, der Aktivitäten, sowie der Finanzierungs- und Anreizsysteme (Frei 1998b: 1). Als Ursachen für die kantonalen Kostendifferenzen können somit verschiedene Faktoren vermutet werden: Zum einen die kantonalen Organisationsstrukturen des Gesundheitswesens, die unterschiedliche Dichte der Leistungserbringer, unterschiedliche Spitalfinanzierungs- und Spitaltarifpolitiken, aber auch kulturell bedingte Verhaltensunterschiede. Zum anderen bestehen zwischen den einzelnen Regionen und Kantonen auch in politisch-institutioneller, soziostruktureller und sozioökonomischer Hinsicht grosse Unterschiede. Im Sinne eines systematisch-komparativen Untersuchungsansatzes liegt der statistischen Analyse der 26 Kantone zunächst das folgende Basismodell zugrunde:

Abbildung 8: Ansätze zur Erklärung der Kosten des Gesundheitswesens



Auf der Basis theoretischer und praktischer Überlegungen bieten sich zur Erklärung der kantonalen Kostendifferenzen im Gesundheitswesen vor allem vier Gruppen von Einflussfaktoren an. Als Ausgangspunkt dient dabei die Prämisse, dass sich Kosten stets aus der Menge und dem Preis zusammensetzen, welche vom Verhalten der Anbieter und der Nachfrager bestimmt werden, und dass auch die politischen Rahmenbedingungen und

staatliche Steuerungsversuche auf diese Komponenten Einfluss nehmen. Das Gesundheitswesen folgt dabei nicht einem Marktmodell, da zum einen keine freie Preisbildung herrscht (die Tarife für medizinische Güter und Dienstleistungen werden zwischen den Anbietern und den Krankenversicherern ausgehandelt), und zum anderen in vielen Bereichen eine staatliche Einflussnahme vorgesehen ist (z.B. Planung des stationären Leistungsangebotes, Regelung der Medikamentenabgabe, Genehmigung der Tarifverträge).

Die bereits eingangs festgestellten Unterschiede in der Angebotsstruktur der Kantone (vgl. Abschnitte 2.1 und 2.2) werden in der Analyse aufgenommen und mittels der Berücksichtigung spezifischer Merkmale des Gesundheitswesens in der Analyse kontrolliert. Nachfrageseitig sollen mittels soziokultureller Faktoren gesundheitsrelevante Verhaltensunterschiede wiedergegeben werden. Solche wurden anlässlich der Gesundheitsbefragung 1997 beispielsweise im Bereich der Gesundheitsförderung (Ernährungsbewusstsein, körperliche Betätigung) oder beim Medikamentenkonsum festgestellt (BFS 2000c: 108 und 41). Unklar ist hingegen, ob sich diese Unterschiede auch auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen auswirken. Regionale Unterschiede bei der Häufigkeit gewisser Operationen wurden beispielsweise von Domenighetti et al. (1996) ausgemacht. Soziostrukturelle Indikatoren geben ihrerseits Auskunft über die Rahmenbedingungen, unter denen die Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen des Gesundheitswesens zustande kommt. Faktoren der allgemeinen Staatstätigkeit wiederum beschreiben die Unterschiede in den gesundheitspolitischen Dispositionen der Kantone.

### 3.1.2 Erklärungsansätze für die makrosozialen und –politischen Ursachen der Kostendifferenzen im Gesundheitswesen

Der gewählte Forschungsansatz geht nicht nur den angebots- und nachfrageseitigen *Quellen* der Gesundheitsausgaben nach, sondern bezieht auch ihre makrogesellschaftlichen und makropolitischen *Ursachen* in die Analyse ein (vgl. Schmidt 1999: 231). Mittels dieses Vorgehens sollen die festgestellten Kostendifferenzen nicht nur auf unterschiedliche Angebotsstrukturen oder gesundheitspolitische Massnahmen der Kantone zurückgeführt werden, sondern auch auf die tiefer liegenden sozialen und politischen Grundlagen, welche zur Herausbildung kantonaler unterschiedlicher Gesundheitssysteme und Finanzierungspolitiken geführt haben. Gemäss den Erkenntnissen von Schmidt (1999) und Vatter (2002) entsprechen die Erklärungsfaktoren der Gesundheitsausgaben weitgehend denjenigen der allgemeinen Staatsausgaben. Damit richtet sich das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Studie auch auf die allgemeine Staatstätigkeit auf kantonaler Ebene, auf ihre Rahmenbedingungen und Bestimmungsfaktoren.

Aufgrund des in der Schweiz stark ausgeprägten Föderalismus, der damit verbundenen Dezentralisierung und der sich daraus ergebenden grossen gesundheitspolitischen Autonomie der Kantone bietet sich das Vorgehen einer komparativen Analyse kantonaler Staatstätigkeit zur Erklärung der Kostendifferenzen im Gesundheitswesen an. Zur Erklärung der Staatstätigkeit werden üblicherweise vier Theorieansätze herangezogen (vgl. Schmidt 1993; Freitag und Vatter 2000), die wichtige Hinweise zum Einfluss politischer Bedingungen geben und sinnvollerweise für einen Gliedstaatenvergleich herangezogen werden können.

Es handelt sich dabei um den Ansatz der sozioökonomischen Entwicklung, die Theorie der Machtressourcen organisierter Interessen, den klassen- und parteiensoziologischen Ansatz und die politisch-institutionalistische Theorie (vgl. auch Schmidt 1999: 233). Diese vier Theoriestränge weisen einige Berührungspunkte auf und lassen sich nicht in jedem Fall eindeutig analytisch voneinander trennen (Vatter 2002: 345), wobei sie sich allerdings nicht konkurrenzieren, sondern gegenseitig ergänzen sollen (Schmidt 1999: 242). Sie seien im Folgenden kurz vorgestellt.

Der *Ansatz der sozioökonomischen Determination* fasst staatliche Politiken als Reaktion auf strukturell erzeugte Probleme der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklung auf (Freitag und Vatter 2000: 588). Er beruht auf der Hypothese, dass die sozioökonomische Entwicklung mit fortschreitender gesellschaftlicher Ausdifferenzierung, wachsendem wirtschaftlichem Reichtum sowie sozialer und politischer Modernisierung einhergeht (Schmidt 1993: 372). Hohe Gesundheitsausgaben sind demzufolge Ausdruck eines hohen sozioökonomischen Entwicklungsstandes und seiner gesellschaftlichen Folgen (vgl. Schmidt 1999: 234). Kantonale Unterschiede in den Ausgaben sind somit gemäss diesem Erklärungsansatz auf eine unterschiedliche Entwicklung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zurückzuführen.

Die *Theorie der Machtressourcen organisierter Interessen* postuliert, dass die Staatstätigkeit von den artikulierten Interessen sozialer Organisationen, ihrer Organisations- und Konfliktfähigkeit, den Kräfteverhältnisse zwischen ihnen und dem strategischen Verhalten der politischen Elite bestimmt wird (Freitag und Vatter 2000: 587). Gemäss dem Theorem der "Verteilungskoalitionen" (Olson 1991) wachsen mit zunehmendem Alter eines demokratischen Staatswesens die Zahl und der Einfluss partikulärer Interessengruppen, welche nach möglichst hohen Anteilen am wirtschaftlichen Reichtum streben. Die unterschiedlich ausgeprägte Anzahl und Durchschlagskraft derartiger Organisationen, die an einem gut ausgebauten Gesundheitswesen interessiert sind bzw. sich daraus hohe Einkommenschancen versprechen, sind demnach Erklärungsfaktoren für die kantonale unterschiedliche Höhe der Gesundheitsausgaben.

Unterschiede im Ausmass der Staatstätigkeit führt der *klassen- und parteiensoziologische Ansatz* auf die Machtverteilung zwischen bürgerlichen und sozialdemokratischen Parteien zurück. Schmidt (1999) hält die Parteieneffekte im Gesundheitsbereich für schwächer als in anderen Bereichen der Sozialpolitik, da Gesundheit ein zentrales Anliegen aller sozialen Gruppen ist. Die Auswirkungen parteipolitischer Unterschiede machen sich seiner Ansicht nach vielmehr auf indirekte Weise bemerkbar und betreffen vor allem die grundsätzliche Frage, ob das Gesundheitswesen staatlicher oder marktwirtschaftlicher Regelung unterliegen soll, was sich mitunter auf den Ausbau des Leistungsangebots im Gesundheitsbereich auswirkt (Schmidt 1999: 236).

Der *politisch-institutionalistische Ansatz* fragt nach dem Einfluss politischer Institutionen auf die Staatstätigkeit, wobei vor allem die etablierten Konfliktregelungsmuster von Interesse sind (Freitag und Vatter 2000: 583). Hier kann grundsätzlich zwischen staatszentrierten und marktorientierten Problemlösungsroutinen unterschieden werden (Schmidt 1999: 235), aber innerhalb dieser Grundkonzeptionen auch zwischen verschiedenen Formen von Entscheidungssystemen, beispielsweise zwischen stabilitätsfördernden, an Ver-

teilungsgerechtigkeit orientierten Konkordanzregierungen und Konkurrenzsystemen, die eher die effiziente Befriedigung kurzfristiger Partikularinteressen in den Vordergrund stellen (Freitag und Vatter 2000: 583f.). Ebenfalls von Bedeutung sind in der institutionalistischen Sichtweise die Einflussmöglichkeiten der Politikbetroffenen, d.h. das Wahlsystem und die Ausgestaltung direktdemokratischer Instrumente.

Wenn die Staatstätigkeit als Ausgangspunkt zur Erklärung der kantonalen Kostendifferenzen im Gesundheitswesen gewählt wird, muss der Unterscheidung zwischen den Ausgaben der öffentlichen Hand und den Kosten in der Krankenversicherung Rechnung getragen werden (vgl. auch Abschnitt 2.3). Erstere beinhalten hauptsächlich die Aufwendungen, die der Staat tätigt, um die von ihm unterhaltenen und mitgetragenen Institutionen des Gesundheitswesens zu finanzieren und sind deshalb direkter Ausdruck gesundheitsbezogener Staatstätigkeit. Letztere hingegen decken hauptsächlich die versicherten Kosten, die aus der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen entstehen. Die Bedingungen der Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung unterliegen der Bundesregelung durch das KVG und sind somit gesamtschweizerisch dieselben. Die Höhe der Versicherungskosten in einem Kanton wird dabei einerseits von der Dichte des Leistungsangebots und von den kantonalen Preisniveaus determiniert, andererseits vom Ausmass der individuellen Nachfrage nach Dienstleistungen des Gesundheitswesens. Die Kosten der Krankenversicherung sind insofern stärker vom individuellen Patientenverhalten abhängig als die öffentlichen Ausgaben, die ihrerseits über politische Entscheide beeinflussbar sind. Da jedoch rund ein Viertel der Krankenkassenkosten auf den meist staatlich geregelten stationären Sektor entfallen, machen sich Unterschiede in der Staatstätigkeit auch im ansonsten eher vom marktwirtschaftlichen Verhalten privater Akteure geprägten Versicherungsbereich zu einem gewissen Teil bemerkbar.

## 3.2 Hypothesen, Operationalisierung und Indikatoren

In diesem Abschnitt werden die vorangehenden theoretischen Ausführungen konkretisiert und auf den Gesundheitsbereich bezogen. Unter Einbezug verschiedener empirischer Studien und insbesondere der Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (BFS 2000b) werden nun verschiedene theoretisch begründete Hypothesen gebildet sowie, sofern nötig, deren Operationalisierung kurz dargelegt. Die Gliederung orientiert sich dabei am Basismodell in Abbildung 8 und behandelt zunächst die Nachfragerseite (soziostrukturelle und –kulturelle Hypothesen), dann die Anbieterseite (Ausgestaltung des kantonalen Gesundheitswesens) und schliesslich die allgemeine Staatstätigkeit (politisch-institutionelle und parteipolitische Hypothesen).

### 3.2.1 Merkmale der Nachfragerseite

Die Nachfrage bzw. Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen in einem Kanton wird bestimmt vom Gesundheitszustand und -verhalten der Kantonsbevölkerung, sowie von deren – primär ökonomisch determinierten – Zugangsmöglichkeiten zu medizinischer Versorgung. Für die Erklärung von Kostendifferenzen zwischen Kantonen spielen somit

einerseits Faktoren wie Umweltgegebenheiten oder die Wohn- und Arbeitssituation, welche unterschiedliche Gesundheitsrisiken darstellen, eine wichtige Rolle. Andererseits sind gewisse Unterschiede im Gesundheitsverhalten zu vermuten, welche sich im Anspruchsniveau an die Verfügbarkeit medizinischer Dienstleistungen oder in unterschiedlich hohen Schwellen zu deren Inanspruchnahme äussern können. Hier ist z.B. an verschiedene Anspruchsmentalitäten oder an eine unterschiedlich stark verwurzelte Dienstleistungskultur zu denken. Nicht zu vernachlässigen sind ausserdem soziale und ökonomische Dispositionen der Nachfrager, welche die Möglichkeiten beeinflussen, die Angebote des Gesundheitswesens überhaupt in Anspruch nehmen zu können.

Nachfrageseitig betrachtet entstehen Kosten aus dem Konsum von Gütern und Dienstleistungen. Eine grundlegende Ursache von Kostendifferenzen ist deshalb in der unterschiedlichen Inanspruchnahme zu suchen: Eine hohe Nachfrage hat hohe Kosten zur Folge. Die allgemeine Kostensteigerung im Gesundheitswesen wird denn auch oft auf eine Mengenausweitung und den verbesserten Zugang zu Pflegeleistungen zurückgeführt (BFS 2000a: 6). Während die Gesundheitsbefragung 1997 relativ geringe regionale Varianzen in der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen feststellte (BFS 2000b: 105) zeigen sich zum Teil beträchtliche Unterschiede in der Hospitalisationsrate (BFS 2000c). Da die stationären Behandlungen im Spital den grössten Anteil der Gesundheitskosten ausmachen (vgl. Abschnitt 2.3), dürften sich Unterschiede in der Nachfragestruktur in diesem Bereich besonders stark auswirken. Aus dieser Überlegung ergibt sich eine erste Hypothese:

H 1.1: Je höher die Hospitalisationsrate in einem Kanton ist, desto höher sind die Kosten des Gesundheitswesens/der Krankenversicherung.

Die Hospitalisationsrate bezeichnet den Anteil Hospitalisationen (stationär, alle Spitäler) pro 1000 Kantonseinwohner. Die Daten entstammen der Krankenhausstatistik des BFS von 1998.

Das Ausmass der Nachfrage ergibt sich u.a. aus dem Gesundheitszustand der Wohnbevölkerung eines Kantons. Je schlechter dieser ist, desto öfter und intensiver werden medizinische Dienstleistungen in Anspruch genommen. Die individuelle Nachfrage wächst insbesondere mit zunehmendem Lebensalter, da ältere Menschen tendenziell krankheitsanfälliger sind als jüngere (Schmidt 1999: 236; BFS 2000b: 11 und 48) und einen erhöhten Pflegebedarf aufweisen, was seinerseits höhere Gesundheitskosten zur Folge hat. Aus dieser Feststellung lässt sich eine zweite Hypothese ableiten:

H 1.2: Je höher der Anteil der über 65jährigen an der Wohnbevölkerung eines Kantons ist, desto höher sind die Kosten des Gesundheitswesens/der Krankenversicherung.

Bezüglich der Gesundheitsrisiken ist festzustellen, dass diese nicht nur im Alter zunehmen, sondern generell in urbanen Räumen höher sind als in ländlichen Gebieten. Lärmbelastung, Umweltimmissionen etc. führen zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen (BFS 2000b: 62f.), welche eine erhöhte Nachfrage nach medizinischen Dienstleistungen begründen können. Ein höherer Konsum bringt höhere Kosten mit sich, was als Grund dafür an-

gesehen werden kann, weshalb die Gesundheitskosten in städtischen Gebieten höher ausfallen als in ländlichen. Für diese Feststellung können weitere wichtige Gründe angeführt werden. So verfügen stärker urbanisierte Räume über ein umfangreicheres medizinisches Leistungsangebot als ländliche, das ausserdem besser erreichbar und leichter zugänglich ist. Die höhere Angebotsdichte führt zu vermehrter angebotsinduzierter Inanspruchnahme. Diese dürfte auch von der in urbanen Gegenden stärker verbreiteten Dienstleistungskultur ausgehen, welche eine ausgeprägtere Anspruchshaltung mit sich bringt. All diese Aspekte lassen sich in einer weiteren Hypothese zusammenfassen:

H 1.3: Je höher der Urbanitätsgrad eines Kantons ist, desto höher sind die Kosten des Gesundheitswesens/der Krankenversicherung.

Der Urbanitätsgrad wird in Anlehnung an Bassand (1988) mit dem Anteil der Kantonseinsohner, die in urbanen Zonen leben, gemessen. Er dient gleichzeitig als Ausprägung für die in der vorliegenden Studie interessierende Stadt-Land-Dimension.

Eng verknüpft mit siedlungsbedingten Gesundheitsrisiken sind die berufsbezogenen. Die Arbeitswelt hat einen wichtigen Einfluss auf die Entstehung gesundheitlicher Belastungen und Beeinträchtigungen. Diese sind weitgehend abhängig von der Art der ausgeübten Tätigkeit, wobei sich als Hauptdimensionen direkte körperliche Arbeitsbelastungen (Hygienefaktoren) und Belastungen im Dienstleistungsbereich unterscheiden lassen (BFS 2000b: 64). Da die Unterschiede in der Arbeitsmarktstruktur und damit in den arbeitsbedingten Gesundheitsrisiken sich weitgehend mit dem Grad der Urbanisierung decken (in städtischen Regionen dominiert der Dienstleistungssektor, während Industrie und Landwirtschaft vor allem in ländlichen Gebieten angesiedelt sind), erübrigt sich eine Berücksichtigung der kantonalen Arbeitsmarktstrukturen.<sup>17</sup>

Hingegen ist ein Zusammenhang zwischen der Angst vor Arbeitsplatzverlust und gesundheitlichen Beeinträchtigungen feststellbar (BFS 2000b: 66f.). Arbeitslosigkeit und die damit verbundenen sozialen Folgeprobleme wirken sich negativ auf den Gesundheitszustand der Betroffenen aus und erhöhen somit die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen. Deshalb kann die folgende Hypothese formuliert werden:

H 1.4: Je mehr Menschen in einem Kanton arbeitslos sind, desto höher sind die Kosten des Gesundheitswesens/der Krankenversicherung.

Soziale Ungleichheit steht generell in einem engem Zusammenhang mit der Gesundheit. Die Gesundheitsbefragung 1997 förderte deutliche schichtabhängige Unterschiede in Gesundheitszustand und –verhalten zu Tage<sup>18</sup>, wobei primär die unteren sozialen Schichten von Gesundheitsproblemen betroffen sind (BFS 2000b: 73). Diese ungleich verteilten Risiken abzufedern und auszugleichen, d.h. das Element der Solidarität zu stärken und allen

---

<sup>17</sup> Die Korrelationskoeffizienten zwischen dem Urbanitätsgrad und den Anteilen der im ersten bzw. dritten Wirtschaftssektor Beschäftigten in einem Kanton betragen  $-0,834$  (1. Sektor) bzw.  $0,698$  (3. Sektor).

<sup>18</sup> Diese Unterschiede zeigten sich sowohl bezüglich der Ausbildung, als auch des Berufs und des Einkommens.

Bevölkerungsschichten, unabhängig von Vermögen oder Gesundheitsrisiko, den gleichberechtigten Zugang zu medizinischer Versorgung zu gewährleisten, war eines der Hauptmotive der KVG-Revision (Bundesrat 1991: 30). Nun deuten die Resultate der Gesundheitsbefragung jedoch – im Vergleich zum jeweiligen Gesundheitsrisiko – auf eine Unterversorgung der gesundheitlich stärker belasteten Unterschicht bzw. eine Überversorgung der höheren Schichten hin (BFS 2000b: 75), was bedeutet, dass die gesundheitliche Belastung und die Nachfrage nach medizinischen Leistungen nicht in direktem Zusammenhang stehen. Ein Grund dafür ist in der Tatsache zu vermuten, dass vor allem diejenigen Personen Güter und Dienstleistungen des Gesundheitswesens in Anspruch nehmen, die über die dazu notwendigen Ressourcen verfügen, während sozioökonomisch schlechter gestellte Menschen sich dies nur in beschränktem Mass leisten können.

Dieser Befund auf der individuellen Ebene lässt sich auf das allgemeine Niveau der Staatstätigkeit übertragen. Diese lässt sich als Folge des Niveaus der sozioökonomischen Entwicklung auffassen (vgl. Vatter 2002: 358): eine hohe wirtschaftliche Leistungsfähigkeit ermöglicht ein hohes Versorgungsniveau an staatlichen Dienstleistungen. Da sowohl für den Ausbau des Angebots an medizinischen Leistungen als auch für deren Inanspruchnahme mehr Mittel zur Verfügung stehen, ist davon auszugehen, dass sich dies auch in höheren Gesundheitskosten niederschlägt (vgl. Schmidt 1999: 234). Aus diesen Gründen ist zu erwarten, dass in sozioökonomisch hoch entwickelten Regionen die Kosten des Gesundheitswesens eher hoch ausfallen:

H 1.5: Je höher das Volkseinkommen eines Kantons ist, desto höher sind die Kosten des Gesundheitswesens/der Krankenversicherung.

Das Volkseinkommen widerspiegelt die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit eines Kantons. Diese Hypothese wird mittels des Volkseinkommens pro Kopf operationalisiert.

Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen wird nicht allein von den ökonomischen Möglichkeiten der Nachfrager bestimmt, sondern auch von deren Bereitschaft dazu. Kulturelle Faktoren wie die Einstellung gegenüber der eigenen Gesundheit, die Anspruchshaltung gegenüber den Einrichtungen des Gesundheitswesens und staatlicher Leistungen allgemein oder die Neigung, im Krankheitsfall zuerst auf die Selbsthilfe zu setzen, statt einen Arzt aufzusuchen, spielen diesbezüglich ebenso eine Rolle. So zählen z.B. soziale Beziehungen und die damit verbundene verfügbare Unterstützung zu den wichtigsten Quellen für den Schutz der Gesundheit (BFS 2000b: 27). Gut funktionierende soziale Netzwerke sind nicht nur wichtig für das allgemeine Wohlbefinden, sondern bilden auch eine Grundlage für Systeme informeller gegenseitiger Hilfeleistungen (ebd. 56f.), welche eine kostensparende Alternative zur kommerziellen Versorgung mit medizinischen Pflegeleistungen darstellen. Insofern erscheint eine erste soziokulturell geprägte Hypothese naheliegend:

H 1.6: In Kantonen, in denen die Menschen auf gut ausgeprägte soziale Netzwerke zurückgreifen, sind die Kosten des Gesundheitswesens/der Krankenversicherung tiefer.

Die Stärke sozialer Netzwerke wird anhand des von Freitag (2000) gebildeten Index des Sozialkapitals in den Kantonen gemessen, der eine Kombination von fünf Variablen dar-

stellt: die Kontakthäufigkeit ausserhalb des Haushalts, den Kontakt zu Nachbarn, die Teilnahme an Veranstaltungen, den Besuch von Verwandten und Freunden und die Anzahl enger Freundschaftsbeziehungen ausserhalb des Haushaltes.

Freitag (2000: 190f.) assoziiert die Ausprägung des Sozialkapitals mit der Konfliktlinie zwischen individueller Eigenverantwortung und der Anspruchsmentalität gegenüber dem Staat und dessen Sozialeinrichtungen und stellt das Argument zur Diskussion, dass Individuen überall dort ein dichtes soziales Netzwerk bilden, wo der Rückgriff auf die staatliche Verantwortung nicht zu den politischen Grundwerten zählt. In der Schweiz zeigen sich Unterschiede in den sozialpolitischen Auffassungen vor allem zwischen den verschiedenen Landesgegenden. Bei den meisten sozialpolitischen Volksabstimmungen ist festzustellen, dass in der Deutschschweiz die Bevölkerung das Konzept eines liberalen und subsidiären Staates, der den Prinzipien der Eigenverantwortung und dem Verursacherprinzip verpflichtet ist, bevorzugt, während in den lateinischen Kantonen den wohlfahrtstaatlichen Leistungen der öffentlichen Hand – wozu auch das Gesundheitswesen gehört – grössere Bedeutung zugemessen wird (vgl. auch Freitag 2000: 191). Regionale Unterschiede sind gemäss der Gesundheitsbefragung 1997 auch bei gesundheitsrelevanten Verhaltensaspekten feststellbar. So ist beispielsweise der Konsum von Tabak, illegalen Drogen und Medikamenten in der Westschweiz höher als in der Zentralschweiz, während gleichzeitig die Häufigkeit körperlicher Betätigung oder das Ernährungsbewusstsein in der Ost- und Zentralschweiz höher ausgeprägt ist (BFS 2000b: 107f.). Diese Unterschiede im Gesundheitsverhalten und in der Anspruchshaltung lassen vermuten, dass in der Westschweiz ein höheres Niveau der Gesundheitskosten festzustellen ist.

H 1.7: Je niedriger der Anteil deutschsprachiger Einwohner in einem Kanton ist, desto höher sind die Kosten des Gesundheitswesens/der Krankenversicherung.

### 3.2.2 Merkmale der Anbieterseite

Wie die Analyse der als abhängige Variablen verwendeten Kostendaten gezeigt hat, bestehen teilweise beträchtliche Unterschiede in deren Zusammensetzung (vgl. Tabelle 3 und Tabelle 5). Diese sind auf die kantonal unterschiedlichen Versorgungsstrukturen in den verschiedenen Gesundheitsbereichen zurückzuführen (vgl. BFS 1993: 36ff.). So verfügen beispielsweise fünf Kantone (Basel-Stadt, Bern, Genf, Waadt und Zürich) über Universitätsspitäler und damit über ein hochspezialisiertes Spitalangebot, während die kleineren Kantone der Inner- und Ostschweiz lediglich ein einziges Akutspital betreiben. Ähnliche Unterschiede sind beim Angebot an Spezialkliniken festzustellen, deren Verbreitung und Ausbaustand stark variiert. Von den 26 Kantonen unterhalten 19 eine psychiatrische Klinik. Rehabilitationskliniken bestehen in 17 Kantonen (Krankenhausstatistik des BFS 1998<sup>19</sup>). Hier zeigt sich die Bedeutung der interkantonalen Kooperation im Gesundheitswesen: in einigen Gegenden ist die Spitalversorgung grenzüberschreitend organisiert. Die beiden Basel sowie die Kantone Uri, Ob- und Nidwalden erarbeiten sogar jeweils eine gemeinsame

---

<sup>19</sup> Gewisse Ergebnisse der Krankenhausstatistik stellt das BFS auf seiner Website zur Verfügung ([www.statistik.admin.ch/stat\\_ch/ber14/statsant/dffr1409.htm](http://www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber14/statsant/dffr1409.htm)).



Spitalplanung (Rothenbühler 1999: 16ff.). Ein anderer Aspekt dieser kantonal unterschiedlichen Angebotsstrukturen besteht in der Zentrumsfunktion der Spitzenspitäler, welche eine hohe Anziehungskraft über die Kantonsgrenzen hinaus ausüben und den interkantonalen Charakter der Spitalversorgung unterstreichen.

Im ambulanten Bereich sind ebenfalls unterschiedliche Versorgungsdichten festzustellen. Die Ärzte- und Zahnärztedichte ist in städtischen Gebieten besonders hoch und in ländlichen Regionen am tiefsten (BFS 1993: 39, vgl. für die Ärztedichte Tabelle D9 im Anhang). Da das Angebot zumindest teilweise auch die Nachfrage stimuliert, ist ein entsprechender Effekt auf die Gesundheitskosten zu erwarten. Greppi et al. (2000: 56) stellen denn auch einen starken positiven Zusammenhang zwischen der Fachärztedichte und der Prämienhöhe in den Kantonen fest. Der Einfluss der kantonal unterschiedlichen Versorgungsstrukturen auf die Gesundheitskosten soll mittels der folgenden Hypothese untersucht werden, welche verschiedene Indikatoren umfasst:

H 2.1: Je besser ausgebaut das Leistungsangebot (ambulant und stationär) des Gesundheitswesens in einem Kanton ist, desto höher sind die Kosten des Gesundheitswesens/der Krankenversicherung.

Der Versorgungsgrad im ambulanten Sektor wird über die jährlich von BFS und BSV ermittelte Ärztedichte (Anzahl Ärzte pro 100'000 Kantonsbewohner) gemessen und mit einem Spezialisierungsfaktor ergänzt, der aus dem Anteil der Fachärzte am Total der praktizierenden Ärzte gebildet wird. Für die weitaus komplexere Grösse des Versorgungsgrads im stationären Sektor wird mangels eines aussagekräftigeren Indikators einerseits auf die dreistufige Einschätzung von Biersack (2000: 7), andererseits auf die Bettendichte (Anzahl Betten in Akutspitälern pro 100'000 Kantonseinwohner) zurückgegriffen. Hier besteht jedoch das methodische Problem, dass seit der Reorganisation der Spitalstatistik die Bettendichte vom BFS nicht mehr publiziert wird und für die Jahre 1997 bis 1999 keine verlässlichen Angaben mehr zur Verfügung stehen. Es fließen deshalb lediglich die Daten der Jahre 1994-1996 in die Analyse ein. Ebenfalls berücksichtigt werden die Bettendichte in psychiatrischen Kliniken (Anzahl Betten pro 100'000 Einwohner), die aus den Daten der Krankenhausstatistik 1998 berechnet werden kann, und die Dichte des Angebots in sozialmedizinischen Institutionen (Anzahl Betten für betagte, pflegebedürftige, behinderte und suchtkranke Menschen pro 1000 Einwohner). Letztere zeigt sich im Zeitverlauf stabil und wurde vom BFS erstmals für 1998 errechnet, wobei allerdings für den Kanton St. Gallen keine Daten vorhanden sind (BFS 2000c). Zusätzliche Informationen über die Struktur der Spitallandschaft liefert ausserdem ein Indikator, der den Anteil Spezialkliniken am Total der Spitäler eines Kantons enthält und anhand der Angaben der Krankenhausstatistik des BFS von 1998 berechnet wurde.

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass das Angebot an medizinischen Gütern und Dienstleistungen auch vom sozioökonomischen Entwicklungsstand eines Kantons abhängt. Eine hohe wirtschaftliche Leistungsfähigkeit ermöglicht eine hochstehende und gut ausgebaute Versorgung im Gesundheitswesen. Dieser angebotsbezogene Umstand wird bereits in der nachfrageseitig formulierten Hypothese 1.5 berücksichtigt, welche anhand

des Volkseinkommens pro Kopf, das auch die Wirtschaftskraft eines Kantons ausdrückt, operationalisiert wird.

Aus der administrativen Statistik des Spitalverbandes H+ geht hervor, dass mit zunehmender Bettenzahl eines Spitals der Betriebsaufwand pro verrechnetem Pflorgetag oder pro Fall steigt (H+ 1997: Tabellen 1.03.6 und 1.04.6). Dies hängt in erster Linie damit zusammen, dass grössere Spitäler meist auch über ein stärker spezialisiertes Leistungsangebot verfügen, das die Betreuung komplizierter und aufwändiger Fälle ermöglicht. Ausserdem steigt mit zunehmender Spitalgrösse auch der Personalbestand pro Patientenbett (Tabelle 0.02.6). Da die Personalkosten den grössten Anteil am Betriebsaufwand ausmachen (1996: 70,4%, Tabelle 1.02.6), sind grosse Spitäler (gemessen an der Bettenzahl) deshalb weitaus kostenintensiver als kleine Spitäler, was die folgende Hypothese nahelegt:

H 2.2: Je grössere Spitäler ein Kanton betreibt, desto höher sind die Kosten des Gesundheitswesens/der Krankenversicherung.

Die durchschnittliche Spitalgrösse (Betten pro Spital) kann anhand der Anzahl Spitäler in einem Kanton und der Anzahl verfügbarer Akutbetten berechnet werden. Diese Angaben sind in der Krankenhausstatistik von 1998 enthalten, wobei lediglich die antwortenden Spitäler (95%) berücksichtigt werden.

Die medizinische Versorgung besteht nicht nur aus dem stationären und ambulanten Sektor, sondern umfasst auch weitere Leistungserbringer wie z.B. die Apotheken, welche als Verkaufsstellen von Heilmitteln einen wesentlichen Anteil am Gesundheitsmarkt haben und ca. 62% aller in der Schweiz konsumierten Medikamente verkaufen (European Observatory 2000: 63). Zwischen 1996 und 1999 entfielen rund 20% der Kosten der Krankenkassen auf von Ärzten oder Apotheken abgegebene Medikamente (vgl. Tabelle 5). Die Medikamentenabgabe ist kantonal unterschiedlich geregelt (Frei 1998b: 5, BFS 1993: 39). Einige Kantone verbieten die Selbstdispensation der Ärzte, andere erlauben sie uneingeschränkt, in weiteren bestehen Mischformen (Gröflin und Züllig 1995). Dies hat gewisse Auswirkungen auf die Apothekendichte in den Kantonen<sup>20</sup>, aber auch auf die Medikamentenkosten. Gröflin und Züllig stellten fest, dass diese in Kantonen mit Selbstdispensation signifikant tiefer sind. Als Begründung lokalisierten sie zum einen ein ausgeprägteres Kostenbewusstsein der Ärzte im Vergleich zu Patienten, die ihre Medikamente bei einer Apotheke beziehen, wo wegen der höheren Marge eher die teureren Originalpräparate als billigere Generika verkauft werden, und zum anderen bessere Kontrollmöglichkeiten der ärztlichen Medikamentenabgabe durch die Krankenversicherung als bei der Rezeptur. Die folgende Hypothese ist somit naheliegend:

H 2.3: Je höher der Anteil der Ärzte an der Medikamentendispensation in einem Kanton bzw. je niedriger die Apothekendichte in einem Kanton ist, desto niedriger sind die Kosten des Gesundheitswesens/der Krankenversicherung.

---

<sup>20</sup> Der Anteil selbstdispensierender Ärzte und die Apothekendichte in einem Kanton korrelieren ausserordentlich hoch mit  $-0.898$ . Das bedeutet, dass sich die beiden Absatzkanäle in der Tendenz ergänzen: je mehr Ärzte Medikamente selber abgeben, desto niedriger ist die Apothekendichte.

Der Anteil der Ärzte an der Medikamentendispensation kann anhand der Aufschlüsselung der Ausgaben der Krankenversicherer nach Kostenkomponenten (KSK-Versichertenstatistik) gemessen werden. Die für die Jahre 1996-1999 verfügbaren Werte entsprechen dem Prozentanteil des Postens "Medikament Arzt" am Total der Bruttoausgaben im jeweiligen Kanton.

Innerhalb der Angebotsstrukturen unterscheiden sich die verschiedenen Versorgungsbereiche in ihrer Kostenintensität. So sind beispielsweise ambulante Behandlungen weitaus günstiger als stationäre Spitalaufenthalte. Dies dürfte ein Grund dafür sein, weshalb in den letzten Jahren eine markante Ausweitung der Leistungserbringung im ambulanten Bereich, verbunden mit einem Rückgang der stationären Behandlung festzustellen ist (BFS 2000a: 25, Bundesrat 2000: 30). Eine derartige Verlagerung erfolgt zum einen aufgrund des medizinischen Fortschritts und der zunehmenden Verbreitung schonender Behandlungsmethoden, hauptsächlich aber aus dem Motiv der Kostendämpfung heraus, da sie den Abbau von schlecht ausgelasteten Spitalinfrastrukturen oder vorhandener Überkapazitäten ermöglicht, was auch eines der Ziele der Spitalplanung darstellt. Mit Hypothese 2.4 soll überprüft werden, ob sich derartige Effekte bemerkbar machen.

H 2.4: Je grösser der Anteil an ambulant erbrachten medizinischen Leistungen in einem Kanton ist, desto niedriger sind die Kosten des Gesundheitswesens/der Krankenversicherung.

Der Anteil ambulant erbrachter Leistungen wird anhand der Kostendaten der obligatorischen Krankenversicherung (KSK-Versichertenstatistiken 1996-1999) gemessen. Die Kosten für ambulante Behandlungen (Arzt und Spital) werden durch das Total der Bruttokosten der Krankenversicherer geteilt.

Ähnliche Kostenunterschiede bestehen bei der Versorgung von älteren, pflegebedürftigen Menschen. Diese erfolgt weitgehend über Angebote der Hauskrankenpflege (Spitex) oder in sozialmedizinischen Institutionen wie Alters- und Pflegeheimen. Der Bereich der Langzeitpflege befindet sich zur Zeit in einer Umbruchphase (European Observatory 2000: 57), da mit der Einführung des KVG die Leistungspflicht auf Spitex- und Pflegeleistungen ausgeweitet wurde. Plätze in Alters- und Pflegeheimen sind allerdings nach wie vor knapp, die bestehende Infrastruktur der Langzeitpflege ist ausgelastet und kann die Nachfrage nicht decken. Deshalb werden pflegebedürftige ältere Menschen nach wie vor in den weitaus teureren Akutspitälern versorgt, was entsprechend höhere Kosten verursacht. Um diese zu senken und die Akutspitäler zu entlasten, müsste das Versorgungsangebot in sozialmedizinischen Institutionen oder im Spitexbereich im Vergleich zum Akutbettenbestand erhöht werden. In Kantonen mit einem hohen Verhältnis von Akut- zu Langzeitpflegebetten sind somit höhere Gesundheitskosten zu erwarten, während ein gut ausgebautes Spitex-Angebot eine kostensenkende Wirkung entfalten sollte. Zwar machen die Spitex-Dienste lediglich 2% der Kosten im Gesundheitswesen aus (BFS 2000a: 18), sie entlasten jedoch den weitaus kostenintensiveren Akutbereich und ersparen den betreuten Personen weitere Gesundheitsausgaben, z.B. Arztbesuche, die aufgrund der regelmässigen Betreuung wegfallen.

H 2.5: Je höher das Verhältnis von Akut- zu Langzeitpflegebetten im stationären Sektor eines Kantons ist, desto höher sind die Kosten des Gesundheitswesens/der Krankenversicherung.

H 2.6: Je mehr Spitexleistungen in einem Kanton erbracht werden, desto niedriger sind die Kosten des Gesundheitswesens/der Krankenversicherung.

Die Akut-Pflegebett-Ratio kann aufgrund der Daten der Krankenhausstatistik und der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen des BFS berechnet werden und entspricht der Anzahl in einem Kanton verfügbaren Akutbetten in Krankenhäusern für allgemeine Pflege geteilt durch die Anzahl Betten in Institutionen für betagte, pflegebedürftige, behinderte und suchtkranke Menschen. Diese Daten sind nur für 1998 vorhanden, wobei die Statistik 95% der Spitäler und 88% der Alters- und Pflegeheime umfasst und für den Kanton St. Gallen im Rahmen Statistik der sozialmedizinischen Institutionen keine verwertbaren Daten vorhanden sind (BFS 2000c).

Die erste Spitexstatistik des BSV von 1998 (BSV 2000b) liefert detaillierte Informationen zum Ausmass der erbrachten Leistungen. Aus dieser Statistik kann die Anzahl geleisteter Pflegestunden pro Kantonseinwohner berechnet werden, welche als Indikator für die Verbreitung von Spitexangeboten dient.

### 3.2.3 Merkmale der allgemeinen Staatstätigkeit

Wie aus Abschnitt 3.1 hervorgeht, wird das Ausmass der Staatstätigkeit als wichtiger Faktor für die Höhe der öffentlichen Ausgaben im Gesundheitswesen angesehen und bestimmt zu einem grossen Teil auch das Niveau der Krankenkassenkosten. Zur Erklärung der Staatstätigkeit werden üblicherweise vier Theorieansätze herangezogen, von denen derjenige der sozioökonomischen Determination bereits in Hypothese 1.5 eingeflossen ist, weshalb dazu keine weitere Hypothese formuliert wird. Bevor allerdings auf die verschiedenen erklärenden Faktoren aus der Politikwissenschaft eingegangen wird, soll die Aufmerksamkeit konkreten kostenrelevanten Aspekten der kantonalen Gesundheitspolitik zugewandt werden.

Die kantonale Staatstätigkeit im Gesundheitswesen besteht hauptsächlich in der Finanzierung und Subventionierung des Spitalwesens (vgl. Abschnitt 2.1). Die Pflicht zur Spitalplanung, die mit dem KVG 1996 eingeführt wurde, hat in diesem Bereich zu gewissen Veränderungen geführt (Rothenbühler 1999), die allerdings noch nicht abgeschlossen sind und die beabsichtigte Wirkung – den Abbau von bestehenden Überkapazitäten – noch nicht vollends entfalten können (Bundesrat 2000: 30). Die laufend steigenden Kosten im Gesundheitswesen und der anhaltende allgemeine Kostendruck in den Kantonen haben jedoch bereits zuvor eine vielseitige Dynamik in der kantonalen Spitalpolitik ausgelöst, die sich in Form von Strukturbereinigungen (Bettenabbau, Spitalschliessungen, Bildung von Spitalgruppen, Fusionen), oder Veränderungen in der Spitalfinanzierung und –führung (Einführung von Globalbudgets, Umstellung von Fallpauschalen auf leistungsorientierte Finanzierung, Auslagerung der Spitalverwaltung in private Holdings) äussern (vgl. z.B. Ogier 1999). Dabei stellt die Frage der Subventionierungspraxis einen Hauptaspekt der laufenden Diskussionen dar (vgl. Bundesrat 2000: 8f.). Ein für die vorliegende Studie wichti-

ger Aspekt ergibt sich aus Art. 49 Abs. 1 KVG, der die Aufteilung der nach KVG anrechenbaren Kosten im stationären Bereich zwischen Kantonen und Krankenversicherern regelt. Danach müssten die Kantone mindestens 50% dieser Kosten übernehmen. Dieser Anteil variiert jedoch zum Teil beträchtlich zwischen den Kantonen (vgl. Abschnitt 2.3), woraus unterschiedliche Aufteilungen zwischen öffentlicher und privater Finanzierung des stationären Sektors resultieren. Ein hoher Kostendeckungsgrad der öffentlichen Hand impliziert dabei jedoch nicht nur entsprechend hohe öffentliche Ausgaben, sondern kann auch als Anzeichen hoher und expansiver gesundheitspolitischer Staatstätigkeit gedeutet werden, die aufgrund der angebotsinduzierten Nachfrage ebenso ein höheres Niveau der Kosten in der Krankenversicherung mit sich zieht. Diese fundamentale Tatsache soll in einer ersten Hypothese berücksichtigt werden:

H 3.1: Je höher der Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand im stationären Bereich ist, desto höher sind die Kosten des Gesundheitswesens/der Krankenversicherung.

Die Datenlage im Bereich der Spitalfinanzierung erweist sich als äusserst intransparent. Der politisch ebenso zentrale wie umstrittene Kostendeckungsgrad gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG wurde vom BFS erstmals für 1998 annäherungsweise berechnet und vom Bundesrat (2000) publiziert. Die Daten basieren auf Schätzungen, lassen aber Rückschlüsse auf die Kostenaufteilung zwischen Versicherern und öffentlichen Haushalten zu und werden dementsprechend als Annäherungsgrössen behandelt. Für die Operationalisierung der Hypothese werden die ohne Berücksichtigung der Investitionskosten berechneten Werte verwendet, da sich die Versicherer nicht an den Investitionen beteiligen und so die Aufteilung der fraglichen Kosten exakter ausgedrückt wird.

Wie oben erwähnt, kann der Finanzierungsanteil im stationären Sektor als Indikator für eine expansive Staatstätigkeit herangezogen werden. Im Folgenden werden nun die gängigen Erklärungsversuche der Staatstätigkeitsforschung in weitere Hypothesen zu den kantonalen Kostendifferenzen im Gesundheitswesen einfließen und diese aus einer grundsätzlicheren Perspektive heraus zu erklären suchen.

Gemäss verschiedener empirischer Kantonsvergleiche besteht ein Zusammenhang zwischen der Ausgestaltung politischer Institutionen und dem Ausmass der Staatstätigkeit (Vatter 2002, Freitag und Vatter 2000, Stutzer und Frey 2000, Schaltegger 2001). Eine bedeutende Rolle kommt hierbei den Instrumenten direktdemokratischer Mitsprache zu, welche gemäss Pommerehne (1990) das Ausmass und das Wachstum staatlicher Tätigkeit senken und die Effizienz staatlicher Produktion erhöhen (Stutzer und Frey 2000: 22). Dieses Ergebnis wird von Schaltegger (2001: 13) bestätigt. Demnach sind bei gut ausgebauten direktdemokratischen Institutionen ein tiefes Niveau und ein tiefes Wachstum der staatlichen Ausgaben auch im Gesundheitswesen zu erwarten. Insbesondere das Finanzreferendum stellt für die Stimmberechtigten, die aufgrund ihrer Rolle als Steuerzahler in der Regel kostenbewusst denken, ein wirkungsvolles Instrument zur Disziplinierung von ausgabefreudigen Politikern dar, die sich mittels hohen öffentlichen Investitionen im Sozial- und Gesundheitswesen ihre Wiederwahl sichern wollen (Vatter 1994).

Bei der Untersuchung direktdemokratischer Institutionen muss unterschieden werden zwischen ihrer Existenz (rules in form) und ihrer Anwendung (rules in use) (Sproule-Jones 1993). Damit ist die Frage angesprochen, ob bereits das Vorhandensein von Mitbestimmungsmöglichkeiten oder erst deren effektive Nutzung sich auf das Ausmass der Staatstätigkeit auswirkt (vgl. Stutzer und Frey 2000: 4). Gemäss verschiedenen Studien (z.B. Vatter 1997 und 2002, Stutzer und Frey 2000) besteht kein Zusammenhang zwischen diesen beiden Dimensionen. Die Volksrechte werden vor allem in den grossen, urbanisierten Kantonen mit heterogenen Gruppen genutzt und ergänzen die dort weniger stark ausgeprägte Regierungskonkordanz als Instrument der Konfliktbewältigung (Vatter 1997, Linder 1999: 267). Der Rückgriff auf Volksinitiative oder fakultatives Referendum deutet somit auf ein höheres politisches Konfliktpotenzial hin und dient gesellschaftlichen und politischen Interessengruppen dazu, die Staatstätigkeit zu kontrollieren und allenfalls zu korrigieren. Hinsichtlich der Kosten des Gesundheitswesens ist davon auszugehen, dass die direkte Demokratie eher genutzt wird, um diese zu senken, als sie weiter anzuheben. Als Beispiel seien kantonale Kredite zur Spitalfinanzierung oder für Investitionen im Gesundheitsbereich genannt, die ab einer bestimmten Höhe von den Stimmberechtigten genehmigt werden müssen. Hier hat die Kantonsbevölkerung eine Möglichkeit, disziplinierenden Einfluss auszuüben, weshalb eine kostendämpfende Wirkung der Nutzung politischer Mitsprachemöglichkeiten zu erwarten ist. Aus diesen Überlegungen heraus wird Hypothese 3.2 abgeleitet:

H 3.2: Je stärker direktdemokratische Instrumente, insbesondere das Finanzreferendum, in einem Kanton bereit gestellt bzw. genutzt werden, desto niedriger sind die Kosten des Gesundheitswesens/der Krankenversicherung.

Die Verfügbarkeit direktdemokratischer Instrumente wird anhand zweier Indizes gemessen. Den Ausbaugrad und die Stärke der direkten Demokratie haben Frey und Stutzer (2000) berechnet, während die Existenz des obligatorischen Finanzreferendums mittels einer Dummy-Variable ausgedrückt wird, die den Wert eins annimmt, wenn dieses Instrument in einem Kanton zur Verfügung steht. Über die Nutzung der direkten Demokratie gibt die Anzahl der im Untersuchungszeitraum abgehaltenen Volksabstimmungen bzw. Finanzreferenden Auskunft.

Bei dieser Hypothese gilt es zu beachten, dass die Bedeutung der direkten Demokratie sich vor allem zwischen den Landesgegenden stark unterscheidet. Die deutschsprachige Schweiz verfügt über eine traditionsreiche Kultur der direkten Bürgerbeteiligung, während die Westschweizer Kantone eher ein repräsentativ orientiertes Demokratieverständnis pflegen und die Volksrechte oft weniger weit gehen (Vatter 2002: 350).

Nebst den direktdemokratischen Mitbestimmungsmöglichkeiten haben auch die grundsätzlichen politischen Problemlösungsroutinen, von denen sich in der Schweiz die konsensorientierte Konkordanzregierung durchgesetzt hat (Linder 1999), einen wesentlichen Einfluss auf die Staatstätigkeit. So ist es breit abgestützten Konkordanzregierungen eher möglich, langfristig orientierte und umfassende Lösungen für Fragen der Staatstätigkeit und Verteilungskonflikte durchzusetzen als auf kurzfristige Erfolge angewiesene Regierungen

mit beschränkten Chancen zur Wiederwahl (Freitag und Vatter 2000: 583f.). Insofern ist zum einen davon auszugehen, dass eine langfristige Perspektive bei der Regierungstätigkeit einen effizienteren Ressourceneinsatz ermöglicht und die Staatsausgaben tendenziell niedrig hält, zum anderen dass aufgrund der hohen Stabilität von Konkordanzregierungen keine Notwendigkeit besteht, die Wählerschaft mittels einer kurzfristig orientierten expansiven Politik – besonders im Gesundheitswesen, das für viele Wähler eine hohe Bedeutung hat – zu beeindrucken. Beide Argumente begründen Hypothese 3.3:

H 3.3: Je grösser die Regierungskonkordanz in einem Kanton ist, desto niedriger sind die Kosten des Gesundheitswesens/der Krankenversicherung.

Als Gradmesser für die Stärke der Regierungskonkordanz wird jeweils die Summe der Wähleranteile der Regierungsparteien bei Parlamentswahlen verwendet. Je höher diese ist, desto grösseren Rückhalt geniessen die Regierungsparteien in der Bevölkerung.

Problemlösungsroutinen lassen sich auch nach ihrer Grundausrichtung in marktorientiert oder staatszentriert unterscheiden (vgl. Schmidt 1999: 235). Je stärker sich der Staat in einem Wirtschaftsbereich engagiert, desto höher sind seine Ausgaben dafür, und desto höher ist auch die Staatsquote, d.h. der Anteil aller staatlich eingekauften oder produzierten Güter und Dienstleistungen am Bruttoinlandprodukt. Das Gesundheitswesen stellt nun einerseits einen bedeutenden Wirtschaftszweig, andererseits eine Kernaufgabe staatlicher Aktivitäten dar: 1998 entfielen 12,3% aller öffentlicher Ausgaben von Bund, Kantonen und Gemeinden auf den Bereich Gesundheit<sup>21</sup> (EFV 2000: 11), der allergrösste Teil davon (11,3% des Totals) floss in das Spitalwesen. Gerade in diesem Bereich sind allerdings in den letzten Jahren verstärkte Privatisierungstendenzen festzustellen, indem sich staatliche Leistungserbringer organisatorisch und finanziell aus dem Gesundheitswesen zurückziehen und dieses der zunehmenden Regulierung durch den Markt aussetzen (vgl. Oggier 1999: 118). Mit derartigen Schritten, die den staatlichen Einfluss auf den Gesundheitsbereich reduzieren, sollen die öffentlichen Ausgaben gesenkt und die unternehmerische Flexibilität der Spitalbetreiber erhöht werden. Welchen Einfluss nun der Grad etatistischer Problemlösungen auf die Kosten im Gesundheitswesen hat, soll mittels der folgenden Hypothese ermittelt werden:

H 3.4: Je höher die Staatsquote in einem Kanton ist, desto höher fallen die Kosten des Gesundheitswesens/der Krankenversicherung aus.

Der Grad etatistischer Problemlösung wird dabei in Anlehnung an Schmidt (1999: 235) anhand der um die Gesundheitsausgaben reduzierten Staatsquote gemessen. Diese berechnet sich grundsätzlich aus dem Quotienten von Staatsausgaben und Bruttoinlandprodukt. Weil jedoch für die einzelnen Kantone keine BIP-Daten publiziert werden, wird das vom BFS berechnete kantonale Volkseinkommen als Bezugsgrösse verwendet.

---

<sup>21</sup> Höhere Anteil entfielen einzig auf die soziale Wohlfahrt (20,6%) und auf die Bildung (18%). Der Verkehr machte als weiterer bedeutender Bereich 11,3% aller öffentlicher Ausgaben aus.

In den neunziger Jahren haben sich verschiedene Kantone darum bemüht, mittels Reformen im Spitalwesen ihre Gesundheitskosten zu senken. Die oben erwähnten Privatisierungstendenzen sind ein Beispiel dafür. Diese Bestrebungen müssen jedoch im grösseren Zusammenhang genereller Reformprozesse gesehen werden, die zur Zeit in verschiedenen Kantonen ablaufen. Strukturelle bzw. institutionelle Veränderungen beinhalten beispielsweise Aufgabenüberprüfungen, Straffung der Strukturen, Kompetenzneuregelungen zwischen Regierung und Parlament und vor allem die Einführung neuer Verwaltungsmodelle, insbesondere der wirkungsorientierten Verwaltungsführung bzw. des New Public Management (vgl. Nuspliger 2000). Diese Modernisierungsprozesse erfolgen oftmals aus der Motivation heraus, die Belastung der öffentlichen Haushalte zu senken und die Staatstätigkeit effizienter zu gestalten. In Kantonen, welche strukturelle Reformen vorantreiben, sind deshalb niedrigere Staatsausgaben und somit auch tiefere Gesundheitskosten zu erwarten, was die folgende Hypothese begründet:

H 3.5: Je aufgeschlossener ein Kanton gegenüber Verwaltungsreformen ist, desto niedriger sind die Kosten des Gesundheitswesens/der Krankenversicherung.

Die Reformtätigkeiten der Kantone wurden von Ladner und Steiner (1998) untersucht. Anhand der Anzahl der in einem Kanton unternommenen Reformprojekte erarbeiteten sie einen Index der Reformfreudigkeit, der Werte zwischen 1 und 32 annehmen kann. Dieser Index drückt die Bereitschaft eines Kantons aus, Umstrukturierungen einzuleiten und durchzuführen und dient hier als entsprechender Indikator.

Neben diesen unterschiedlichen institutionellen Determinanten der Staatstätigkeit sind auch politische Machtfaktoren wie die Stärke organisierter Interessengruppen in Betracht zu ziehen, welche miteinander um staatlich bereitgestellte Güter konkurrieren. Gemäss der Theorie von Olson (1991) führen diese Verteilungskämpfe zum Einbau institutioneller Rigiditäten, welche der Interessenwahrung dienen und Innovationen und Reformen behindern. Bezogen auf den Gesundheitsbereich lassen sich verschiedene derartige Verteilungskoalitionen lokalisieren, deren Anliegen ein gut ausgebautes und qualitativ hochstehendes Angebot an Gesundheitsdienstleistungen ist. Auf der Angebotsseite ist die Ärzteschaft zu nennen, die aus fachlichem Interesse den Erhalt und Ausbau des Gesundheitswesens bevorzugt und deren Einkommenschancen massgeblich davon abhängt. Ebenfalls einen bedeutenden Einfluss üben die verschiedenen am Gesundheitswesen beteiligten Wirtschaftszweige, die an stabilen und ertragreichen Absatzmärkten interessiert sind, aus. Auf der Nachfrageseite setzen sich die verschiedenen zivilgesellschaftlichen Interessengruppen für einen hohen Versorgungsgrad und einen uneingeschränkten Zugang zu medizinischen Gütern und Leistungen ein. Hingegen finden sich kaum Akteure, die eine Leistungseinschränkung im Gesundheitsbereich fordern. Am ehesten sind dies die öffentlichen Körperschaften, welche um Kostensenkungen bemüht sind, jedoch nicht als Interessengruppen im eigentlichen Sinn angesehen werden können. Insofern handelt es sich bei gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen mehr um Fragen der Effizienzsteigerung und der Kostenverlagerung als um konkrete Einschränkungen des Angebots an Gütern und Dienstleistungen des Gesundheitswesens. Das stetige Wachstum der gesamtschweizerischen Gesundheitskosten und die



ebenso stetige Verlagerung ihrer Direktfinanzierung von der öffentlichen Hand auf die Krankenversicherung (vgl. BFS 2000a: 9 und 14) belegen dies eindrücklich. Die Vermutung eines kostentreibenden Einflusses von organisierten Interessengruppen ist somit naheliegend. Vatter (2002: 358) geht deshalb davon aus, dass Kantone mit starken Gewerkschaften und erfolgreichen Linksparteien eine besonders expansive Sozial- und damit auch Gesundheitspolitik betreiben.

H 3.6: Je höher der Organisationsgrad von Interessengruppen in einem Kanton ist, desto höher sind die Kosten des Gesundheitswesens/der Krankenversicherung.

Da in der Schweiz Patientenorganisationen keine wesentliche Vetomacht einnehmen (European Observatory 2000: 20), die kantonalen Ärztesgesellschaften sich in Organisationsgrad und Machtposition kaum unterscheiden und zur Stärke von Interessengruppen der Wirtschaft auf kantonaler Ebene kaum verwertbare Daten zur Verfügung stehen, wird zur Operationalisierung der Stärke organisierter Interessen auf die Annäherungsgrösse des gewerkschaftlichen Organisationsgrads zurückgegriffen. Diese berechnet sich als Anteil der Gewerkschaftsmitglieder an den Erwerbstätigen eines Kantons (vgl. Freitag und Vatter 2000). Die vorhandenen Daten beziehen sich auf die Periode von 1994 bis 1997.

Aus dem klassen- und parteiensoziologischen Ansatz ergibt sich eine weitere Möglichkeit zur Erklärung der kantonalen Kostendifferenzen: Linksparteien setzen sich aufgrund ihrer politischen Präferenzen und ihrer Wählersegmente traditionell eher für eine expansive Sozialpolitik und damit für den Ausbau des öffentlichen Gesundheitswesens ein und sind eher geneigt, die staatlichen Gesundheitsausgaben zu erhöhen als Mitte- oder Rechtsparteien. In internationalen empirischen Studien zeigt sich, dass starke marktwirtschaftlich orientierte Rechtsparteien in der Regierung einen dämpfenden Einfluss auf sozialpolitische Staatsausgaben ausüben. Ausserdem favorisieren linke Parteien traditionellerweise staatliche Problemlösungen gegenüber marktwirtschaftlichen, was sich im relativ stark staatlich geprägten Gesundheitsbereich besonders bemerkbar machen dürfte. Hypothese 3.7 besagt deshalb:

H 3.7: Je stärker linksorientierte Kräfte in einem Kanton sind, desto höher sind die Kosten des Gesundheitswesens/der Krankenversicherung.

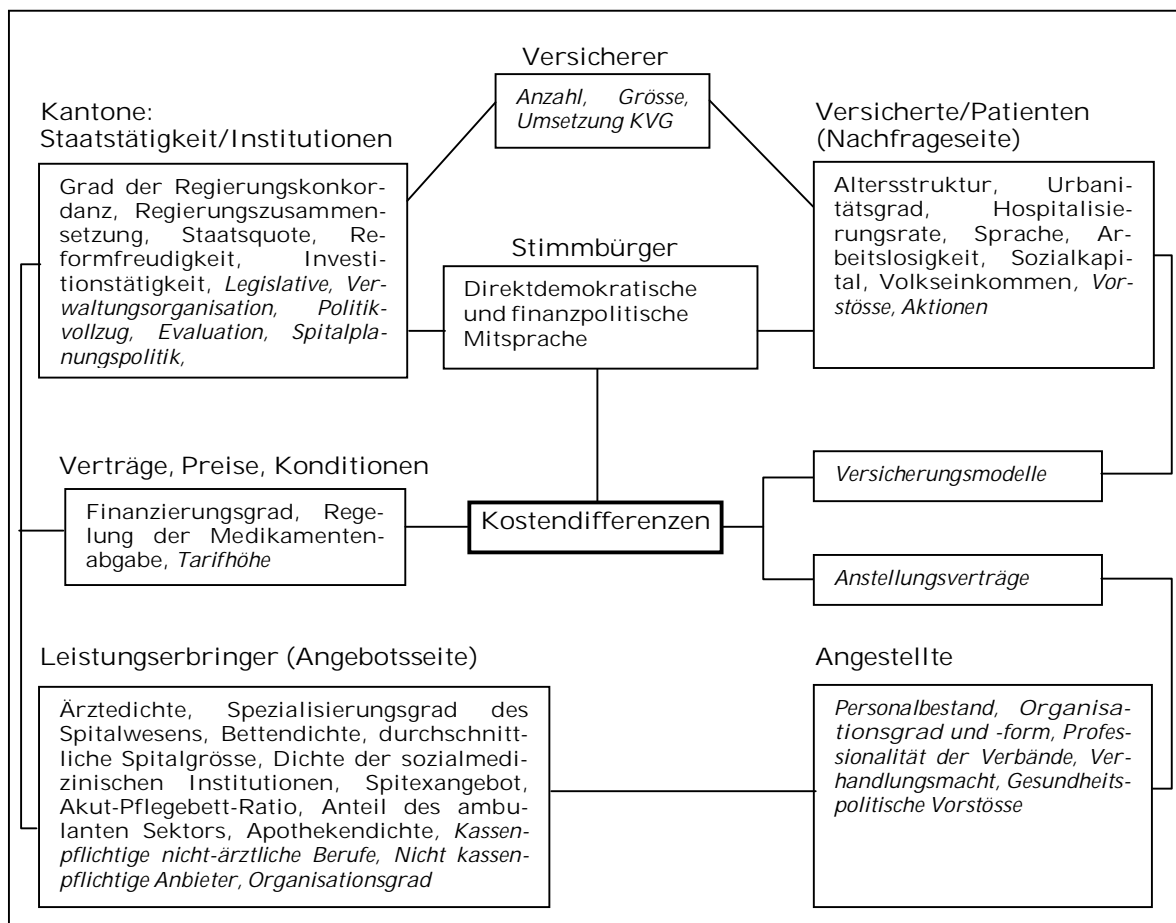
Die Stärke der Linksparteien ergibt sich aus dem Anteil der Sitze von SP (Sozialdemokratische Partei), DSP (Demokratisch-sozialistische Partei) und Grünen in der jeweiligen Kantonsregierung innerhalb der Untersuchungsperiode.

### 3.3 Wirkungsmodell und Zusammenfassung der Hypothesen

Parallel zur vorliegenden Studie wurde vom Büro COPLAN Empirische Sozialforschung, Basel, ein qualitativ orientiertes Forschungsprojekt erarbeitet (COPLAN 2001). Grundlage dieses Projekts ist ein Wirkungsmodell, das die Akteure und Funktionsweise der kantonalen Gesundheitswesen miteinander in Beziehung setzt und das in Abschnitt 3.1 vorgestellte Basismodell ausdifferenziert. Die im vorigen Abschnitt erarbeiteten Hypothesen lassen sich

nun weitgehend auf dieses Modell übertragen und ermöglichen dessen Erweiterung mit den entsprechenden unabhängigen Variablen. Das modifizierte und mit einer weiteren politischen Komponente (direktdemokratische Mitsprache) ergänzte Modell wird in Abbildung 9 dargestellt. In den Kästen finden sich die in der Analyse verwendeten Indikatoren.

Abbildung 9: Mit unabhängigen Variablen erweitertes Wirkungsmodell nach COPLAN (2001)



Legende: Fett gedruckte Variablen werden zur Operationalisierung der gebildeten Hypothesen verwendet. *Kursiv* gedruckte Variablen sind Faktoren, die im COPLAN-Modell enthalten, in der vorliegenden Analyse jedoch nicht berücksichtigt werden. Die *kursiv-fett* gedruckte Variable wird in beiden Studien analysiert, jedoch in anderem Zusammenhang.

Die in Abschnitt 3.2 hergeleiteten und ausformulierten Hypothesen lassen sich in der folgenden Übersichtstabelle zusammenfassen. Aufgeführt werden dabei die verwendeten Indikatoren, ihre Operationalisierung, die Datenquelle und ihr vermuteter Einfluss auf die Höhe und die Entwicklung der beiden abhängigen Variablen, des pro-Kopf-Nettofinanzbedarfs von Kantonen und Gemeinden und der Bruttokosten pro Versicherungsmonat in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Ein Pluszeichen (+) symbolisiert dabei einen kostensteigernden, ein Minuszeichen (-) einen kostendämpfenden Einfluss. Die vollständigen Datentabellen mit den Variablenwerten befinden sich im Anhang.

Tabelle 9: Zusammenfassung der Hypothesen und Operationalisierung

Hypo- these	Indikator	Operationalisierung	Zeitpunkt Periode	Quelle	Einfluss
1.1	Hospitalisierungsrate	Anzahl Hospitalisationen auf 1000 Kantonsbewohner	1998	BFS KHS	+
1.2	Altersquotient	Anteil der über 65jährigen an der ständigen Wohnbevölkerung	1994-1999	BFS	+
1.3	Urbanitätsgrad	Anteil der Kantonsbevölkerung in urbanisierten Zonen	1988	eigene Berechnung	+
1.4	Arbeitslosigkeit	Anteil Arbeitslose an der Erwerbsbevölkerung	1994-1999	BFS	+
1.5	Volkseinkommen	Netto-Volkseinkommen pro Kopf zu Faktorpreisen (logarithmiert)	1994-1998	BFS	+
1.6	Soziale Netzwerke	Index des Sozialkapitals	1992	Freitag 2000	-
1.7	Sprache/Kulturraum	Anteil Deutschsprachige an der Wohnbevölkerung	1990	BFS VZ	-
2.1	Versorgungsangebot	Anzahl Ärzte mit Praxistätigkeit pro 100'000 Einwohner	1994-1999	BFS/BSV	+
		Anteil der Fachärzte am Total der praktizierenden Ärzte	1994-1999	BFS/BSV	+
		Versorgungsstufe des Spitalwesens	1999	Biersack	+
		Anzahl Akutbetten im stationären Sektor pro 100'000 Einwohner	1994-1996	BFS	+
		Anzahl Betten in psychiatrischen Kliniken pro 100'000 Einwohner	1998	BFS KHS	+
		Anzahl Betten in sozialmedizinischen Institutionen pro 1000 Einwohner	1998	BFS SSI	+
		Anteil Spezialkliniken am Total der Krankenhäuser eines Kantons	1998	BFS KHS	+
2.2	Durchschnittliche Spitalgrösse	Durchschnittliche Anzahl Akutbetten pro Spital im Kanton	1998	BFS KHS, eigene Ber.	+
2.3	Selbstdispensation	Anteil "Medikament Arzt" an den Bruttokosten der Krankenversicherung 1996-1999	1996-1999	santésuisse, eigene Berechnung	-
	Apothekendichte	Anzahl Apotheken pro 10'000 Einwohner	1994-1999	BFS	+
2.4	Anteil des ambulanten Bereichs	Anteil der im ambulanten Bereich (Arzt und Spital) entstandenen Kosten an den Bruttokosten der Krankenversicherung	1996-1999	santésuisse, eigene Berechnung	-
2.5	Akut-Pflegebett-Ratio	Anzahl Akutbetten geteilt durch Anzahl Betten in sozialmedizinischen Institutionen	1998	BFS KHS, eigene Berechnung	+
2.6	Spitexangebot	Anzahl geleistete Pflegestunden pro Kantoneinwohner	1998	BSV 2000b	-
3.1	Finanzierung des stationären Sektors	Anteil des Kantons an der Finanzierung des stationären Sektors (ohne Investitionen)	1998	BFS	+

Tabelle 9 (Fortsetzung): Zusammenfassung der Hypothesen und Operationalisierung

Hypothese	Indikator	Operationalisierung	Zeitpunkt Periode	Quelle	Einfluss
3.2	Ausbau direktdemokratischer Instrumente	Index der direkten Demokratie	1992	Frey und Stutzer 2000	-
	Existenz des Finanzreferendums	Dummy-Variable: 1 bei Finanzreferendum, 0 wenn keines vorgesehen	1994-1999	Germann und Weis 1995	-
	Nutzung direktdemokratischer Instrumente	Anzahl aller kantonaler Volksabstimmungen	1994-1999	APS	-
	Nutzung des Finanzreferendums	Anzahl aller kantonaler Finanzreferenden	1994-1998	APS	-
3.3	Grad der Regierungskonkordanz	Summierte Wähleranteile der Regierungsparteien in Prozent	1994-1999	APS	-
3.4	Staatsquote	Anteil der um die Gesundheitsausgaben reduzierten Staatsausgaben am Volkseinkommen	1994-1998	EFV, BFS, eigene Berechnung	+
3.5	Reformtätigkeit	Index der Reformfreudigkeit der Kantone	1998	Ladner und Steiner 1998	-
3.6	Stärke der Gewerkschaften	Gewerkschaftsmitglieder in Prozent der Erwerbstätigen	1994-1997	Gewerkschaftliche Rundschau, eigene Ber.	+
3.7	Stärke der Linksparteien	Anteil der Regierungssitze von linken Parteien (SP, DSP, Grüne)	1994-1999	APS	+
Kontrollgrösse	Investitionstätigkeit	Anteil der Investitionen am gesamten pro-Kopf-Nettofinanzbedarf von Kantonen und Gemeinden	1994-1999	BFS	+

Legende: APS: Année Politique Suisse, KHS: Krankenhausstatistik 1998 (BFS), santésuisse: KSK-Versichertenstatistik, SSI: Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 1998 (BFS), VZ: Volkszählung 1990 (BFS)

#### Bemerkungen:

*Krankenhausstatistik:* Es wurden 95% aller Schweizer Spitäler erfasst, aus 16 Kantonen liegen vollständige Ergebnisse vor (BFS 2000c).

*Statistik der sozialmedizinischen Institutionen:* Die Daten decken 88% der 2394 sozialmedizinischen Institutionen ab, wobei aus 13 Kantonen vollständige Angaben vorliegen. Für den Kanton St. Gallen sind keine verwertbaren Resultate vorhanden (BFS 2000c).

*Volkseinkommen:* Die Werte für 1998 sind provisorisch. Die absoluten Grössen wurden logarithmiert.

*Staatsquote:* Mangels verfügbarer kantonaler BIP-Daten wurde das Volkseinkommen (1998: provisorische Werte) als Bezugsgrösse gewählt. Bei den hier als "Staatsquote" ausgewiesenen Werten handelt es sich somit um Annäherungsgrössen. Da die Gesundheitsausgaben die abhängige Variable darstellen, wurden sie von den Staatsausgaben abgezogen.

## 4 EMPIRISCHE BEFUNDE

### 4.1 Methodisches Vorgehen

Die Quellen und Ursachen der kantonalen Kostendifferenzen im Gesundheitswesen werden anhand eines zweistufigen Vorgehens mittels bivariater Korrelationen und multivariater Regressionen untersucht. Bei der zu erklärenden Grösse handelt es sich im vorliegenden Fall um die Gesundheitskosten in den 26 Schweizer Kantonen, die anhand zweier separat untersuchten Variablen – dem pro-Kopf-Nettofinanzbedarf von Kantonen und Gemeinden sowie den Bruttokosten pro Versicherungsmonat – operationalisiert werden. Diese abhängigen Variablen wurden bereits in Kapitel 2 eingehend erörtert. Die unabhängigen, d.h. erklärenden Variablen ergeben sich aus den in Kapitel 3 theoretisch hergeleiteten Hypothesen und sind in Tabelle 9 zusammengestellt. Aus dieser geht auch die Operationalisierung und die Quelle der verwendeten Daten hervor. Die verwendeten Daten befinden sich im Anhang.

In ihrer Anlage entspricht die vorliegende Studie einem Querschnittvergleich der 26 Schweizer Kantone. Sie folgt damit einem "most-similar-cases"-Forschungsdesign. Indem Einheiten analysiert werden, die sich in ihren politischen und ökonomischen Basisstrukturen ähnlich sind, können gleiche oder ähnliche Rahmenbedingungen konstant gehalten werden, um damit Ursache-Folge-Zusammenhänge genauer zu isolieren, die von diesen Grunddimensionen unabhängig sind (Schmidt 1999: 231). Bei einem systematischen Kantonsvergleich besteht somit die Möglichkeit, 26 empirische Fälle, die zwar eine ausgeprägte Heterogenität aufweisen, aber dennoch innerhalb desselben nationalen Kontextes angesiedelt sind, auf die Auswirkungen ihrer institutionellen, sozioökonomischen, -kulturellen und -strukturellen Unterschiede untersuchen zu können (Vatter 2002: 20f.).

Die teilweise unvollständige Datenlage hat zur Folge, dass für zahlreiche Variablen keine jährlichen Werte verfügbar sind. Dies gilt insbesondere für Daten zum Spitalwesen, aber auch für gewisse strukturelle, kulturelle und politisch-institutionelle Merkmale der Kantone. Im Weiteren ist festzuhalten, dass sich viele der untersuchten Grössen innerhalb des Untersuchungszeitraums nur marginal verändert haben oder konstant bleiben. Aus diesem Grund wird für die statistische Analyse das bei vergleichenden Studien gängige Vorgehen angewandt, indem die Kostendifferenzen zwischen den Kantonen anhand der Durchschnittswerte innerhalb des Untersuchungszeitraums (1994-1999) erklärt werden. Zu diesem Zweck werden bei den Grössen, für die jährliche Angaben vorhanden sind, jeweils die Mittelwerte der untersuchten Variablen gebildet.<sup>22</sup> Dieses Vorgehen bietet auch den Vorteil, dass "Ausreisserwerte" einzelner Jahre ausgeglichen werden.

Bei einer grossen Streuung des Wertebereichs kann es vorkommen, dass die Normalverteilungsannahmen verletzt werden. Dies ist beispielsweise beim Nettofinanzbedarf der Fall,

---

<sup>22</sup> Bei den Variablen zur Nutzung der direktdemokratischen Institutionen wird die Summe aller im Untersuchungszeitraum abgehaltenen Volksabstimmungen bzw. Finanzreferenden ausgewiesen.

der in den beiden Stadtkantonen im Durchschnitt rund viermal so hoch ist wie in einigen anderen Kantonen (vgl. Abbildung 1). Um diesen verzerrenden Einfluss abzuschwächen, ohne jedoch die Datenbeschaffenheit zu verändern, wurden bei der statistischen Analyse die zu erklärenden Kostendaten logarithmiert, und nicht als absolute Zahlen ausgedrückt. Da sich die Stadtkantone Basel-Stadt und Genf aufgrund von durchgeführten Teststatistiken bezüglich der untersuchten Kostendaten als signifikante Ausreisser erwiesen haben und so für teilweise erhebliche Verzerrungen der statistischen Ergebnisse sorgen, wurden die Analysen jeweils zweifach durchgeführt: einmal unter Berücksichtigung aller 26 Kantone, einmal ohne die Stadtkantone. Mittels des gewählten Vorgehens werden diese 'outlier'-Effekte kontrolliert.

In einzelnen Fällen wurden aus verschiedenen Indikatoren neue Grössen konstruiert. So wurde aus den einzelnen Versorgungskomponenten zusätzlich eine zusammengesetzte Variable, der 'globale Versorgungsgrad', gebildet. Dazu werden die Werte der Variablen 'Ärztendichte', 'Anteil Fachärzte', 'Versorgungsstufe des Spitalwesens', 'Bettendichte in Akutspitalern', 'Bettendichte in Pflegeheimen', 'Bettendichte in psychiatrischen Kliniken' und 'Anteil Spezialkliniken' jeweils einer z-Transformation<sup>23</sup> unterzogen und der ungewichtete Mittelwert dieser so standardisierten Grössen berechnet. Dieses Vorgehen ermöglicht es, alle berücksichtigten Komponenten der medizinischen Versorgung eines Kantons mittels eines einzigen Wertes auszudrücken und so die Anzahl der zu verwendenden Variablen zu reduzieren. Bei den multivariaten Regressionsmodellen wird deshalb in der Regel auf diese Globalgrösse zurückgegriffen.

Die verwendeten Variablen weisen das für Regressionsanalysen notwendige metrische Skalenniveau auf. Eine Ausnahme bilden binäre Variablen (sogenannte Dummy-Variablen), welche die Werte 0 und 1 annehmen und generell wie metrische Variablen behandelt werden können (Backhaus et al. 2000: 2), sowie der dreistufig gemessene Versorgungsgrad im Spitalbereich. Bei dieser Variable wird in bivariaten Betrachtungen nicht der Korrelationskoeffizient  $r$  nach Pearson, sondern der Rangkorrelationskoeffizient  $\rho$  ( $\rho$ ) nach Spearman ausgewiesen, der den Zusammenhang zwischen ordinalskalierten Variablen misst (Wagschal 1999: 182).

In den folgenden Abschnitten werden zunächst Höhe und Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsausgaben jeweils bivariat und multivariat betrachtet und die Ergebnisse der statistischen Analysen interpretiert. Anschliessend wird für die Analyse der Kosten der Krankenversicherung dasselbe Vorgehen angewandt. Die Schätzung der signifikanten Variablen in den abschliessenden Regressionsmodellen beruht auf den verschiedenen gängigen Verfahren, wobei vor allem die "backward-" und "stepwise"-Methode verwendet wurden (vgl. Backhaus et al. 2000: 55f.). Generell weisen die zu grossen Teilen identischen Ergebnisse der unterschiedlichen Verfahren und die durchgeführten Teststatistiken auf eine hohe Robustheit der empirischen Resultate hin.

---

<sup>23</sup> Die z-Transformation dient der Standardisierung von Daten mit unterschiedlichen Masseinheiten. Die so transformierten Werte besitzen den Mittelwert 0 und die Standardabweichung 1 und geben die Anzahl Standardabweichungseinheiten an, um die ein Wert den Mittelwert unter- bzw. überschreitet (Wagschal 1999: 260).

## 4.2 Analyse der Gesundheitsausgaben der öffentlichen Hand

### 4.2.1 Höhe der öffentlichen Gesundheitsausgaben

#### a) Bivariate Betrachtungen

Tabelle 10 enthält die bivariaten Korrelationen zwischen dem pro-Kopf-Nettofinanzbedarf von Kantonen und Gemeinden im Gesundheitsbereich und den in Tabelle 9 aufgelisteten unabhängigen Einflussfaktoren. Grundsätzlich ist festzustellen, dass die untersuchte Grösse in den meisten Fällen in der postulierten Richtung mit den unabhängigen Variablen zusammenhängt.<sup>24</sup>

Den stärksten Zusammenhang mit der Höhe der öffentlichen Ausgaben weisen die Ärztedichte und deren Spezialisierungsgrad, der globale Versorgungsgrad und der Finanzierungsgrad im stationären Sektor auf. Demnach sind die Gesundheitsausgaben in den Kantonen um so höher, je höher die Ärztedichte ist, je besser ausgebaut die medizinische Versorgung ist und je stärker sich der Kanton an der Finanzierung des stationären Sektors beteiligt. Die Kontrollgrösse des durchschnittlichen Investitionsanteils an den öffentlichen Ausgaben erweist sich als nicht signifikant<sup>25</sup>, weshalb ein systematischer verzerrender Einfluss der Investitionstätigkeit der Kantone auf ihren pro-Kopf-Nettofinanzbedarf im Gesundheitswesen ausgeschlossen werden kann.<sup>26</sup>

Nachfrageseitig lassen sich in einer bivariaten Betrachtung die Hypothesen bestätigen, dass eine hohe Hospitalisationsrate, ein hoher Seniorenanteil, hohe Arbeitslosigkeit, schwache soziale Netzwerke und ein grosser Anteil nicht-Deutschsprachige an der Bevölkerung höhere Gesundheitsausgaben zur Folge haben. Auch der Urbanitätsgrad erweist sich als wichtiger Einflussfaktor. Die Seniorenquote, die Arbeitslosigkeit und der Anteil Deutschsprachige bleiben zudem von den Eigenschaften der Stadtkantone unbeeinflusst und stehen in einem eindeutigen statistischen Zusammenhang mit der Höhe der öffentlichen Gesundheitsausgaben.

---

<sup>24</sup> Ausnahmen sind die Dichte sozialmedizinischer Institutionen, die durchschnittliche Spitalgrösse, der Anteil des ambulanten Bereiches und die Reformfreudigkeit der Kantone. Keine dieser Variablen erweist sich jedoch als statistisch signifikant.

<sup>25</sup> In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass Signifikanztests als Entscheidungskriterium im engeren Sinn nur bei Wahrscheinlichkeits-Auswahlverfahren ihre Berechtigung haben, da sich bei Vollerhebungen (wie im vorliegenden Fall) keine inferenzstatistischen Probleme stellen. Wie aber in einer Vielzahl anderer empirischer Studien, sollen auch hier Signifikanztests als hilfreiches heuristisches Mittel über die Aussagekraft einer Variablen in statistischen Modellen entscheiden. Statistische Signifikanz ist damit weder als hinreichendes noch als notwendiges Kriterium für empirische Evidenz zu verstehen, sondern vielmehr als Selektionshilfe zur Differenzierung zwischen zu berücksichtigenden und zu ignorierenden Kovarianzen (vgl. hierzu Freitag 1996: 122).

<sup>26</sup> Die Korrelationskoeffizienten betragen -0,139 resp. 0,095 ohne Stadtkantone.

Tabelle 10: Bivariate Zusammenhänge (Pearsons r) zwischen den öffentlichen Gesundheitsausgaben und den unabhängigen Variablen gemäss Hypothesen (Durchschnittswerte 1994-1999)

Unabhängige Variablen	<i>pro-Kopf-Nettofinanzbedarf (log)</i>	
	<i>alle Kantone (N = 26)</i>	<i>ohne BS/GE (N = 24)</i>
Nachfrageseitige Faktoren:		
<i>Hospitalisationsrate</i>	0.392*	0.404+
<i>Altersquote</i>	0.524**	0.443*
<i>Urbanitätsgrad</i>	0.494*	0.218
<i>Arbeitslosigkeit</i>	0.524**	0.454*
<i>Volkseinkommen pro Kopf (log)</i>	0.376+	0.051
<i>Soziale Netzwerke</i>	-0.477*	-0.390+
<i>Sprache/Kulturraum</i>	-0.445*	-0.480*
Angebotsseitige Faktoren:		
<i>Globaler Versorgungsgrad</i>	0.641**	0.430*
<i>Ärztedichte</i>	0.823**	0.538**
<i>Anteil Fachärzte</i>	0.683**	0.340
<i>Versorgungsstufe Spitalwesen<sup>1</sup></i>	0.278	0.104
<i>Bettendichte Akutspitäler</i>	0.446*	0.474*
<i>Bettendichte Pflegeheime etc.</i>	-0.093	0.091
<i>Bettendichte Psychiatrie</i>	0.285	0.203
<i>Anteil Spezialkliniken</i>	0.120	0.039
<i>Durchschnittliche Spitalgrösse</i>	0.358+	-0.185
<i>Anteil des ambulanten Sektors</i>	0.079	-0.263
<i>Akut-Pflegebett-Ratio</i>	0.302	0.044
<i>Spitexangebot</i>	0.468*	0.327
Politische Faktoren		
<i>Finanzierungsgrad</i>	0.639**	0.240
<i>Direkte Demokratie</i>	-0.352+	-0.249
<i>Finanzpolitische Mitsprache</i>	-0.451*	-0.200
<i>Nutzung der direkten Demokratie</i>	-0.076	-0.087
<i>Nutzung des Finanzreferendums</i>	-0.009	-0.120
<i>Regierungskonkordanz</i>	-0.601**	-0.077
<i>Staatsquote</i>	0.551**	0.397+
<i>Reformtätigkeit</i>	-0.041	-0.227
<i>Stärke der Gewerkschaften</i>	0.420*	0.445*
<i>Stärke der Linksparteien</i>	0.356+	0.350+

Signifikanzniveau: + p &lt; 0.1; \* p &lt; 0.05; \*\* p &lt; 0.01 (zweiseitig)

<sup>1</sup> Zusammenhangsmass: Spearmans rho ( $\rho$ )



Bei einigen der untersuchten Variablen macht sich der starke Einfluss der Stadtkantone bemerkbar. Der bivariate Zusammenhang sinkt beim Volkseinkommen, bei den meisten angebotsseitigen Faktoren, beim Finanzierungsgrad des stationären Sektors, bei der Existenz direktdemokratischer und finanzpolitischer Mitsprachemöglichkeiten, bei der Regierungskonkordanz und der Staatsquote, wenn Basel-Stadt und Genf in der Grundgesamtheit nicht berücksichtigt werden. Hier wird die Bedeutung der Stadt-Land-Dimension für die Erklärung der Kostendifferenzen ersichtlich, die auch bei anderen Studien herausgestrichen wird (BSV 2000a: 20).

In Anbetracht der Tatsache, dass der ambulante Sektor grösstenteils privat, d.h. weitgehend über die Krankenversicherung, finanziert wird und keine direkten Kosten bei der öffentlichen Hand verursacht<sup>27</sup>, vermag der Befund, dass die Ärztedichte am stärksten mit den öffentlichen Gesundheitsausgaben korreliert, vorerst zu erstaunen. Dieser Zusammenhang lässt sich jedoch mit einer Wechselwirkung zwischen der privatärztlichen Tätigkeit und dem Leistungsangebot im öffentlich subventionierten Spitalbereich begründen. Einerseits übt ein gut ausgebautes und deshalb kostenintensives Spitalangebot in einem Kanton eine starke Anziehungskraft auf frei praktizierende Ärzte aus und erhöht so die Ärztedichte. Andererseits dürfte eine hohe Versorgungsdichte im ambulanten Bereich nicht nur eine entsprechend hohe Nachfrage im stationären Sektor mit sich bringen, sondern auch einen Innovations- und Technologieschub bezüglich der Leistungsfähigkeit der medizinischen Infrastruktur der bestehenden Spitäler auslösen, was mit den entsprechenden, von der öffentlichen Hand getragenen Investitionskosten verbunden ist.

Neben der Ärztedichte steht auch die Bettendichte in Akutspitalern in einem stark positiven Zusammenhang mit der Höhe der öffentlichen Gesundheitsausgaben. Je mehr Akutbetten in einem Kanton zur Verfügung stehen, desto höher ist sein pro-Kopf-Nettofinanzbedarf. Demgegenüber zeigt sich nur eine schwache Beziehung zur Versorgungsstufe im Spitalwesen und zu den Bettendichten in den anderen Versorgungsbereichen. Die durchschnittliche Spitalgrösse übt keinen signifikanten Einfluss auf die Ausgabenhöhe aus. Die beiden Werte zeigen jedoch deutlich, welchen Unterschied die Universitätskliniken in Basel-Stadt und Genf ausmachen, wenn sie in der Analyse nicht berücksichtigt werden.

Keine systematische Beziehung lässt sich hingegen zwischen dem Anteil des ambulanten Sektors am Total der Behandlungen bzw. der Akut-Pflegebett-Ratio und den öffentlichen Gesundheitsausgaben nachweisen. Ein gut ausgebautes Spitexangebot findet sich vorderhand in den Kantonen mit einem hohen Ausgabenniveau. Da in diesen Kantonen die Gesundheitskosten tendenziell eher weniger stark wachsen (vgl. Abschnitt 2.1), kann dieser Umstand allerdings auf eine kostensenkende Wirkung der Spitexpflege hindeuten. Im Weiteren kann der vorliegende Zusammenhang auch so interpretiert werden, dass die öffentlich subventionierte Spitexpflege eher in Ergänzung zu anderen Leistungsangeboten erbracht wird, als dass sie diese zu entlasten vermag.

Bei Ausschluss der beiden Stadtkantone lassen sich von den politischen Hypothesen nur wenige empirisch bestätigen. Ausser der Stärke der Gewerkschaften bleibt keine einzige

---

<sup>27</sup> Eine Ausnahme stellt der Spitex-Bereich dar, der in unterschiedlichem Mass von der öffentlichen Hand subventioniert wird und dessen Pflegeleistungen von der Krankenversicherung vergütet werden.

Variable signifikant, wenn auf den Einfluss der Stadtkantone kontrolliert wird. Hingegen zeigt sich, dass die öffentlichen Gesundheitsausgaben überaus stark mit dem Finanzierungsgrad im stationären Sektor zusammenhängen, der laut Art. 49 Abs. 1 KVG mindestens 50% betragen soll. Je höher er ist, desto höher fällt auch der pro-Kopf-Nettofinanzbedarf der öffentlichen Hand aus. Die Korrelation nimmt jedoch stark ab, wenn Basel-Stadt (Finanzierungsanteil 59,07%) und Genf (76,05%) von der Analyse ausgenommen werden. Diese beiden Kantone weisen nicht nur das höchste Niveau der öffentlichen Ausgaben, sondern auch den höchsten Finanzierungsgrad auf (vgl. Tabelle C im Anhang). Ihre übermässig hohen Gesundheitsausgaben sind somit auch auf den Umstand zurückzuführen, dass sie einen vergleichsweise sehr grossen Anteil der stationären Kosten selber übernehmen, statt diese der Krankenversicherung zu übertragen.

Während das *Vorhandensein* direktdemokratischer Instrumente tendenziell mit tiefen Gesundheitsausgaben in – jedoch nicht signifikantem – Zusammenhang steht, ist kein Einfluss der *effektiven Nutzung* auf das Niveau der staatlichen Gesundheitsausgaben festzustellen. Letzteres gilt auch für die Reformfreudigkeit der Kantone. Der starke Zusammenhang der Regierungskonkordanz mit den Gesundheitskosten ist hauptsächlich auf den Einfluss der Stadt-Land-Dimension zurückzuführen: Je städtischer ein Kanton ist, desto geringer ist die Wählerstärke der Regierungsparteien und desto höher sind gleichzeitig seine Gesundheitsausgaben. Die Relevanz der Staatsquote wird bei Eliminierung der Kantone Basel-Stadt und Genf etwas abgeschwächt, sie bleibt jedoch auf dem 10%-Niveau signifikant. Es besteht somit ein positiver Zusammenhang zwischen einer generell stärkeren Staatstätigkeit und höheren öffentlichen Ausgaben im Gesundheitswesen.

## b) Multivariate Analysen

Im nächsten Schritt wird anhand eines linearen Regressionsmodells (OLS-Methode)<sup>28</sup> der eigenständige Erklärungsbeitrag der einzelnen Variablen bei Konstanzhaltung der anderen Parameter geschätzt. Da bei einem Kantonsvergleich die Fallzahl auf 26 limitiert ist, muss sich die Selektion der zu berücksichtigenden erklärenden Variablen auf einige wenige beschränken. Hierzu wird ein schrittweises Vorgehen gewählt, welches zunächst die Signifikanz und den Erklärungsgrad der stärksten unabhängigen Variablen betrachtet und dann diejenigen weiteren verbleibenden Variablen einbezieht, welche den höchsten Zuwachs an Erklärungskraft erzeugen.<sup>29</sup> Bei der schrittweisen Methode werden die unabhängigen Variablen anhand des Signifikanzniveaus ihrer partiellen Korrelationskoeffizienten in die Regressionsgleichung aufgenommen bzw. daraus eliminiert (Backhaus et al. 2000: 59). Die in den folgenden Regressionsschätzungen aufgeführten Variablen weisen damit das höchste Signifikanzniveau aller berücksichtigten Erklärungsgrössen auf.

---

<sup>28</sup> OLS = ordinary least squares: Methode der kleinsten Quadrate. Mittels dieses Vorgehens wird die Regressionsgerade ermittelt, welche die quadrierten Abweichungen der Beobachtungen zur Regressionsgeraden der abhängigen Variable minimiert (Wagschal 1999: 213).

<sup>29</sup> Zur Überprüfung der Robustheit der Ergebnisse wurden verschiedene schrittweise Methoden der Regressionsanalysen benutzt. Dabei zeigte sich, dass die Regressionsschätzungen unter Verwendung verschiedener Methoden ("backward", "forward", "stepwise") bezüglich der Auswahl der signifikanten unabhängigen Variablen zu keinen grundlegend unterschiedlichen Ergebnissen geführt haben.

Auch die multivariate Regressionsschätzung wird zweifach, d.h. unter Berücksichtigung aller Kantone und unter Ausschluss von Basel-Stadt und Genf durchgeführt. Tabelle 11 führt die Resultate auf.

Tabelle 11: Multiple Regressionen (OLS-Methode) mit dem durchschnittlichen pro-Kopf-Nettofinanzbedarf 1994-1999 als abhängige Variable

Unabhängige Variablen	pro-Kopf-Nettofinanzbedarf (log)			
	alle Kantone (N = 26) <sup>30</sup>		ohne BS/GE (N = 24)	
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
Konstante	-0.670 (-0.664)	0.021 (0.019)	2.584** (33.393)	1.788** (25.723)
Finanzierungsgrad	0.267* (2.474)	0.196* (1.839)		
Globaler Versorgungsgrad	0.350** (3.440)			
Staatsquote	0.545** (4.816)	0.432** (3.434)		
Volkseinkommen pro Kopf (log)	0.350** (2.937)	0.260* (1.990)		
Ärztendichte		0.451** (3.522)	0.543** (2.997)	
Altersquote				0.249* (2.468)
Arbeitslosigkeit				0.789** (7.807)
R <sup>2</sup>	0.836	0.839	0.290	0.806
Adjusted R <sup>2</sup>	0.805	0.808	0.258	0.787

Signifikanzniveau: \* p < 0.05; \*\* p < 0.01 (zweiseitig). In der oberen Zeile sind jeweils die standardisierten Regressionskoeffizienten (Beta), in der unteren Zeile die t-Werte ausgewiesen. Die Tolerance-Werte betragen bei keinem Modell unter 0.450, was Multikollinearität ausschliesst. Die Residualplots lassen keine Anzeichen von Heteroskedasdität erkennen.

Als erklärungskräftigste Variablen bei Berücksichtigung aller Kantone erweisen sich entweder der globale Versorgungsgrad oder die darin enthaltene Ärztedichte, der Finanzierungsgrad im stationären Sektor, die Staatsquote und das Volkseinkommen. Die beiden Modelle mit diesen Indikatoren sind gut an die Daten angepasst. Sie erzeugen sehr hohe korrigierte Bestimmtheitsmasse von jeweils über 80%, wobei je nach Modell der Staatsquote oder der Ärztedichte die höchste Erklärungskraft zukommt. Dieser Befund stützt die Annahme, dass

<sup>30</sup> Modell 1 und 2 unterscheiden sich darin, dass im ersten Fall aus den Variablen zur medizinischen Versorgung in einem Kanton nur der globale Versorgungsgrad, im zweiten Fall die einzelnen Komponenten dieses Indikators in die Regressionsanalyse einbezogen wurden.

die öffentlichen Gesundheitsausgaben sowohl von kostentreibenden Faktoren auf der Nachfrage- (Alterung der Bevölkerung, Anteil Arbeitslose) und Angebotsseite (Versorgungsgrad im stationären Bereich, Ärztedichte) als auch durch die allgemeine Staats- und Wirtschaftsentwicklung beeinflusst wird.

Als weitere wichtige Erkenntnis kann aus Tabelle 11 geschlossen werden, dass die spezifischen strukturellen Merkmale der Kantone Basel-Stadt und Genf wichtige Hinweise für die kantonalen Kostendifferenzen im Gesundheitswesen liefern. So ist festzuhalten, dass Städte im Vergleich mit ländlichen Regionen eine ausgeprägte Zentrumsfunktion wahrnehmen, aufgrund der unterschiedlichen demographischen Zusammensetzung über ein verdichtetes Sozialgefüge, eine höhere gesellschaftliche Ausdifferenzierung und damit nicht nur über einen ausgeprägteren Dienstleistungssektor, sondern auch über eine verschärfte Wahrnehmung sozialer Probleme verfügen. All diese Faktoren beeinflussen sowohl das Angebot an Gütern und Dienstleistungen des Gesundheitswesens<sup>31</sup> als auch die Nachfrage nach denselben in starkem Ausmass (vgl. auch die Ausführungen in Abschnitt 3.2.1).

In städtischen Zentren stellt sich im Weiteren das grundlegende Problem räumlicher Externalitäten (Schaltegger 2001: 3f.). Als Standorte von Universitätsspitalern mit einem hoch spezialisierten Angebot bieten sie Leistungen an, von denen umliegende Regionen profitieren, ohne sich jedoch finanziell in angemessenem Rahmen zu beteiligen. Beim Auftreten dieser negativen Spillovers wird das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz verletzt, was für urbane Zentren eine zusätzliche Kostenbelastung darstellt. Bei einer kantonalen Betrachtung machen sich diese Effekte normalerweise nur beschränkt bemerkbar, da die räumlichen Externalitäten dadurch kompensiert werden, dass das ländliche Umfeld der betroffenen Städte zum selben Kanton gehört, wie das beispielsweise in Zürich, Waadt oder Bern der Fall ist. Bei den Stadtkantonen Basel-Stadt und Genf ist dies jedoch nicht der Fall, da von ihrem Angebot medizinischer Spitzenleistungen andere, benachbarte Kantone profitieren können. Die Zusatzbelastung schlägt sich deshalb direkt auf die Ausgaben der betroffenen Stadtkantone nieder.

#### 4.2.2 Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsausgaben

Bei der Analyse der Entwicklung der Gesundheitsausgaben innerhalb des Untersuchungszeitraums dient die durchschnittliche Veränderung der Kosten von 1994 bis 1999 als abhängige Variable. Seitens der unabhängigen Variablen stellt sich hier allerdings das Problem der weitgehenden Konstanz der berücksichtigten Grössen. Sinnvolle Veränderungsraten können aufgrund der Datenlage nur für rund ein Drittel der untersuchten Parameter berechnet werden. Aus diesem Grund werden zur Erklärung der Kostenentwicklung zusätzlich auch die Niveaudaten der unabhängigen Variablen herangezogen.

---

<sup>31</sup> Mit kostenintensiver Spitzenmedizin ausgerüstete Universitätsspitaler finden sich in den fünf Grossstädten Basel, Bern, Genf, Lausanne und Zürich.

## a) Bivariate Betrachtungen

Tabelle 12 zeigt die bivariaten Zusammenhänge zwischen der Veränderung des pro-Kopf-Nettofinanzbedarfs und der Veränderung derjenigen unabhängiger Variablen, für die innerhalb des Untersuchungszeitraums eine Veränderungsrate berechnet werden kann. Insgesamt erweist sich aber keine der Veränderungsgrössen als signifikant. Am ausgeprägtesten ist die positive Beziehung zwischen zunehmender Arbeitslosigkeit und steigender Ausgabenentwicklung im öffentlichen Gesundheitswesen. Auch das Wachstum der allgemeinen Staatstätigkeit weist einen schwach positiven Zusammenhang mit der Ausgabenentwicklung auf. Eine leicht ausgabenwirksame Tendenz geht auch von der Veränderung der Altersquote aus, während der schwache negative Wert der Veränderung der Bettendichte darauf hindeutet, dass ein Kapazitätenabbau im Akutbereich tendenziell keine kostensenkende Wirkung zu zeigen vermag. Naheliegender scheint jedoch die Vermutung, ein Bettenabbau erfolge vor allem in denjenigen Kantonen, in denen die Gesundheitsausgaben stärker steigen.

Tabelle 12: Bivariate Zusammenhänge (Pearsons  $r$ ) zwischen der Veränderung des pro-Kopf-Nettofinanzbedarfs und der Veränderung unabhängiger Variablen (Durchschnittswerte 1994-1999)

Unabhängige Variablen	Veränderung des pro-Kopf-Nettofinanzbedarfs	
	alle Kantone (N = 26)	ohne BS/GE (N = 24)
Veränderungsgrössen:		
Altersquote	0.166	0.160
Arbeitslosigkeit	0.282	0.293
Volkseinkommen pro Kopf <sup>1</sup>	0.076	0.189
Ärztendichte	-0.061	-0.055
Bettendichte in Akutspitälern <sup>2</sup>	-0.214	-0.201
Anteil des ambulanten Sektors <sup>3</sup>	0.163	0.103
Regierungskonkordanz	-0.014	-0.078
Staatsquote <sup>1</sup>	0.168	0.104

<sup>1</sup> Durchschnittliche Veränderung 1994-1998

<sup>2</sup> Durchschnittliche Veränderung 1994-1996

<sup>3</sup> Durchschnittliche Veränderung 1996-1999

Erklärungskräftige Resultate liefert Tabelle 13 mit den Niveaugrössen. Die höchsten negativen Korrelationswerte weisen der globale Versorgungsgrad und der Anteil Spezialkliniken in einem Kanton auf. Gemäss dem vorliegenden Befund steigen in Kantonen mit einem hohen Versorgungsgrad und einem stark spezialisierten Spitalwesen die öffentlichen Gesundheitsausgaben weniger stark an, als in den Kantonen, deren Versorgungsangebot weniger gut ausgebaut ist. Auch die durchwegs negativen Zusammenhänge zwischen Kosteniveau und Kostenentwicklung deuten auf den bereits in Kapitel 2 angesprochenen Nivellierungseffekt hin: Je höher die Kosten des Gesundheitswesens in einem Kanton sind, desto weniger stark wachsen sie an.

Die signifikant negative Korrelation zwischen dem Anteil an Spezialkliniken am kantonalen Spitalangebot und dem Ausgabenwachstum lässt sich vor allem mit der zunehmenden Privatisierung im Spitalwesen erklären. Der Anteil an privaten, nicht öffentlich subventionierten Spitalern ist unter den Spezialkliniken fast doppelt so hoch (47,2%) wie unter den Akutspitalern (27,2%).<sup>32</sup> Haben nun im Untersuchungszeitraum entweder Veränderungen in der Trägerschaft dieser Spezialkliniken, d.h. Privatisierungen, oder eine Verlagerung der Leistungserbringung von Allgemein- zu Spezialspitalern und damit eine Entlastung der öffentlichen Hand stattgefunden, so wirkt sich dies gemäss den vorliegenden Daten im Bereich der öffentlichen Ausgaben kostendämpfend aus.

Ebenfalls negativ korreliert der globale Versorgungsgrad mit der Ausgabenentwicklung. Je höher er ist, desto weniger stark wachsen die öffentlichen Gesundheitsausgaben an. Das bedeutet, dass die Kantone, die bereits über ein hohes Versorgungsniveau verfügen, ein niedrigeres Ausgabenwachstum zu verzeichnen haben, als die Kantone mit einem vergleichsweise bescheidenen Leistungsangebot. Bei Ausschluss der Stadtkantone aus der bivariaten Betrachtung erweist sich ausserdem der Finanzierungsgrad als weiterer kostentreibender Faktor. In Kantonen, die einen höheren Anteil an den stationär entstehenden Kosten tragen, steigen die öffentlichen Gesundheitsausgaben tendenziell stärker als in den Kantonen, in denen sich die Krankenversicherer in verstärkter Masse an den stationären Kosten beteiligen.

Die Nachfrageseite zeigt einen im Vergleich zum Kostenniveau eher geringen Einfluss auf die Dynamik des Nettofinanzbedarfs der öffentlichen Hand. Auch angebotsseitig stehen die meisten untersuchten Grössen in einem eher schwachen negativen Zusammenhang mit der öffentlichen Kostenentwicklung, was wiederum als Anzeichen dafür gedeutet werden kann, dass diejenigen Kantone, die über ein gut ausgebautes und dichtes medizinisches Leistungsangebot verfügen, ein geringeres Ausgabenwachstum aufweisen. Schwache negative Zusammenhänge mit der Kostenentwicklung finden sich ausserdem bei der durchschnittlichen Spitalgrösse und beim Spitexangebot. Ersterer lässt sich mit dem oben skizzierten Nivellierungseffekt begründen, letzterer deutet auf eine gewisse kostensenkende Wirkung von Spitexleistungen hin, die jedoch gemäss den Resultaten aus Tabelle 10 hauptsächlich in den Kantonen mit einem hohen Ausgabenniveau zum Tragen kommt.

---

<sup>32</sup> Diese Angaben beziehen sich auf 1998 und wurden von Muriel Golay, Sektion Gesundheit BFS, zur Verfügung gestellt.

Tabelle 13: Bivariate Zusammenhänge (Pearsons r) zwischen der Veränderung der öffentlichen Gesundheitsausgaben und den unabhängigen Variablen (Durchschnittswerte 1994-1999)

Unabhängige Variablen	Veränderung des pro-Kopf-Nettofinanzbedarfs	
	alle Kantone (N = 26)	ohne BS/GE (N =24)
Kostenniveau 1994-1999:		
Öffentliche Hand	-0.212	-0.126
Krankenversicherung	-0.105	0.020
Nachfrageseitige Faktoren:		
Hospitalisationsrate	0.046	0.109
Altersquote	-0.069	0.007
Urbanitätsgrad	-0.147	-0.072
Arbeitslosigkeit	-0.117	-0.066
Volkseinkommen pro Kopf (log)	0.057	0.160
Soziale Netzwerke	-0.015	-0.076
Sprache/Kulturraum	0.039	0.004
Angebotsseitige Faktoren:		
Globaler Versorgungsgrad	-0.368+	-0.337
Ärztedichte	-0.179	-0.064
Anteil Fachärzte	-0.169	-0.068
Versorgungsstufe Spitalwesen <sup>1</sup>	-0.235	-0.177
Bettendichte Akutspitäler	-0.218	-0.194
Bettendichte Pflegeheime etc.	0.014	-0.017
Bettendichte Psychiatrie	-0.140	-0.107
Anteil Spezialkliniken	-0.532**	-0.523**
Durchschnittliche Spitalgrösse	-0.239	-0.171
Anteil des ambulanten Sektors	-0.083	-0.040
Akut-Pflegebett-Ratio	-0.104	-0.043
Spitexangebot	-0.230	-0.181
Politische Faktoren:		
Finanzierungsgrad	0.119	0.364+
Direkte Demokratie	0.084	0.044
Finanzpolitische Mitsprache	0.081	0.004
Nutzung der direkten Demokratie	-0.047	-0.053
Nutzung des Finanzreferendums	-0.174	-0.162
Regierungskonkordanz	0.270	0.216
Staatsquote	-0.109	-0.034
Reformtätigkeit	0.064	0.088
Stärke der Gewerkschaften	0.198	0.244
Stärke der Linksparteien	0.099	0.142

Signifikanzniveau: + p &lt; 0.1; \* p &lt; 0.05; \*\* p &lt; 0.01 (zweiseitig)

<sup>1</sup> Zusammenhangsmass: Spearmans rho ( $\rho$ )

Der Einfluss politisch-institutioneller Faktoren auf die Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsausgaben erweist sich anhand der vorliegenden Daten ebenfalls als gering. Die zwar schwache, aber stabile negative Beziehung zwischen der Nutzung des Finanzreferendums und dem Ausgabenwachstum deutet auf eine disziplinierende Wirkung dieses Instruments hin, während andererseits eine hohe Regierungskonkordanz und starke Interessenorganisationen tendenziell positiv mit der Ausgabenentwicklung in Zusammenhang stehen. Da die Korrelationen allesamt nicht signifikant sind, muss diesen Interpretationen jedoch mit Vorsicht entgegengetreten werden.

## b) Multivariate Analysen

Der Erklärungsbeitrag der einzelnen untersuchten Parameter auf die Entwicklung der öffentlichen Ausgaben im Gesundheitswesen wird wiederum mittels multivariater Regressions-schätzungen ermittelt. Berücksichtigt werden auf der Seite der unabhängigen Variablen einerseits die Niveaudaten, andererseits aber auch die verschiedenen zur Verfügung stehenden Veränderungsdaten. Tabelle 14 enthält die Ergebnisse der Modellschätzungen.

Als einzige signifikante Variablen vermögen der Anteil Spezialkliniken und die durchschnittliche Veränderung der Arbeitslosigkeit einen eigenständigen Erklärungsbeitrag an die Veränderung der öffentlichen Ausgaben im Gesundheitsbereich zu leisten. Ein Modell mit diesen beiden Grössen erklärt knapp die Hälfte der beobachteten Varianz. Bei Eliminierung der Stadtkantone aus der Grundgesamtheit bleibt das Modell stabil. Aus diesem Ergebnis kann geschlossen werden, dass das Wachstum der Gesundheitsausgaben von Kantonen und Gemeinden einerseits eine nachfrage- und konjunkturabhängige Komponente aufweist, andererseits aber auch vom Ausbau- und Spezialisierungsgrad des stationären Leistungsangebots beeinflusst wird. Der Nettofinanzbedarf der öffentlichen Hand steigt tendenziell in denjenigen Kantonen, in denen die Arbeitslosigkeit zunimmt und deren Spitallandschaft nur einen geringen Anteil an Spezialkliniken aufweist.

Hier zeigen sich die kostentreibenden Auswirkungen hoher Arbeitslosigkeit und der damit verbundenen Folgeprobleme. Dieser Zusammenhang wird zusätzlich dadurch verstärkt, dass Arbeitslosigkeit nicht nur zu einem höheren Krankheitsrisiko führt, sondern dass gleichzeitig auch diejenigen Bevölkerungsschichten, die bereits in gesundheitsbeeinträchtigenden Berufen tätig sind, einem höheren Arbeitsloskeitsrisiko ausgesetzt sind.



Tabelle 14: Multiple Regressionen (OLS-Methode) mit der durchschnittlichen Veränderung des Nettofinanzbedarfs 1994-1999 als abhängige Variable. N = 26

<i>Unabhängige Variablen</i>	<i>Veränderung des pro-Kopf-Nettofinanzbedarfs</i>	
	<i>alle Kantone (N = 26)</i>	<i>ohne BS/GE (N = 24)</i>
Konstante	16.161** (5.251)	16.746** (5.209)
<i>Veränderung der Arbeitslosigkeit</i>	0.461** (2.950)	0.487** (2.993)
<i>Anteil Spezialkliniken</i>	-0.657** (-4.207)	-0.665** (-4.086)
R <sup>2</sup>	0.480	0.491
Adjusted R <sup>2</sup>	0.435	0.442

Signifikanzniveau: \*\*  $p < 0.01$  (zweiseitig). In der oberen Zeile sind jeweils die standardisierten Regressionskoeffizienten (Beta), in der unteren Zeile die t-Werte ausgewiesen. Durbin-Watson's d beträgt 1.871 (alle Kantone) und 1.818 (ohne BS und GE), womit Autokorrelationen ausgeschlossen werden können.

### 4.3 Bedeutung der räumlichen und kulturellen Dimensionen

Bevor die kantonalen Differenzen in den Kosten der Krankenversicherung analysiert werden, soll geprüft werden, welche Bedeutung den Strukturunterschieden zwischen Stadt und Land sowie zwischen den deutsch- und den lateinischsprachigen Landesteilen zukommt. Diese Unterschiede wirken sich auch auf die Prämienhöhe in der obligatorischen Krankenpflegegrundversicherung aus (BSV 2000a: 20). Die bivariaten Zusammenhänge zwischen den einzelnen unabhängigen Variablen und dem Urbanitätsgrad einerseits, dem Anteil Deutschsprachiger an der Kantonsbevölkerung andererseits sollen aufzeigen, welche nachfrage- und angebotsseitigen sowie politisch-institutionellen Unterschiede zwischen den Kantonen sich hinter diesen beiden Dimensionen verbergen. Aufgrund der Resultate in Tabelle 15 ist festzuhalten, dass städtische Kantone eine stärkere Arbeitslosigkeit aufweisen, ein grösseres Volkseinkommen erwirtschaften, über eine höhere Ärztedichte, ein spezialisierteres Ärzteangebot, eine grössere Apothekendichte sowie grössere und besser ausgebaute Spitäler verfügen, die Selbstdispensation der Ärzte eher einschränken, das Finanzreferendum in niedrigerem Masse bereitstellen, sowie eine schwächere Regierungskonkordanz und stärkere Linksparteien aufweisen als ländliche Kantone.

Ein hoher Anteil an Deutschsprachigen an der Kantonsbevölkerung hingegen erweist sich als einflussreiche Hintergrundvariable für eine tiefere Hospitalisierungsrate, niedrigere Arbeitslosigkeit, dichtere soziale Netzwerke, ein kleineres und weniger spezialisiertes Leistungsangebot im ambulanten und im stationären Sektor, mehr Betten in sozialmedizinischen Institutionen, eine niedrigere Apothekendichte, vermehrte Selbstdispensation, eine niedrigere Akut-Pflegebett-Ratio, stärker ausgebaute und häufiger genutzte direktdemokratische Institutionen, eine niedrigere Staatsquote und einen tieferen gewerkschaftlichen Organisationsgrad.

Tabelle 15: Bivariate Zusammenhänge (Pearsons r) zwischen der sprachlich-kulturellen bzw. der Stadt-Land-Dimension und den unabhängigen Variablen (Durchschnittswerte 1994-1999)

Unabhängige Variablen	Urbanitätsgrad		Anteil Deutschsprachige	
	alle Kantone	ohne BS/GE	alle Kantone	ohne BS/GE
Nachfrageseitige Faktoren:				
<i>Hospitalisationsrate</i>	0.289	0.240	-0.498**	-0.750**
<i>Altersquote</i>	0.309	0.173	-0.176	-0.316
<i>Urbanitätsgrad</i>	-	-	0.261	-0.196
<i>Arbeitslosigkeit</i>	0.607**	0.552**	-0.854**	-0.844**
<i>Volkseinkommen pro Kopf (log)</i>	0.513**	0.390	0.261	0.370
<i>Soziale Netzwerke</i>	-0.300	-0.178	0.757**	0.799**
<i>Sprache/Kulturraum</i>	0.261	-0.196	-	-
Angebotsseitige Faktoren:				
<i>Globaler Versorgungsgrad</i>	0.749**	0.684**	-0.269	-0.285
<i>Ärztedichte</i>	0.781**	0.757**	-0.419*	-0.494*
<i>Anteil Fachärzte</i>	0.832**	0.784**	-0.475*	-0.493*
<i>Versorgungsstufe Spitalwesen<sup>1</sup></i>	0.686**	0.611**	-0.614**	-0.595**
<i>Bettendichte Akutspitäler</i>	0.154	0.058	-0.310	-0.425*
<i>Bettendichte Pflegeheime etc.</i>	-0.227	-0.176	0.586**	0.512*
<i>Bettendichte Psychiatrie</i>	0.639**	0.629*	-0.079	-0.033
<i>Anteil Spezialkliniken</i>	0.276	0.250	-0.063	-0.061
<i>Durchschnittliche Spitalgrösse</i>	0.496**	0.307	0.096	0.296
<i>Selbstdispensation</i>	-0.541**	-0.451*	0.822**	0.849**
<i>Apothekendichte</i>	0.546**	0.439*	-0.843**	-0.870**
<i>Anteil des ambulanten Sektors</i>	0.059	0.183	0.269	0.525**
<i>Akut-Pflegebett-Ratio</i>	0.287	0.145	-0.458*	-0.518*
<i>Spitexangebot</i>	0.094	-0.093	-0.369	-0.354
Politische Faktoren:				
<i>Finanzierungsgrad</i>	0.189	-0.243	-0.185	0.084
<i>Direkte Demokratie</i>	-0.386	-0.320	0.840**	0.813**
<i>Finanzpolitische Mitsprache</i>	-0.667**	-0.581**	0.223	0.084
<i>Nutzung der direkten Demokratie</i>	0.183	0.224	0.504**	0.553**
<i>Nutzung des Finanzreferendums</i>	0.065	0.029	0.477**	0.521**
<i>Regierungskonkordanz</i>	-0.685**	-0.572**	0.167	-0.056
<i>Staatsquote</i>	-0.039	-0.323	-0.578**	-0.576**
<i>Reformtätigkeit</i>	0.159	0.122	0.047	0.178
<i>Stärke der Gewerkschaften</i>	0.314	0.259	-0.527**	-0.584**
<i>Stärke der Linksparteien</i>	0.652**	0.666**	-0.254	-0.310

Signifikanzniveau: \* p &lt; 0.05; \*\* p &lt; 0.01 (zweiseitig)

<sup>1</sup> Zusammenhangsmass: Spearmans rho ( $\rho$ )

## 4.4 Analyse der Kosten der Krankenversicherung

### 4.4.1 Höhe der Kosten der Krankenversicherung

#### a) Bivariate Betrachtungen

Bei den Kosten der Krankenversicherung bestätigen sich die aufgestellten Ausgangshypothesen insgesamt stärker als bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben. Auch erweisen sich die Ergebnisse robuster gegenüber dem Einfluss der beiden Stadtkantone (Tabelle 16). Die Richtungen des jeweiligen Zusammenhangs entsprechen bis auf wenige, nicht signifikante Ausnahmen denjenigen, die bei der Analyse der öffentlichen Gesundheitskosten festgestellt wurden. Abweichungen zu den hypothetisch postulierten Korrelationen zeigen sich lediglich bei der Dichte sozialmedizinischer Institutionen, beim Spitexangebot und bei der Reformtätigkeit in den Kantonen. Als einer der wenigen Parameter hängt die Bedeutung der durchschnittlichen Spitalgrösse von der Berücksichtigung der Stadtkantone ab.

Die stärksten Zusammenhänge mit den Bruttokosten pro Versicherungsmonat weisen die Variablen 'Arbeitslosigkeit', 'Soziale Netzwerke', 'Sprache', 'Ärztedichte', 'Versorgungsstufe im Spitalwesen' und 'Selbstdispensation' auf. In anderen Worten ausgedrückt: Die Kosten der Krankenversicherung sind in den Kantonen um so höher, je grösser die Arbeitslosigkeit ist, je schwächer ausgeprägt die sozialen Kontakte sind, je weniger Deutschsprachige im Kanton leben, je höher die Ärztedichte sowie die Versorgungsstufe im Spitalbereich und je kleiner der Anteil selbstdispensierender Ärzte ist.

Von den Hypothesen zur Nachfrageseite lässt sich nur der kostensteigernde Einfluss eines hohen Volkseinkommens nicht bestätigen. Alle anderen Variablen weisen sehr hohe Korrelationskoeffizienten auf, die auch bei Ausschluss der Stadtkantone weitgehend stabil bleiben. Dieser Befund bestärkt die Annahme, dass die Kosten der Krankenversicherung in stärkerem Masse von der Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen determiniert werden als die öffentlichen Gesundheitsausgaben. Sowohl die sprachlich-kulturelle als auch die Stadt-Land-Dimension weisen starke Zusammenhänge mit der Kostenhöhe auf. Auffallend ist schliesslich die hoch signifikante positive Korrelation zwischen der Arbeitslosenquote und den Krankenversicherungskosten.

Tabelle 16: Bivariate Zusammenhänge (Pearsons r) zwischen den Kosten der Krankenversicherung und den unabhängigen Variablen gemäss Hypothesen (Durchschnittswerte 1994-1999)

Unabhängige Variablen	Bruttokosten pro Versicherungsmonat (log)	
	alle Kantone (N = 26)	ohne BS/GE (N = 24)
Nachfrageseitige Faktoren:		
<i>Hospitalisationsrate</i>	0.604**	0.706**
<i>Altersquote</i>	0.537**	0.491*
<i>Urbanitätsgrad</i>	0.702**	0.590**
<i>Arbeitslosigkeit</i>	0.842**	0.866**
<i>Volkseinkommen pro Kopf (log)</i>	0.194	-0.104
<i>Soziale Netzwerke</i>	-0.699**	-0.676**
<i>Sprache/Kulturraum</i>	-0.703**	-0.769**
Angebotseitige Faktoren:		
<i>Globaler Versorgungsgrad</i>	0.650**	0.504*
<i>Ärztedichte</i>	0.848**	0.768**
<i>Anteil Fachärzte</i>	0.807**	0.679**
<i>Versorgungsstufe Spitalwesen<sup>1</sup></i>	0.747**	0.689**
<i>Bettendichte Akutspitäler</i>	0.287	0.218
<i>Bettendichte Pflegeheime etc.</i>	-0.358 <sup>+</sup>	-0.329
<i>Bettendichte Psychiatrie</i>	0.323	0.253
<i>Anteil Spezialkliniken</i>	0.112	0.049
<i>Durchschnittliche Spitalgrösse</i>	0.334 <sup>+</sup>	-0.028
<i>Selbstdispensation</i>	-0.771**	-0.770**
<i>Apothekendichte</i>	0.806**	0.771**
<i>Anteil des ambulanten Sektors</i>	-0.029	-0.300
<i>Akut-Pflegebett-Ratio</i>	0.512**	0.414*
<i>Spitexangebot</i>	0.478*	0.356 <sup>+</sup>
Politische Faktoren:		
<i>Finanzierungsgrad</i>	0.341 <sup>+</sup>	-0.164
<i>Direkte Demokratie</i>	-0.619**	-0.659**
<i>Finanzpolitische Mitsprache</i>	-0.553**	-0.404*
<i>Nutzung der direkten Demokratie</i>	-0.135	-0.150
<i>Nutzung des Finanzreferendums</i>	-0.136	-0.236
<i>Regierungskonkordanz</i>	-0.608**	-0.304
<i>Staatsquote</i>	0.522**	0.332
<i>Reformtätigkeit</i>	0.100	0.026
<i>Stärke der Gewerkschaften</i>	0.597**	0.627**
<i>Stärke der Linksparteien</i>	0.607**	0.654**

Signifikanzniveau: + p &lt; 0.1; \* p &lt; 0.05; \*\* p &lt; 0.01 (zweiseitig)

<sup>1</sup> Zusammenhangsmass: Spearmans rho ( $\rho$ )

Angebotsseitig zeigen sich ähnliche Zusammenhänge wie beim Nettofinanzbedarf der öffentlichen Hand. Während der Ärztedichte und der Apothekendichte die grösste bivariate Erklärungskraft zukommt<sup>33</sup>, wirken sich die Angebotsstrukturen des stationären Sektors vergleichsweise weniger stark auf die Kosten der Krankenversicherung aus. Eine gewichtige Ausnahme bildet allerdings die Versorgungsstufe im Spitalbereich, die sich als weitaus kostenwirksamer herausstellt als bei der öffentlichen Hand. Dieser Befund weist darauf hin, dass die Krankenkassen das aus einem höheren Versorgungsniveau resultierende höhere Preis- bzw. Tarifniveau direkter zu spüren bekommen als die Kantone und Gemeinden. Diese haben nicht nur die entstandenen Fallkosten, sondern auch die Betriebs- und Investitionskosten der Spitäler zu tragen, die weniger stark vom Versorgungsgrad und von der effektiven Inanspruchnahme medizinischer Leistungen abhängig sind.

Ebenfalls bestätigt wird die Hypothese, dass die Regulierung der Medikamentenabgabe sich auf die Gesamtkosten des Gesundheitswesens auswirkt. Die kostensenkende Wirkung der Selbstdispensation ist statistisch signifikant und vom Einfluss der Stadtkantone unabhängig. Umgekehrt erweist sich eine hohe Apothekendichte als durchwegs kostentreibendes Element.<sup>34</sup> Unter der Annahme, dass dieser Indikator Rückschlüsse auf den Medikamentenkonsum in einem Kanton zulässt, d.h. dass in Kantonen mit hoher Apothekendichte auch mehr Medikamente verkauft werden, findet sich im unterschiedlichen Medikamentenverbrauch eine der zentralen Ursachen für die Kostendifferenzen zwischen den Kantonen. Es zeigen sich hier zudem signifikante Unterschiede zwischen den Sprachregionen.<sup>35</sup>

Positive Zusammenhänge mit dem Kostenniveau weisen auch die Akut-Pflegebett-Ratio und das Spitexangebot auf. Die Annahme, dass ein im Vergleich zum Akutbereich kleines Angebot an Pflegebetten in sozialmedizinischen Institutionen hohe Kosten zur Folge hat, sieht sich somit in der bivariaten Betrachtung bestätigt. Ein grösseres Spitexangebot geht jedoch entgegen der Ausgangshypothese tendenziell mit einem hohen Kostenniveau einher. Dieser Umstand ist ähnlich zu deuten wie bei den öffentlichen Ausgaben. Es bleibt vorerst offen, ob die von den Krankenkassen zu entschädigenden Pflegeleistungen dazu beitragen, andere Bereiche zu entlasten und so die Kostenentwicklung zu bremsen, oder ob sie die übrigen Leistungsbereiche ergänzen und so das Leistungsvolumen ausweiten.

Auffallend sind die zwar nicht signifikanten, aber relativ hohen Werte für die Dichte sozialmedizinischer Institutionen, die eine kostensenkende Wirkung implizieren. Nachdem nicht zuletzt die Erweiterung des Pflichtleistungskataloges, welcher seit der KVG-Revision 1996 auch die Vergütung von Pflegeleistungen in Pflegeheimen beinhaltet, zu einem erheblichen Prämienschub geführt hat (Greppi et al. 1998: 21), überrascht die festgestellte negative Korrelation zwischen dem Angebot an Pflegeplätzen und den Kosten der Krankenversicherung. Eine mögliche Erklärung dafür könnte in Verbindung mit der bestätigten Hypothese zur Akut-Pflegebett-Ratio darin liegen, dass eine hohe Dichte an Betten in sozialme-

---

<sup>33</sup> Die beiden Variablen korrelieren mit 0.661 sehr stark miteinander.

<sup>34</sup> Es besteht ein sehr hoher bivariater Zusammenhang (-0.898) zwischen diesen beiden Variablen.

<sup>35</sup> Auch die Schweizerische Gesundheitsbefragung stellt fest, dass in der Deutschschweiz wesentlich seltener Medikamente eingenommen werden, als in den lateinischsprachigen Regionen. Dieser Umstand wird mit einer unterschiedlichen ärztlichen Verschreibungspraxis begründet (BFS 2000b: 41).

dizinischen Institutionen den Akutbereich in den Spitälern entlastet und so die Kosten der Krankenversicherung niedrig hält.

Sowohl das Vorhandensein direktdemokratischer Instrumente als auch die Stärke gewerkschaftlicher Interessen und der Linksparteien erweisen sich als durchwegs signifikante politische Parameter, während auch hier die Reformfreudigkeit der Kantone keinen Einfluss zeigt. Ebenso wie beim Nettofinanzbedarf verschwindet hingegen die Bedeutung der Regierungskonkordanz, sobald die Stadtkantone nicht in der Analyse enthalten sind. Dieser Umstand kann zu einem Grossteil mit der sprachlich-kulturellen und der Stadt-Land-Dimension erklärt werden. Wie bereits festgehalten wurde, zeigen sich auf diesen beiden Achsen vor allem in politisch-institutioneller Hinsicht erhebliche Unterschiede zwischen den Kantonen (vgl. Tabelle 15). Da sowohl der Urbanitätsgrad als auch der Anteil Deutschsprachiger an der Kantonsbevölkerung sehr stark mit den Kosten der Krankenversicherung korrelieren, machen sich die ebenfalls mit diesen Dimensionen zusammenhängenden politisch-institutionellen Differenzen stärker bemerkbar und überdecken die tiefer liegenden Einflüsse der kulturellen und der Stadt-Land-Unterschiede. Bei den vorliegenden Korrelationen handelt es sich im Fall der politischen Faktoren somit also eher um gemeinsam auftretende als um voneinander abhängige Merkmale.

## b) Multivariate Analysen

Wie Tabelle 17 zeigt, erklären sich die kantonalen Unterschiede in den Versicherungskosten am besten anhand grundlegender Indikatoren der Nachfrage- und der Angebotsstrukturen, wobei der Ärztedichte jeweils eine zentrale Stellung zukommt. Dieses Ergebnis streicht die Bedeutung der Nachfrageseite heraus und zeigt einen vergleichsweise geringen Einfluss politisch-institutioneller Faktoren auf die Kostendifferenzen in der Krankenversicherung.

Das erste Modell bestätigt die Hypothesen, dass ein grosser Seniorenanteil, eine starke Urbanisierung und überdurchschnittliche Arbeitslosigkeit zu hohen Kosten in der Krankenversicherung führen. Diese hängen somit hauptsächlich von der Inanspruchnahme der Dienste des Gesundheitswesens ab, und weniger von dessen Versorgungsangebot oder von Merkmalen der Staatstätigkeit. Die Alterung der Bevölkerung und die Erwerbssituation erweisen sich als ausschlaggebende Faktoren auf der Nachfrageseite. Der zentrale Einfluss der Stadt-Land-Dimension wurde bereits mehrmals bestätigt. Um zu ermitteln, welche Unterschiede hinter dieser Dimension stehen, wird mittels weiterer Modelle nach zusätzlichen Erklärungsfaktoren für die Kostendifferenzen in der Krankenversicherung gesucht.

In einer multivariaten Betrachtung können mit den drei Grössen 'Arbeitslosigkeit', 'Soziale Netzwerke' und 'Ärztedichte' knapp 90 % der kantonalen Kostenunterschiede erklärt werden. Das fast ebenso hohe Bestimmtheitsmass von Modell 3, das lediglich die Ärztedichte und den Anteil deutschsprachiger Kantonsbewohner enthält, zeigt, dass die sprachliche Dimension wichtige sozioökonomische und –kulturelle Aspekte enthält. So bestätigt sich nicht nur die herausragende Bedeutung der Erwerbssituation für die Inanspruchnahme von Dienstleistungen des Gesundheitswesens, sondern auch der vielschichtige Einfluss sozialer Netzwerke auf das Gesundheitsverhalten und die damit verbundene Nachfrage nach medi-

zinischen Leistungen. Soziale Integration – auf die auch das Erwerbsleben einen grossen Einfluss hat – wirkt sich demnach prinzipiell gesundheitsfördernd und kostensenkend aus.

Tabelle 17: Multiple Regressionen (OLS-Methode) mit den Bruttokosten der Krankenversicherung (Durchschnitt 1994-1999) als abhängige Variable

Unabhängige Variablen	Krankenversicherung		
	alle Kantone (N = 26)		
	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Konstante	1.741** (27.741)	1.910** (73.005)	2.027** (60.025)
<i>Altersquote</i>	0.301** (3.413)		
<i>Urbanitätsgrad</i>	0.233* (2.177)		
<i>Arbeitslosigkeit</i>	0.621** (5.886)	0.391** (3.656)	
<i>Soziale Netzwerke</i>		-0.203* (-2.171)	
<i>Ärztedichte</i>		0.493** (5.231)	0.671** (7.965)
<i>Anteil Deutschsprachige</i>			-0.421** (-4.999)
R <sup>2</sup>	0.847	0.889	0.865
Adjusted R <sup>2</sup>	0.826	0.874	0.854

Signifikanzniveau: + p < 0.1; \* p < 0.05; \*\* p < 0.01 (zweiseitig). In der oberen Zeile sind jeweils die standardisierten Regressionskoeffizienten (Beta), in der unteren Zeile die t-Werte ausgewiesen. Die Tolerance-Werte betragen bei keinem Modell unter 0.5. Durbin-Watson's d liegt bei Modell 1 knapp im Unschärfbereich, bei den Modellen 2 und 3 kann Autokorrelation ausgeschlossen werden.

#### 4.4.2 Entwicklung der Kosten der Krankenversicherung

##### a) Bivariate Betrachtungen

Die Entwicklung der Kosten der Krankenversicherung verläuft, wie bereits in Abschnitt 2.2 gezeigt, in allen Kantonen steigend. Lediglich im Ausmass des Wachstums zeigen sich Unterschiede. Um diese zu erklären, werden zunächst bivariate Zusammenhänge mit den Veränderungsdaten verschiedener unabhängiger Variablen gebildet (Tabelle 18) und danach auch die Niveaudaten in die Betrachtung einbezogen (Tabelle 19).

Die wichtigsten empirischen Ergebnisse lauten wie folgt: Am stärksten hängen der Anteil der Spezialkliniken in einem Kanton, die Entwicklung des ambulanten Sektors sowie die Stärke der Regierungskonkordanz mit dem Kostenwachstum in der Krankenversicherung zusammen. Ein auf dem 10%-Niveau signifikanter positiver Einfluss geht auch von einer

wachsenden Staatsquote aus. Dementsprechend steigen die Kosten in der Krankenversicherung um so stärker an, je höher der Anteil an Spezialkliniken in einem Kanton ist, je stärker der Anteil der Leistungen im ambulanten Sektor zunimmt, je schwächer die Wählerstärke der Regierungsparteien ist und je stärker die Staatsquote wächst.

Tabelle 18: Bivariate Zusammenhänge (Pearsons r) zwischen der Veränderung der Kosten der Krankenversicherung und der Veränderung unabhängiger Variablen (Durchschnittswerte 94-99)

Unabhängige Variablen	Veränderung der Kosten der Krankenversicherung	
	alle Kantone (N = 26)	ohne BS/GE (N = 24)
Veränderungsdaten:		
<i>Altersquote</i>	-0.080	-0.081
<i>Arbeitslosigkeit</i>	0.305	0.352+
<i>Volkseinkommen pro Kopf</i> <sup>1</sup>	-0.282	-0.289
<i>Ärztedichte</i>	-0.089	-0.083
<i>Bettendichte in Akutspitälern</i> <sup>2</sup>	0.117	0.131
<i>Selbstdispensation</i> <sup>3</sup>	0.121	0.104
<i>Anteil des ambulanten Sektors</i> <sup>3</sup>	-0.312	-0.407*
<i>Regierungskonkordanz</i>	0.059	0.048
<i>Staatsquote</i> <sup>1</sup>	0.376+	0.364+

Signifikanzniveau: + p < 0.1, \* p < 0.05

<sup>1</sup> Durchschnittliche Veränderung 1994-1998

<sup>2</sup> Durchschnittliche Veränderung 1994-1996

<sup>3</sup> Durchschnittliche Veränderung 1996-1999

Grundsätzlich ist auch im Bereich der Krankenversicherung eine gewisse Tendenz zum Ausgleich der Kostendifferenzen auszumachen. Die Kostenentwicklung steht in negativem Zusammenhang mit der Kostenhöhe, was darauf hindeutet, dass Kantone mit einem tieferen Kostenniveau ein stärkeres Wachstum verzeichnen als solche mit einem hohen Niveau. Schwache Korrelationen finden sich zudem zwischen stärkerer Kostenzunahme und sinkendem Volkseinkommen, starken sozialen Netzwerken und einem höheren Anteil Deutschsprachiger an der Kantonsbevölkerung.

Der im Vergleich mit den allgemeinen Akutspitälern höhere Privatisierungsgrad der Spezialkliniken (vgl. vorne) hat zur Folge, dass der Finanzierungsanteil der Krankenversicherung im Bereich der Spezialkliniken eindeutig grösser ist als bei den Akutspitälern. Bei Privatisierungen oder verstärkter Inanspruchnahme privater Spitäler gegenüber öffentlich subventionierten Leistungsanbietern finden somit erhebliche Kostenverlagerungen zulasten der Krankenversicherung statt. Die vorliegenden Ergebnisse legen eine derartige Entwicklung nahe: je grösser der Anteil von Spezialkliniken an der Spitallandschaft eines Kantons ist, desto schwächer steigen die Ausgaben der öffentlichen Hand bzw. desto stärker steigen die Kosten der Krankenversicherung. Ob sich diese Beobachtung jedoch tatsächlich auf die Privatisierung von Spitalbetrieben zurückführen lässt, erfordert vertiefte Untersuchungen.



Tabelle 19: Bivariate Zusammenhänge (Pearsons r) zwischen der Veränderung der Kosten der Krankenversicherung und den unabhängigen Variablen (Durchschnittswerte 1994-1999)

Unabhängige Variablen	Veränderung der Kosten der Krankenversicherung	
	alle Kantone (N = 26)	ohne BS/GE (N = 24)
Kostenniveau 1994-1999:		
<i>Öffentliche Hand</i>	-0.214	-0.121
<i>Krankenversicherung</i>	-0.252	-0.173
Nachfrageseitige Faktoren:		
<i>Hospitalisationsrate</i>	-0.234	-0.311
<i>Altersquote</i>	0.060	0.087
<i>Urbanitätsgrad</i>	-0.074	0.188
<i>Arbeitslosigkeit</i>	-0.233	-0.161
<i>Volkseinkommen pro Kopf (log)</i>	0.017	0.085
<i>Soziale Netzwerke</i>	0.327	0.298
<i>Sprache/Kulturraum</i>	0.363+	0.312
Angebotsseitige Faktoren:		
<i>Globaler Versorgungsgrad</i>	0.170	0.303
<i>Ärztedichte</i>	-0.158	-0.044
<i>Anteil Fachärzte</i>	-0.113	-0.008
<i>Versorgungsstufe Spitalwesen<sup>1</sup></i>	0.057	0.135
<i>Bettendichte Akutspitäler</i>	0.044	0.045
<i>Bettendichte Pflegeheime etc.</i>	0.157	0.082
<i>Bettendichte Psychiatrie</i>	0.274	0.329
<i>Anteil Spezialkliniken</i>	0.497**	0.529**
<i>Durchschnittliche Spitalgrösse</i>	0.136	0.306
<i>Selbstdispensation</i>	0.164	0.104
<i>Anteil des ambulanten Sektors</i>	-0.176	-0.088
<i>Akut-Pflegebett-Ratio</i>	-0.305	-0.301
<i>Spitexangebot</i>	0.139	0.218
Politische Faktoren:		
<i>Finanzierungsgrad</i>	-0.115	0.078
<i>Direkte Demokratie</i>	0.291	0.226
<i>Finanzpolitische Mitsprache</i>	0.156	0.088
<i>Nutzung der direkten Demokratie</i>	0.225	0.233
<i>Regierungskonkordanz</i>	-0.275	-0.656**
<i>Staatsquote</i>	-0.229	-0.168
<i>Reformtätigkeit</i>	-0.012	0.051
<i>Stärke der Gewerkschaften</i>	0.086	0.108
<i>Stärke der Linksparteien</i>	0.119	0.134

Signifikanzniveau: + p &lt; 0.1; \* p &lt; 0.05; \*\* p &lt; 0.01 (zweiseitig)

<sup>1</sup> Zusammenhangsmass: Spearmans rho ( $\rho$ )

In der Betrachtung der Entwicklungsdaten zeigt sich ein kostensenkender Einfluss der zunehmenden Leistungsverlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich. In den Kantonen, in denen diese stattfindet, fällt das Kostenwachstum in der Krankenversicherung weniger stark aus – obwohl die Versicherer ambulant anfallende Kosten vollumfänglich übernehmen müssen, während sich im stationären Bereich die öffentliche Hand daran beteiligt. Seitens des medizinischen Leistungsangebots fallen ausserdem die schwachen Zusammenhänge der Kostenentwicklung mit der Bettendichte in der Psychiatrie und der Akut-Pflegebett-Ratio auf. Demnach steigen die Kosten in der Krankenversicherung in denjenigen Kantonen, die ein grosses Psychiatrieangebot und ein im Vergleich mit dem Akutbereich grosses Angebot an Betten in sozialmedizinischen Institutionen aufweisen, tendenziell stärker an.

Unter den Faktoren der Nachfrage finden sich relativ starke Zusammenhänge zwischen der Kostenentwicklung und der Veränderung der Arbeitslosigkeit bzw. dem Anteil deutschsprachiger Personen in einem Kanton. Demnach bestätigt sich der bereits bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben festgestellte kostensteigernde Einfluss zunehmender Arbeitslosigkeit. Ausserdem steigen die Kosten der Krankenversicherer in den deutschsprachigen Kantonen tendenziell stärker an, was auch den schwach negativen Korrelationskoeffizienten der Hospitalisationsrate erklärt, der stark vom Anteil Deutschsprachiger abhängt (vgl. Tabelle 15). Diese Interpretation deckt sich mit dem Befund, dass das Kostenwachstum in denjenigen Kantonen mit einem bereits hohen Kostenniveau – den lateinischsprachigen – tendenziell schwächer ist als in der Deutschschweiz.

Die Zusammenhänge mit der sprachlich-kulturellen bzw. räumlichen Dimension sind auch bei einigen politisch-institutionellen Faktoren wirksam. Der Indikator der Regierungskonkordanz ist damit nicht nur Ausdruck einer bestimmten Form der politischen Konfliktregelung, sondern steht auch für ein bestimmtes soziostrukturelles Muster der Kantone. So ist die Regierungskonkordanz in ländlichen, kleinen, mehrheitlich bürgerlich regierten Kantonen wie den beiden Appenzell, Uri, Ob- und Nidwalden besonders ausgeprägt, während dies für die lateinischen und stark urbanisierten Kantone weniger gilt. Die erstgenannte Kantonsgruppe verfügt über eher bescheiden ausgebaute Gesundheitswesen, welche auch ein schwächeres Kostenwachstum aufweisen (vgl. Kapitel 2).

## b) Multivariate Analysen

Tabelle 20 enthält die multiplen Regressionsschätzungen zur Analyse der Einflussfaktoren auf das Wachstum der Bruttokosten pro Versicherungsmonat. Gemäss dem ersten Modell, das alle Kantone umfasst, erweisen sich der Anteil Spezialkliniken und der Anteil Deutschsprachige als diejenigen Faktoren, welche die Kostenentwicklung in der Krankenversicherung am besten zu erklären vermögen. Demnach steigen die Versicherungskosten besonders in den deutschsprachigen Kantonen und in Kantonen mit einem hohen Spezialisierungs- und Privatisierungsgrad im Spitalwesen stark an. Somit sehen sich die bereits angesprochenen Tendenzen der Kostenverlagerung von der öffentlichen Hand zur Krankenversicherung im Bereich der Spezialkliniken bestätigt.

Tabelle 20: Multiple Regressionen (OLS-Methode) mit der durchschnittlichen Veränderung der Bruttokosten der Krankenversicherung 1994-1999 als abhängige Variable

<i>Unabhängige Variablen</i>	<i>Veränderung der Kosten der Krankenversicherung</i>	
	<i>alle Kantone (N = 26)</i>	<i>ohne BS/GE</i>
Konstante	4.202** (7.060)	17.373** (6.359)
<i>Anteil Deutschsprachige</i>	0.396* (2.452)	
<i>Anteil Spezialkliniken</i>	0.522** (3.230)	0.345* (2.438)
<i>Hospitalisationsrate</i>		-0.309* (-2.304)
<i>Regierungskonkordanz</i>		-0.551** (-3.894)
R <sup>2</sup>	0.403	0.640
Adjusted R <sup>2</sup>	0.351	0.586

Signifikanzniveau: +  $p < 0.1$ ; \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$  (zweiseitig). In der oberen Zeile sind jeweils die standardisierten Regressionskoeffizienten (Beta), in der unteren Zeile die t-Werte ausgewiesen. Die Tolerance-Werte liegen jeweils über 0.9. Aufgrund von Durbin-Watson's d liegt bei keinem Modell Autokorrelation vor. Die Residualplots zeigen keine Anzeichen von Heteroskedasdität.

Bei Ausschluss der Stadtkantone resultiert ein Modell mit rund 60 % erklärter Varianz der kantonalen Kostenunterschiede. Das Wachstum der Bruttokosten pro Versicherungsmonat zeigt sich dabei abhängig von der Regierungskonkordanz, dem Anteil Spezialkliniken und der Hospitalisationsrate. Die Eigenschaften der kleinräumigen, ländlichen Kantone mit hoher Regierungskonkordanz, einer niedrigen Hospitalisationsrate und einem tiefen Anteil an Spezialkliniken sind somit Faktoren, welche einen eher bremsenden Einfluss auf die Kostenentwicklung in der Krankenversicherung ausüben.



## 5 SYNTHESE

Den Ausgangspunkt der vorliegenden Untersuchung bildeten die folgenden drei Fragestellungen:

- Welches sind auf der Basis statistischer Auswertungen die Ursachen für die kantonalen Kostenunterschiede im Gesundheitswesen und in der Krankenversicherung?
- Welches sind die wichtigsten kostendämpfenden (bzw. -steigernden) Faktoren zur Erklärung der Kostenunterschiede im Gesundheitswesen und in der Krankenversicherung der Kantone im Verlaufe der neunziger Jahre?
- Welche praktischen Schlussfolgerungen lassen sich im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung ziehen und welche Empfehlungen können für die Regelungen im KVG und die kantonalen und kommunalen Gesundheitspolitiken formuliert werden?

Die vorliegende Synthese setzt sich zum Ziel, einen Überblick über die wichtigsten empirischen Ergebnisse zu gewinnen und daraus konkrete Schlussfolgerungen für die politische Praxis abzuleiten.

### 5.1 Die Kostendifferenzen zwischen den Kantonen im Gesundheitswesen und in der Krankenversicherung

Bei den Kosten im Gesundheitswesen zeigen sich auch in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre nach wie vor beträchtliche, allerdings leicht abnehmende Unterschiede zwischen den Kantonen. Ein Vergleich der öffentlichen Ausgaben der Kantone im Gesundheitswesen zwischen denjenigen mit den höchsten und tiefsten Belastungen bringen diese Differenzen zum Ausdruck. So ist der pro-Kopf-Nettofinanzbedarf der Kantone Basel-Stadt und Genf bis zu viermal höher als derjenige der Kantone Luzern, Schwyz, Appenzell I. Rh. und Thurgau. Eine fast durchwegs überdurchschnittlich hohe Belastung der öffentlichen Hand findet sich ausserdem in den Kantonen Obwalden, Glarus, Schaffhausen, Graubünden, Tessin, Waadt und Jura, während die Kantone Aargau, St. Gallen und Solothurn am unteren Ende der Skala liegen. Wie die Beispiele Obwalden oder Appenzell A. Rh. deutlich machen, unterliegt die Höhe der Ausgaben in den neunziger Jahren in manchen Kantonen allerdings beträchtlichen Schwankungen. Die Gründe liegen hier zu einem grossen Teil in den Investitionen der öffentlichen Hand im Gesundheitssektor, deren Anteil am Nettofinanzbedarf jeweils stark variiert.

Ein Blick auf die Kostenstrukturen der öffentlichen Haushalte (Kantone und Gemeinden) weist darauf hin, dass die Spitalkosten durchwegs den höchsten Anteil der öffentlichen Ausgaben ausmachen, allerdings mit stark unterschiedlichen Prozentanteilen. Während der Kanton Glarus fast 90 Prozent seiner Gelder im Gesundheitsbereich für den stationären Sektor aufwendet, sind es im Kanton Tessin knapp 45 Prozent. Sehr grosse Differenzen zeigen sich auch in den Aufwendungen für Kranken- und Pflegeheime. In einigen Kantonen (z.B. Uri, Solothurn, Basel-Stadt und Basel-Landschaft) wird dieser Bereich kaum staatlich finanziert, während er in anderen Kantonen (Obwalden, Tessin) eine starke Belastung für

das öffentliche Gemeinwesen darstellt.<sup>36</sup> Die ambulante Krankenpflege, die u.a. Subventionen an Spitex, Krankenpflege- und Samariterverbände sowie Heimpflege umfasst, wird von der öffentlichen Hand ebenfalls in unterschiedlichem Ausmass finanziell unterstützt (Wallis: 0,4%, Appenzell I. Rh.: 8,2%).

In Bezug auf den Entwicklungsverlauf der öffentlichen Gesundheitskosten lässt sich eine generelle Annäherung zwischen den Kantonen mit hohen und tiefen Ausgaben und damit eine gewisse Abschwächung der Kostendifferenzen zwischen den Kantonen in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre beobachten. Die öffentlichen Aufwendungen steigen insbesondere in Kantonen mit tiefen Kosten tendenziell stärker an, während gerade ein einziger Kanton (Glarus) mit grosser finanzieller Belastung ein überdurchschnittliches Ausgabenwachstum aufweist. Umgekehrt nehmen die Gesundheitskosten in der Mehrheit der Stände mit einem niedrigen Kostenniveau überproportional zu. Diese Dynamik der Kostenentwicklung lässt sich anhand der Kantone am oberen und unteren Ende des Spektrums illustrieren: Während die beiden Stadtkantone Basel-Stadt und Genf ihre ausserordentlich hohen öffentlichen Ausgaben während der zweiten Hälfte der neunziger Jahre sogar senken konnten, zeichnet sich der Kanton Schwyz mit der niedrigsten pro-Kopf-Belastung von allen Kantonen durch die insgesamt höchste Wachstumsrate auf. Von diesem Muster weichen nur die Kantone Appenzell A. Rh., Luzern, Thurgau und Zürich ab, welche ihre bereits unterdurchschnittliche pro-Kopf-Belastung während des Untersuchungszeitraums weiter reduziert haben.

Tabelle 21: Einordnung der Kantone aufgrund von durchschnittlichem Niveau und durchschnittlicher Entwicklung des pro-Kopf-Nettofinanzbedarfs 1994-1999

Durchschnitt 1994-1999	Sinkende öffentliche Ausgaben	Schwach steigende öffentliche Ausgaben (< 3,18%)*	Stark steigende öffentliche Ausgaben (> 3,18%)*
Tiefe öffentliche Ausgaben (< 753,85)*	AR, LU, TG, ZH	AG, AI, FR,NW, SG	BE, BL, NE, SO SZ, UR, VS, ZG
Hohe öffentliche Ausgaben (753,85 – 1507,7)*	JU, OW	GR, SH, TI, VD	GL
Sehr hohe öffentliche Ausgaben (> 1507,7)*	BS, GE		

\* Gesamtschweizerische Mittelwerte 1994-1999 (1507,7: doppelter Mittelwert der öffentlichen Ausgaben)

Eine ähnliche, wenn auch nicht identische Verteilung der Kantone findet sich bei den Kosten der Krankenversicherung. So gehören auch hier die Kantone Genf, Basel-Stadt, Waadt, Jura und Tessin zu denjenigen Ständen mit den höchsten Durchschnittskosten, während

<sup>36</sup> Diese Unterschiede sind zum Teil auf unterschiedliche Finanzierungsmodi und damit verbundene Verbuchungsmodalitäten in den öffentlichen Buchhaltungen zurückzuführen. Der Kanton Basel-Stadt z.B. kennt ein System der Subjekthilfe, dessen finanziellen Aufwendungen anders verbucht werden als die Betriebssubventionen an Alters- und Pflegeheime in anderen Kantonen.

Appenzell I. Rh., Luzern und Sankt Gallen wiederum am unteren Ende der Skala stehen. Überdurchschnittlich hoch ist die Belastung der Krankenversicherer ausserdem in den Kantonen Zürich, Bern, Freiburg, Basel-Landschaft, Tessin, Waadt, Neuenburg und Jura, während kleine und ländliche Kantone der Deutschschweiz wie die beiden Appenzell oder Nidwalden durchwegs mit die geringsten Werte aufweisen und unter 80% des schweizerischen Mittelwerts bleiben. Auch bei den Krankenkassenkosten sind damit eindeutige Unterschiede zwischen den Kantonen festzustellen, doch fallen die Kostendifferenzen durchwegs geringer aus als bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben. Zudem sind sie relativ geringen Schwankungen im Zeitverlauf unterworfen. Besonders auffällig ist hingegen der kontinuierliche Kostenanstieg in allen Kantonen während der zweiten Hälfte der neunziger Jahre.

Im Allgemeinen erweist sich auch die Kostenstruktur homogener als bei den öffentlichen Ausgaben. Eindeutige Unterschiede zwischen den Kantonen zeigen sich vor allem in der Struktur der Bruttokosten der Krankenversicherung hinsichtlich der Anteile der Arzt- bzw. der Spitalkosten. So weisen die Kantone Zürich, Basel-Landschaft und Genf überaus hohe, die Kantone Neuenburg und Jura auffallend tiefe Anteile an Arztkosten auf, während der Anteil der Spitalkosten in den Kantonen Appenzell A. Rh. und I. Rh., Thurgau, Neuenburg und Jura eher hoch, in den Kantonen Schaffhausen und Genf relativ niedrig ist. Beim Medikamentenanteil zeigt sich hingegen ein ziemlich ausgeglichenes Bild. In den Kantonen Zürich, Bern, Freiburg, Solothurn, Schaffhausen und Jura leisten die Versicherer überdurchschnittlich hohe Zahlungen an Pflegeheime und Spitem, während diese Anteile in Basel-Landschaft, Appenzell I. Rh., Graubünden und Wallis ziemlich tief sind.

Wie bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben macht sich ein leicht negativer Zusammenhang zwischen dem Kostenniveau und der durchschnittlichen Entwicklung bemerkbar. Kantone mit höherem Kostenniveau weisen mehrheitlich ein unterproportionales Wachstum auf, während die Versicherungskosten in den vergleichsweise kostengünstigen Kantonen eher überdurchschnittlich ansteigen. Damit lässt sich in der Tendenz auch bei den Kosten der Krankenversicherung eine gewisse Nivellierung der Differenzen zwischen den Kantonen festhalten. Nur in drei Kantonen – Bern, Jura und Zürich – sind in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre sowohl Niveau als auch Entwicklung überdurchschnittlich hoch.

Tabelle 22: Einordnung der Kantone aufgrund von durchschnittlichem Niveau und durchschnittlicher Entwicklung der Bruttokosten pro Versicherungsmonat 1994-1999

Durchschnitt 1994-1999	Schwach steigende Kosten der Krankenversicherung (< 6,38%)*	Stark steigende Kosten der Krankenversicherung (> 6,38%)*
Tiefe Kosten der Krankenversicherung (< 137,33)*	AI, AR, NW, OW, SZ, UR, VS, ZG	AG, GL, GR, LU, SG, SH, SO, TG
Hohe Kosten der Krankenversicherung (> 137,33)*	BL, BS, FR, GE, NE, TI, VD	BE, JU, ZH

\* Gesamtschweizerische Durchschnittswerte 1994-1999

## 5.2 Schubkräfte und Barrieren der öffentlichen Gesundheitsausgaben

Auf der Basis eines systematisch-komparativen Untersuchungsansatzes der durchschnittlichen öffentlichen Gesundheitsausgaben der 26 Kantone zwischen 1994 und 1999 lassen sich von rund 100 untersuchten Indikatoren ein gutes halbes Dutzend als die bedeutendsten Schubkräfte und Barrieren für die Erklärung der unterschiedlichen öffentlichen Gesundheitsausgaben in den Kantonen bezeichnen.

Tabelle 23: Schubkräfte und Barrieren der öffentlichen Gesundheitsausgaben in den Kantonen

	Nachfrage			Angebot		Staat und Politik		Index
	Hohe Altersquote	Hohe Arbeitslosigkeit	Hohes Volkseinkommen	Hohe Ärztedichte	Hoher Versorgungsgrad	Hoher Finanzierungsgrad	Hohe Staatsquote	
GE	-	X	X	X	X	X	X	6
BS	X	X	X	X	X	X	X	7
SH	X	X	X	X	X	X	-	6
JU	X	X	-	-	-	X	X	4
VD	X	X	X	X	X	-	X	6
TI	X	X	-	X	X	-	X	5
SG	-	-	-	-	-	-	-	0
AG	-	-	X	-	-	-	-	1
LU	-	-	-	-	-	-	-	0
TG	-	-	-	-	-	-	-	0
AI	X	-	-	-	-	-	X	2
SZ	-	-	X	-	-	X	-	2

Anmerkungen: X steht für Schubkraft, - steht für Barriere. Ausschlaggebend für die Klassifizierung einer Variable als Schub- oder Bremskraft der öffentlichen Gesundheitsausgaben für die einzelnen Kantone ist der Variablenwert des jeweiligen Kantons im Verhältnis zum arithmetischen Mittel (vgl. hierzu Freitag 1996). Die Reihenfolge der Kantone entspricht der absteigenden Höhe des durchschnittlichen pro-Kopf-Nettofinanzbedarfs von Kantonen und Gemeinden 1994-1999. Eine Übersicht über alle Kantone findet sich im Anhang (Tabelle E1).



Der zusammenführende Index der Schubkräfte und Barrieren der öffentlichen Gesundheitsausgaben in den Kantonen auf der Basis der sieben wichtigsten Indikatoren<sup>37</sup> gibt die wichtigsten Ergebnisse der durchgeführten statistischen Untersuchung in aggregierter Form wieder (Tabelle 23). Während Basel-Stadt das Maximum von sieben kostentreibenden Faktoren aufweist, zeichnen sich die drei mittelgrossen Deutschschweizer Kantone St. Gallen, Luzern und Thurgau durch die vollständige Abwesenheit von bedeutsamen kostentreibenden Kräften aus.

Aufgegliedert nach der Angebots- und Nachfrageseite sowie der allgemeinen Staatstätigkeit lassen sich folgende Faktoren als die wichtigsten Ursachen hoher bzw. tiefen öffentlichen Gesundheitskosten in den Kantonen betrachten:

#### a) Nachfrageseite

Auf der Nachfrageseite finden sich vor allem drei Schubkräfte hoher öffentlicher Gesundheitsausgaben: ein hoher Seniorenanteil, hohe Arbeitslosigkeit und ein hohes Volkseinkommen. Mit diesen Faktoren lassen sich auch zu einem beträchtlichen Teil die bekannten Kostendifferenzen zwischen den Sprachräumen erklären. Während die lateinischen Kantone insbesondere die ersten beiden Strukturmerkmale in überdurchschnittlichem Masse aufweisen, finden sich in den mittelgrossen Deutschschweizer Kantonen kostengünstigere soziostrukturelle Rahmenbedingungen.

Die empirischen Resultate bestätigen damit zu weiten Teilen die Erkenntnisse internationaler Vergleichsstudien (Schmidt 1999: 236). So erweisen sich auch in einer interkantonalen Betrachtung der wirtschaftliche Wohlstand, die Altersstruktur und der Anteil der Arbeitslosen an der Bevölkerung als bedeutsame gesellschaftliche Merkmale mit beträchtlichen Kostenwirkungen für das öffentliche Gesundheitswesen. Betagte Menschen und Arbeitslose sind krankheitsanfälliger, neigen vermehrt zu chronischen Erkrankungen, weisen einen erhöhten Pflegebedarf auf und benötigen dadurch mehr medizinische Leistungen. Auch ein höherer Wohlstand führt zu einem Anstieg der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen.

Allerdings zeigt sich, dass die kantonalen Gesundheitsausgaben nicht nur von der Wirtschafts-, Alters- und Erwerbsstruktur der Bevölkerung abhängen, sondern in urbanen Räumen generell höher ausfallen als in ländlichen Gebieten. Dies lässt sich einerseits auf die städtischen Lebensbedingungen, z.B. auf höhere Lärmbelastung und grössere Umweltimmissionen, zurückführen, die gesundheitliche Beeinträchtigungen zur Folge haben (BFS 2000b: 62f.). Andererseits weisen aber gerade die im Vergleich zu den übrigen Kantonen mehr als doppelt so hohen Gesundheitsausgaben der Kantone Basel-Stadt und Genf darauf hin, dass städtische Zentren stark ausgebaute und spezialisierte medizinische Leistungen anbieten, die von den umliegenden Kantonen genutzt werden, ohne dass sie sich in vollem Umfang daran finanziell beteiligen (vgl. BFS 1999: 29). Die ausserordentlich hohen Ge-

---

<sup>37</sup> Bei den hier aufgeführten Indikatoren handelt es sich ausschliesslich um diejenigen Grössen, die einen signifikanten (bzw. hoch signifikanten) Erklärungsbeitrag in den multivariaten (bzw. bivariaten) Modellen geliefert haben.

sundheitsausgaben der beiden Stadtkantone sind in einem interkantonalen Vergleich damit nicht nur Folge der angehäuften gesellschaftlichen Problem- und Risikolagen, wie sie typischerweise gerade in städtischen Zentren in konzentrierter Weise auftreten, sondern auch Ausdruck der virulenten Spilloverproblematik aufgrund der kleinräumigen Strukturen in der Schweiz, von denen insbesondere das Gesundheitswesen geprägt ist.

Auch kulturelle Faktoren wie die Anspruchshaltung gegenüber den Einrichtungen des Gesundheitswesens oder die Neigung, im Krankheitsfall zuerst auf die Selbsthilfe zu setzen, statt einen Arzt aufzusuchen, erweisen sich als weitere wichtige Erklärungsgrößen für die kantonalen Kostendifferenzen. So sind die Kosten des Gesundheitswesens in denjenigen Kantonen tiefer, in denen die Menschen auf ausgebaute soziale Netzwerke zurückgreifen können. Gut funktionierende Beziehungsnetze als Grundlage für informelle gegenseitige Hilfeleistungen stellen damit eine kostensparende Alternative zur kommerziellen Versorgung mit medizinischen Pflegeleistungen dar.

#### b) Anbieterseite

Auf der Seite der Leistungserbringer haben sich vor allem zwei Merkmale des kantonalen Gesundheitswesens als zentrale Kostenfaktoren erwiesen: Einerseits die Anzahl Ärzte (Allgemeinpraktiker und Fachärzte) pro Einwohner und andererseits der allgemeine Versorgungsgrad mit medizinischen Leistungen. Stark überdurchschnittliche Gesundheitsausgaben aufgrund einer angebotsinduzierten Nachfrage nach medizinischen Leistungen finden sich damit in Kantonen mit hoher Ärztedichte (und hohem Spezialisierungsgrad) sowie einer gut ausgebauten medizinischen Versorgung. Insbesondere die Bettendichte in Akutspitälern und der Anteil von Fachärzten stehen in einem engen Zusammenhang mit dem pro-Kopf-Nettofinanzbedarf in den Kantonen. Eine hohe Versorgungsdichte im ambulanten Bereich geht damit nicht nur mit einer entsprechend hohen Nachfrage im stationären Sektor einher, sondern auch mit einem kostenintensiven Leistungsausbau der öffentlichen Spitalinfrastrukturen.

Insgesamt zeigt sich damit, dass der Ausbau- und Spezialisierungsgrad des ambulanten und stationären medizinischen Leistungsangebotes eine der zentralen Größen für die Höhe der kantonalen Gesundheitsausgaben bildet. Als bedeutsame kantonale Kostenfaktoren erweisen sich die Universitätskliniken. So finden sich in der Gruppe der Kantone mit den höchsten Gesundheitsausgaben drei der fünf Kantone (Basel-Stadt, Genf, Waadt) mit Universitätsspitalern und einem entsprechend hochspezialisierten Spitalangebot, während die kleinen und kostengünstigen Kantone der Innerschweiz lediglich ein einziges Akutspital betreiben.

Ein hohes Ausgabenniveau findet sich im Weiteren in Kantonen mit einem überdurchschnittlichen Spitexangebot. Dieser Befund impliziert zwar eine kostentreibende Wirkung, doch muss vorerst offen bleiben, ob die öffentlich subventionierte Spitexpflege dazu beiträgt, andere Bereiche zu entlasten und so die Kostenentwicklung zu bremsen, oder ob sie eher in Ergänzung zu anderen Leistungsangeboten erbracht wird. Für andere Faktoren lässt sich hingegen in einer statistischen Betrachtung keine oder nur eine vergleichsweise geringe kostentreibende Wirkung nachweisen. Dies gilt z.B. für die Bettendichten in den

anderen Versorgungsbereichen wie Pflegeheimen und Psychiatrie, den Anteil des ambulanten Sektors und die Akut-Pflegebett-Ratio. Auch die durchschnittliche Spitalgrösse übt ohne Berücksichtigung der beiden Stadtkantone keinen signifikanten Einfluss auf die Ausgabenhöhe aus.

### c) Allgemeine Staatstätigkeit

Im unmittelbaren Einflussbereich der öffentlichen Hand erweisen sich vor allem zwei Faktoren als bedeutsam. So zeigt sich, dass die öffentlichen Gesundheitsausgaben stark mit dem Finanzierungsgrad im stationären Bereich in Zusammenhang stehen. Je höher der staatliche Finanzierungsanteil ist, desto höher fällt auch der pro-Kopf-Nettofinanzbedarf der öffentlichen Hand aus. Dieser Faktor liefert insbesondere eine weitere Erklärung für die überaus hohen Gesundheitskosten von Basel-Stadt und Genf. In den beiden Stadtkantonen findet sich nicht nur das höchste Niveau der öffentlichen Ausgaben, sondern auch der höchste Finanzierungsgrad bei den stationären Kosten.

Schliesslich bestätigt sich der signifikante Einfluss einer generell stärkeren Staatsinterventionspolitik auf die öffentlichen Ausgaben im Gesundheitswesen. Kantone, die sich traditionell durch stark staatszentrierte und wenig marktorientierte Problemlösungsroutinen auszeichnen, weichen auch in der Gesundheitspolitik nicht von diesem Handlungsmuster ab.

Für die *Veränderung* der kantonalen Gesundheitsausgaben von 1994 bis 1999 leisten vor allem zwei Faktoren einen eigenständigen Erklärungsbeitrag. Es handelt sich dabei um den Anteil Spezialkliniken und die durchschnittliche Veränderung der Arbeitslosigkeit. Daraus kann geschlossen werden, dass das Wachstum der Gesundheitsausgaben von Kantonen und Gemeinden einerseits nachfrage- und konjunkturabhängig ist, andererseits auch vom Ausbau- und Spezialisierungsgrad des stationären Leistungsangebots beeinflusst wird. Der Nettofinanzbedarf der öffentlichen Hand steigt tendenziell in denjenigen Kantonen, in denen die Arbeitslosigkeit zunimmt und deren Spitallandschaft nur einen geringen Anteil an Spezialkliniken aufweist. Der signifikant negative Zusammenhang zwischen dem Anteil an Spezialkliniken am kantonalen Spitalangebot und dem Ausgabenwachstum lässt sich dabei vor allem mit der zunehmenden Privatisierung im Spitalwesen begründen. Durch Veränderungen in der Trägerschaft von Spezialkliniken, d.h. Privatisierungen, oder eine Verlagerung der Leistungserbringung von Allgemein- zu Spezialspitälern wird die öffentliche Hand finanziell entlastet, die Krankenversicherung dagegen zusätzlich belastet.

Weiter lässt sich beobachten, dass in Kantonen mit einem hohen Versorgungsgrad die öffentlichen Gesundheitsausgaben weniger stark ansteigen, als in den Kantonen, deren Versorgungsangebot weniger gut ausgebaut ist. Zusammen mit den negativen Zusammenhängen zwischen Kostenniveau und Kostenentwicklung kommt darin die bereits festgestellte Nivellierungstendenz zum Ausdruck: Kantone, die über ein gut ausgebautes und dichtes medizinisches Leistungsangebot verfügen, weisen ein geringeres Ausgabenwachstum auf.

Als von eher geringer Bedeutung erweisen sich die politisch-institutionellen Einflussmöglichkeiten. Einzig die schwache, aber stabile negative Beziehung zwischen der Nutzung des Finanzreferendums und dem Ausgabenwachstum deutet auf eine disziplinierende Wirkung dieses Instruments hin, während eine zunehmende Staatsquote einen leicht kostentreibenden Einfluss ausübt.

### 5.3 Schubkräfte und Barrieren der Krankenversicherungskosten

Entsprechend dem Vorgehen zur Ermittlung der zentralen Schubkräfte und Barrieren der öffentlichen Gesundheitsausgaben können diese auch für den Bereich der Krankenversicherung bestimmt werden. Der resultierende Index beruht wiederum auf denjenigen Indikatoren, die sich in der statistischen Analyse als wichtigste Einflussfaktoren auf die Versicherungskosten herausgestellt haben.<sup>38</sup> Die meisten Schubkräfte finden sich im Kanton Waadt, während in den beiden Zentralschweizer Kantonen Uri und Luzern nur eine, in den beiden Halbkantonen Ob- und Nidwalden keine einzige kostentreibende Kraft wirksam ist (Tabelle 24).

#### a) Nachfrageseite

Vier Faktoren bestimmen zu einem hohen Mass die Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen des Gesundheitswesens und damit auch die Kosten der Krankenversicherung: ein hoher Seniorenanteil, starke Urbanisierung, hohe Arbeitslosigkeit und schwache soziale Netzwerke. Somit ist eine starke Parallele zu den Ausgaben der öffentlichen Hand festzustellen, welche weitgehend denselben Einflussfaktoren unterliegen. Die letzten beiden Indikatoren unterscheiden sich zudem auch markant zwischen den Sprachregionen und vermögen einen wesentlichen Anteil der Kostendifferenzen zwischen diesen zu erklären. So ist in der Deutschschweiz nicht nur die Arbeitslosigkeit generell tiefer und die soziale Integration, gemessen an der Dichte zwischenmenschlicher Beziehungsnetze, höher (vgl. Freitag 2000), sondern auch die Kosten in der Krankenversicherung sind generell tiefer als in den lateinischsprachigen Landesgegenden.

Die Problematik der Urbanisierung und der damit verknüpften Zentrumslasten schlägt sich auch äusserst stark auf die Kosten der Krankenversicherung nieder. Städtisch geprägte Kantone weisen zudem auch eine markant höhere Arbeitslosigkeit, schwächere soziale Netzwerke und einen höheren Seniorenanteil auf als ländliche Regionen, was zu vermehrter Nachfrage nach Dienstleistungen des Gesundheitswesens und zu entsprechend höheren Kosten führt.

---

<sup>38</sup> Bei den hier aufgeführten Indikatoren handelt es sich ausschliesslich um diejenigen Grössen, die einen signifikanten (bzw. hoch signifikanten) Erklärungsbeitrag in den multivariaten (bzw. bivariaten) Modellen geliefert haben.

Tabelle 24: Schubkräfte und Barrieren der Kosten der Krankenversicherung in den Kantonen

	Nachfrage				Angebot		Staat und Politik		Index
	Hohe Altersquote	Hohe Urbanität	Hohe Arbeitslosigkeit	Schwache soziale Netze	Hohe Ärztedichte	Wenig Selbst-dispensation	Wenig direkte Demokratie	Starke Linksparteien	
GE	-	X	X	X	X	X	X	X	8
BS	X	X	X	X	X	X	-	X	8
VD	X	X	X	X	X	X	X	X	9
TI	X	X	X	X	X	X	X	-	8
NE	X	X	X	X	X	X	X	X	9
JU	X	-	X	X	-	X	X	-	6
ZH	X	X	X	-	X	X	X	X	7
GR	-	-	-	-	X	X	-	-	2
UR	X	-	-	-	-	-	-	-	1
OW	-	-	-	-	-	-	-	-	0
LU	-	X	-	-	-	-	-	-	1
AR	X	-	-	-	-	-	-	X	2
NW	-	-	-	-	-	-	-	-	0
AI	X	-	-	X	-	-	-	-	2

Anmerkungen: X steht für Schubkraft, - steht für Barriere. Ausschlaggebend für die Klassifizierung einer Variable als Schub- oder Bremskraft der Kosten der Krankenversicherung in den einzelnen Kantonen ist der Variablenwert des jeweiligen Kantons im Verhältnis zum arithmetischen Mittel (vgl. hierzu Freitag 1996). Die Reihenfolge der Kantone entspricht der absteigenden Höhe der durchschnittlichen Bruttokosten pro Versicherungsmonat 1994-1999. Eine Übersicht über alle Kantone findet sich im Anhang (Tabelle E2).

## b) Anbieterseite

Zentrale Kostenfaktoren in der Krankenversicherung sind auf der Versorgungsseite die Ärztedichte, die Regelung der Medikamentenabgabe und – etwas weniger ausgeprägt – das Verhältnis der Anzahl Akut- zu den Langzeitpflegebetten. Wie bei der Betrachtung der öffentlichen Gesundheitsausgaben bestätigt sich auch seitens der Versicherungskosten der kostentreibende Einfluss eines umfassenden Angebots im ambulanten Bereich. Eine im Vergleich zur Bevölkerungsgrösse hohe Anzahl praktizierender Allgemein- und Fachärzte führt zu vermehrter Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und zu direkten Kosten in der Krankenversicherung. Die Ärztedichte hängt überaus stark mit dem Urbanitätsgrad zusammen, was einerseits darauf zurückzuführen ist, dass in Städten eine erhöhte Nachfrage nach ärztlichen Leistungen besteht, andererseits auch darauf, dass Ärzte in Städten

eher die leistungsfähige stationäre Infrastruktur vorfinden, die ihr ambulantes Versorgungsangebot ergänzt und die Ausweitung ihrer Dienstleistungen ermöglicht.

Die Medikamentenabgabe wird in der Schweiz kantonale geregelt und erfolgt entweder direkt über die Ärzte (Selbstdispensation), über die Apotheken (Rezeptur), oder über beide Kanäle gemischt. Von diesen Systemen erweist sich die Selbstdispensation als das kostengünstigste, da die Ärzte im Gegensatz zu den Apotheken unter der Kontrolle der Krankenkversicherer stehen, was die Missbrauchsgefahr verringert, und zudem häufiger kostengünstigere Generika statt teurere Originalpräparate abgeben (vgl. Gröflin und Züllig 1995). Da immerhin 20% der Versicherungskosten auf Medikamente entfallen, erweisen sich die strengere Kontrolle und das ärztliche Kostenbewusstsein bei der Medikamentenabgabe als wichtiger kostensenkender Faktor in der Krankenversicherung.

Dass regional-strukturelle Eigenheiten sich auf die Kosten der Krankenversicherung auswirken, kann am Beispiel der Medikamentenabgabe gezeigt werden. Es sind vor allem die kleineren, wenig urbanisierten Kantone der Deutschschweiz, welche die Selbstdispensation erlauben. Ein Grund dafür dürfte in den dezentralen, bevölkerungsnahen Versorgungsstrukturen in ländlichen Gebieten und Randregionen liegen, welche tiefe Apothekendichten aufweisen (vgl. Tabelle D17 im Anhang). Während Hausärzte in direktem Kontakt mit ihren Patienten stehen und die Medikamentenabgabe mit der Konsultation verbinden können, ist der Gang in die möglicherweise weit entfernte Apotheke für viele Patienten mit Zusatzaufwand und Anonymität verbunden. Unter den Aspekten Versorgungssicherheit und Konsumentenfreundlichkeit ist es für diese Kantone naheliegend, die Selbstdispensation zuzulassen. In Städten dagegen ist die Apothekendichte deutlich höher (vgl. Tabelle 15), sind die Strukturen der Gesundheitsversorgung weiter ausdifferenziert und die Konsum- und Dienstleistungskultur stärker ausgeprägt, was die Notwendigkeit der Selbstdispensation verringert.

Als Konsequenz der Regelung der Medikamentenabgabe erweist sich auch die Apothekendichte als wichtiger Kostenfaktor. So stehen die Kosten der Krankenversicherung in direktem Zusammenhang mit einem dichten Angebot an Apotheken. Unter der Annahme, dass dieser Indikator Rückschlüsse auf den Medikamentenkonsum in einem Kanton zulässt, d.h. dass in Kantonen mit hoher Apothekendichte auch mehr Medikamente verkauft werden, findet sich im unterschiedlichen Medikamentenverbrauch eine wichtige Ursache für die Kostendifferenzen zwischen den Kantonen.

Die Strukturen der Langzeitpflege üben im Bereich der Krankenversicherung einen starken kostenwirksamen Einfluss aus, zumal seit der Einführung des KVG neu auch Pflegeleistungen im Leistungskatalog figurieren. Die Versorgung von älteren, pflegebedürftigen Menschen erfolgt weitgehend über Angebote der Hauskrankenpflege (Spitex) oder in sozialmedizinischen Institutionen wie Alters- und Pflegeheimen, welche allerdings stark ausgelastet sind und die momentane Nachfrage nicht zu decken vermögen. Aus diesem Grund werden pflegebedürftige ältere Menschen häufig nach wie vor in den weitaus teureren Akutspitälern untergebracht, obwohl dazu keine medizinische Notwendigkeit besteht. Dies erhöht zwar den Auslastungsgrad der Spitäler, bindet aber unnötige Versorgungskapazitäten (Infrastruktur, Pflegeleistungen) und verursacht die entsprechend höheren Kosten.

### c) Allgemeine Staatstätigkeit

Von den verschiedenen politischen Merkmalen stehen zwei in einem engeren Zusammenhang mit den Kosten der Krankenversicherung. Während gut ausgebaute direktdemokratische Institutionen als Kostenbremse bezeichnet werden können, geht von politischen Kräften links der Mitte eine gewisse Schubkraft aus. Allerdings stehen diese Befunde in engem Kontext mit den räumlichen (Stadt-Land) und soziokulturellen (deutscher-lateinischer Sprachraum) Unterschieden der Kantone. So ist die Tradition direkter Demokratie in der Deutschschweiz weitaus stärker verankert als in den lateinischen Kantonen. In letzteren sind die Mitsprachemöglichkeiten der Bevölkerung weniger ausgeprägt, was auf ein eher repräsentativ ausgerichtetes Politikverständnis zurückzuführen ist (Vatter 2002: 350). In Zusammenhang mit den in der Westschweiz ebenfalls weniger stark entwickelten sozialen Beziehungsnetzen und dem Umstand, dass sich entlang der Sprachgrenzen auch divergierende Auffassungen von Sozialpolitik finden (Freitag 2000: 190f.), kann eine kulturelle Komponente lokalisiert werden, die sich in unterschiedlich ausgeprägten Anspruchshaltungen gegenüber den Dienstleistungen des Gesundheitswesens äussert und sich auf die Kosten der Krankenversicherung niederschlägt.

## 5.4 Schlussfolgerungen

Die wichtigsten Ergebnisse der vergleichenden Untersuchung zu den kantonalen Kostendifferenzen im öffentlichen Gesundheitswesen und in der Krankenversicherung lassen sich mit den folgenden drei Punkten zusammenfassen:

- Die kantonalen Unterschiede in den Gesundheitskosten zeichnen sich in beiden untersuchten Bereichen durch ein ähnliches Muster aus: Die höchsten Kosten finden sich in den Stadtkantonen, die niedrigsten Belastungen in den mittleren und kleinen Kantonen der Deutschschweiz.
- Seit Mitte der neunziger Jahre ist ein Nivellierungseffekt bei der Kostenentwicklung zu beobachten: niedriges Wachstum in den Kantonen mit hohem Belastungsniveau, überdurchschnittliche Kostenzunahme in den bisher kostengünstigen Kantonen.
- Kostentreibende Faktoren für die Erklärung der kantonalen Differenzen finden sich sowohl auf der Anbieter- als auch auf der Nachfrageseite: Ein stark spezialisiertes und dichtes Leistungsangebot im ambulanten und stationären Bereich kombiniert mit einem hohen Anteil betagter Menschen, überdurchschnittlicher Arbeitslosigkeit und schwach ausgebildeten sozialen Netzwerken bilden auf der Basis der kantonalen Daten die zentralen Grössen für hohe Gesundheitskosten.

Aus den vorliegenden Untersuchungsergebnissen lassen sich folgende Schlussfolgerungen ziehen:

*- Verbesserung bei der Verfügbarkeit, Vergleichbarkeit und Kohärenz kantonaler Daten*

Eines der grössten Defizite im schweizerischen Gesundheitswesen liegt in der mangelnden Datentransparenz. Insbesondere die ungenügende Übersicht über die vorhandenen Informationen auf kantonaler Ebene und die Vielfalt an Abrechnungs- und Tarifierungsmethoden verunmöglicht direkte Vergleiche, was die Entstehung höherer Kosten begünstigt. Eine zentrale Voraussetzung für die Durchführung kostendämpfender Massnahmen ist deshalb die Zusammenführung kohärenter statistischer Daten im Gesundheitswesen. Die vorliegende Vergleichsstudie zu den Kostenunterschieden zwischen den Kantonen hat dabei deutlich zum Ausdruck gebracht, dass nach wie vor beträchtliche Defizite und Lücken in der Verfügbarkeit und Verlässlichkeit statistischer Grunddaten über die Strukturen der kantonalen Gesundheitswesen und der darin ablaufenden Prozesse bestehen. Während im stationären Bereich (Spitäler, Heime) gewisse Basisdaten verfügbar sind, bestehen seitens der ambulanten Versorgung beträchtliche Datenlücken, die einen Kantonsvergleich auf der Ebene der Leistungserbringung erheblich erschweren. Darüber hinaus fehlen auch wichtige, statistisch vergleichbare Informationen zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung in den Kantonen (Gesundheitsindikatoren), zum Preis-Leistungsverhältnis der Anbieter, zur Qualität der erbrachten Leistungen (Qualitätsindikatoren) und zu den kantonalen Finanzierungs- und Patientenströmen (BFS 1999: 28, Rothenbühler 1999: 26). Der Gewinn weiterführender Erkenntnisse über die tiefer liegenden Ursachen der kantonalen Kostenunterschiede im Gesundheitswesen setzt deshalb von allen an der Datenaufbereitung beteiligten Stellen voraus, dass die Anstrengungen bei der Datenerhebung, -verfügbarkeit und -koordination verstärkt werden. In diesem Zusammenhang sind insbesondere die im Rahmen des Projekts "Nationale Gesundheitspolitik" gemeinsamen Bestrebungen von Bund und Kantonen zur Schaffung eines statistischen Gesundheitsobservatoriums zu verstärken.

*- Nivellierung der kantonalen Kostendifferenzen als Folge eines Aufholprozesses oder aufgrund vernachlässigter Kostendisziplin?*

Der festgestellte Nivellierungseffekt zwischen den Kantonen auf der Kostenseite hat im stationären Bereich der Gesundheitsversorgung in einzelnen Kantonen zu spürbaren finanziellen Einsparungen geführt. So konnten die beiden Stadtkantone Basel-Stadt und Genf mit dem höchsten Kostenniveau ihre Ausgaben im Gesundheitsbereich in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre senken. Umgekehrt lässt sich insbesondere in den kleinen und mittelgrossen Kantonen der Deutschschweiz mit einem bisher vergleichsweise niedrigem Kostenniveau ein überdurchschnittliches Ausgabenwachstum feststellen. Dabei bleibt offen, ob die beobachtete Annäherung der kantonalen Kostendifferenzen zur Hauptsache auf einen Aufholeffekt (sog. 'catch up-Effekt') durch die bisher kostengünstigen Kantone, auf einen im Vergleich zu den urbanen Regionen geringeren politischen und finanziellen Druck, einen gewissen Nachholbedarf im Investitionsbereich oder auf eine gesamtschweizerische Homogenisierung des Leistungsangebots zurückgeführt werden kann. Unbestritten ist allerdings, dass sich eine optimale und gleichzeitig kostengünstige Gesundheitsversorgung der Bevölkerung kaum durch eine fortlaufende Spezialisierung und Ausweitung des Leistungsangebots in den kleinen (und bisher kostengünstigen) Kantonen erreichen



lässt. Vielmehr ist hierzu eine verstärkte Koordination von Ressourcen und Patientenströmen zwischen den Kantonen erforderlich (vgl. nächster Punkt).

*- Stärkung der regionalen Angebotsplanung und der überkantonalen Koordination der Versorgungsleistungen*

Das nach wie vor an Kantonsgrenzen gebundene Handeln zahlreicher Akteure steht den heutigen Anforderungen einer effizienten Gesundheitsversorgung entgegen. Gerade die im Verlaufe der neunziger Jahre festgestellte überproportionale Kostenzunahme in den bevölkerungsmässig kleinen bis mittleren Kantonen weist in diesem Zusammenhang auf die noch zu wenig ausgeschöpften Möglichkeiten der interkantonalen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen hin. Während vor allem die Kantone der Romandie sowie der Zentralschweiz ihre interkantonalen Kooperationsbemühungen in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre verstärkt haben, werden in anderen Kantonen die Angebotsplanungen nicht oder nur punktuell mit den kantonalen Nachbarn abgestimmt (Rothenbühler 1999: 16). Es ist davon auszugehen, dass das Sparpotential einer überkantonalen und kohärenten Koordination mit den Zielen einer optimalen Ressourcennutzung und eines Abbaus von Überkapazitäten noch nicht von allen Kantonen ausgeschöpft wird.

*- Kostenwahrheit und gesamtschweizerische Koordination beim Angebot Spitzenmedizinischer Leistungen*

Die trotz Sparbemühungen äusserst hohen Belastungen der beiden Stadtkantone Basel-Stadt und Genf im Gesundheitsbereich sind vor allem Ausdruck zahlreicher kostenwirksamer Faktoren auf der Angebots- und Nachfrageseite, wie sie in urbanen Räumen gehäuft auftreten. Die besondere Situation der Stadtkantone im Gesundheitswesen lässt sich allerdings nicht nur auf spezifische kostentreibende Rahmenbedingungen und auf ein hoch spezialisiertes, dichtes und damit kostenintensives Leistungsangebot im ambulanten und stationären Bereich zurückführen. So hat neben diesen beiden bedeutsamen Kostenelementen auch die stark föderale und kleinräumige Organisation des schweizerischen Gesundheitswesens zu den hohen finanziellen Zusatzbelastungen der Stadtkantone beigetragen. Insbesondere die aufwändige Infrastruktur Spitzenmedizinischer Leistungsangebote mit einer hohen Anziehungskraft für die angrenzenden Kantone, die sich aber nur beschränkt an den damit verbundenen Kostenfolgen beteiligen (BFS 1999: 29), ist eine weitere Ursache der beträchtlichen Kostendifferenzen zwischen den urbanen und den übrigen Kantonen. Auch die in den Universitätsspitalern anfallenden Kosten für Ausbildung und Forschung können nur beschränkt auf andere Kantone übertragen werden. Gleichzeitig machen sich aber im Bereich des Spitzenmedizinischen Spitalangebots auch Überkapazitäten und eine fehlende Koordination mit anderen Standortkantonen von Universitätskliniken bemerkbar. Eine weitere Annäherung der kantonalen Kostendifferenzen und spezifische Einsparungen im Bereich der Spitzenmedizin erfordern deshalb sowohl die verstärkte Übernahme und Vergütung der durch die angrenzenden Kantone verursachten Vollkosten als auch eine umfassende Koordination und Konzentration der Spitzenmedizinischen Angebote.

*- Kostensenkende Massnahmen auf der Seite der Leistungserbringer*

Sowohl zur Erklärung der kantonalen Kostendifferenzen bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben als auch bei den Krankenversicherungskosten hat sich die Ärztedichte (Allgemeinärzte und insbesondere Fachärzte) als einer der kostentreibendsten Faktoren überhaupt erwiesen. Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen damit die nationalen und internationalen Befunde, dass mit steigender Versorgungsdichte im ambulanten Bereich die Nachfrage nach medizinischen Leistungen mit entsprechenden Kostenfolgen hoch signifikant zunimmt (BFS 1999, Schmidt 1999). Nach wie vor sind im schweizerischen Gesundheitswesen die Anreizsysteme zur kostengünstigen medizinischen Leistungserbringung für die Ärzteschaft zu gering. Sowohl wettbewerbsorientierte Massnahmen wie die Aufhebung des Vertragszwangs zwischen Versicherern und Leistungserbringern sowie die verstärkte Entkartellisierung der Tarifverhandlungen zwischen Ärztesellschaften und Krankenkassenverbänden als auch direkte Eingriffe in die Angebotssteuerung im ambulanten Bereich sind deshalb als besonders wirksame Instrumente zur langfristigen Kostensenkung zu betrachten.

*- Disziplinierende Wirkung direktdemokratischer Mitsprache durch die Bevölkerung*

Kantone, die sich generell durch staatszentrierte Problemlösungsroutinen charakterisieren lassen, folgen auch in der Gesundheitspolitik eher einem expansiven Handlungsmuster und zeichnen sich durch allgemein höhere Gesundheitsausgaben und einen grösseren öffentlichen Finanzierungsanteil am stationären Sektor aus. Der Rückzug staatlicher Leistungserbringer aus dem Gesundheitswesen führt aber nicht automatisch zu einer Senkung der Gesamtkosten im Gesundheitswesen, sondern in vielen Fällen zu einer Kostenverlagerung auf Private (vgl. nächster Punkt). Umgekehrt haben sich bei den politischen Parametern die Institutionen der direktdemokratischen Mitsprache als erfolgreich zur Dämpfung hoher Gesundheitskosten erwiesen. In Übereinstimmung mit anderen kantonal-vergleichenden Untersuchungen (Freitag und Vatter 2000, Schaltegger 2001) zeigt sich, dass die Stimmberechtigten vor allem in den letzten Jahren aufgrund ihrer doppelten Finanzierrolle als Steuer- und Prämienzahler in vielen Fällen kostenbewusster entscheiden als die Politiker und die Verwaltung. Dieses Ergebnis weist damit auf das noch zu wenig ausgeschöpfte Kostendämpfungspotential einer ausgebauten direktdemokratischen Mitsprache bei wichtigen gesundheitspolitischen Entscheidungen in den Kantonen hin. Darüber hinaus haben demokratisch legitimierte Entscheide den Vorteil, dass die Auseinandersetzungen zwischen Akteuren zu einem frühen Zeitpunkt stattfinden und nicht erst in der Phase der Implementierung, wodurch die Gefahr von Vollzugsdefiziten gesenkt wird.

*- Gezielte Stärkung kostendämpfender statt -abwälzender Massnahmen*

Das vergleichsweise niedrige Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben bei gleichzeitig starker Zunahme der Krankenkassenkosten, der signifikante Einfluss des Anteils von privaten Kliniken und der in zahlreichen Kantonen unter 50% liegende Anteil der öffentlichen Hand an der Finanzierung des stationären Bereichs machen auf die steigende Bedeutung von kostenabwälzenden (statt -dämpfenden) Wirkungen politischer Massnahmen

aufmerksam. Schon seit längerer Zeit lässt sich ein Umverteilungstrend in der Finanzierung des Gesundheitswesens beobachten. Während sich der Staat zunehmend aus der Rolle des Direktfinanzierers zurückzieht, steigt die Übernahme von Leistungen durch die Krankenversicherungen und die Haushalte stetig an (BFS 2000a: 9). Durch die verstärkte Privatisierung von Spitalbetrieben, die generelle Kürzung staatlicher Subventionen im Spitalsektor und die zunehmende Inanspruchnahme privater Spitäler gegenüber öffentlich subventionierten Leistungsanbietern findet eine zusätzliche Entlastung der öffentlichen Hand statt. Die vorliegenden Ergebnisse lassen vermuten, dass die verstärkten Deregulierungs- und Privatisierungstendenzen im Gesundheitswesen vor allem zu einer Verlagerung der Kosten von den Kantonen und Gemeinden zu den Krankenversicherungen und privaten Haushalten geführt haben, hingegen weniger zu einer generellen Kostendämpfung im Gesundheitswesen.

#### *- Weiterhin strukturelle Wachstumsdynamik bei den Gesundheitsausgaben*

Auf der Nachfrageseite haben sich vor allem eine hohe Seniorenquote, ein hoher Anteil von Arbeitslosen und schwache soziale Netzwerke als bedeutsame Kostenfaktoren herausgestellt. Damit wird deutlich, dass sowohl strukturelle als auch konjunkturelle Komponenten den Finanzierungsbedarf für das Gesundheitswesen in vielfältiger Weise beeinflussen. Die in den nächsten Jahrzehnten stark zunehmende Alterung der Bevölkerung, der rasante technische Fortschritt in der Medizin und der fortlaufende Trend zu Einzelhaushalten lassen erwarten, dass den Gesundheitsausgaben weiterhin eine starke Wachstumsdynamik eigen ist (Gilliand 2001: 96) und insbesondere eine steigende Nachfrage an ausgebauten Versorgungsstrukturen (Alters- und Pflegeheime, Spitex) zu erwarten ist. Gleichzeitig ist jedoch schon heute eine äusserst hohe Auslastung eben dieser Leistungsangebote feststellbar. Die vorliegenden Ergebnisse deuten darauf hin, dass in vielen Kantonen die zur Verfügung stehenden Kapazitäten der Langzeit- und Heimpflege nicht ausreichen, die Akutspitäler von dieser Versorgungsaufgabe zu entlasten. Die entsprechenden Kostenfolgen spiegeln sich in den vorliegenden Forschungsergebnissen wieder. Zur Optimierung der gesamten Gesundheitsversorgung scheint es deshalb notwendig, die fehlenden bzw. überschüssigen Kapazitäten im stationären und ambulanten Bereich verstärkt aufeinander abzustimmen und gemeinsam in die kantonalen Versorgungsplanungen einzubeziehen, da sich diese stark gegenseitig beeinflussen.

Aus den Ergebnissen kann aber auch geschlossen werden, dass ein langfristig kostengünstiges Gesundheitswesen auf den Fundamenten einer erfolgreichen Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik beruht. Hohe Arbeitsplatzsicherheit und ein starkes soziales Gefüge bilden deshalb wichtige wirtschaftliche und gesellschaftliche Eckpfeiler eines Gesundheitswesens, das sich durch eine geringe Inanspruchnahme medizinischer Leistungen auszeichnet.



---

## LITERATUR

- ANNÉE POLITIQUE SUISSE (APS; diverse Jahrgänge): *Schweizerische Politik*. Bern: Institut für Politikwissenschaft.
- BACKHAUS, Klaus et al. (2000): *Multivariate Analysemethoden*. Berlin et al.: Springer, 9. Auflage.
- BASSAND, Michel (1988): *Les enjeux de l'urbanisation*. Bern/Frankfurt a. M./Paris: Lang.
- BERTOGG, Jürg und Luca STÄGER (1998): "Bund und Kantone", in Michael EGLI (Hrsg.): *Lehrgang Gesundheitswesen Schweiz*. Hünenberg: Trend Care; Kapitel 2.2.
- BIERSACK, Ortrud (2000): *Evaluation Spitalplanung und Spitalisten nach Art. 39 KVG - Die Planungsmethoden der Kantone. Bericht zuhanden des Zentralsekretariats der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz*. Bern: SDK.
- BUNDESAMT FÜR SOZIALVERSICHERUNG (2000a): *Statistik über die Krankenversicherung 1999*. Bern: BSV.
- BUNDESAMT FÜR SOZIALVERSICHERUNG (2000b): *Spitex-Statistik 1998*. Bern: BSV.
- BUNDESAMT FÜR STATISTIK (diverse Jahrgänge): *Statistisches Jahrbuch der Schweiz*. Zürich: NZZ Verlag.
- BUNDESAMT FÜR STATISTIK (1993): *Kosten des Gesundheitswesens 1985-1990. Konzept und Ergebnisse*. Bern: BFS.
- BUNDESAMT FÜR STATISTIK (1999): *Kosten des Gesundheitswesens. Detaillierte Ergebnisse 1997 und Entwicklung seit 1960*. Neuchâtel: BFS.
- BUNDESAMT FÜR STATISTIK (2000a): *Kosten des Gesundheitswesens. Detaillierte Ergebnisse 1998 und Entwicklung seit 1960*. Neuchâtel: BFS.
- BUNDESAMT FÜR STATISTIK (2000b): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997*. Neuchâtel: BFS.
- BUNDESAMT FÜR STATISTIK (2000c): "Schweizer Spitäler behandelten 1998 über 1,25 Millionen Patienten". Pressemitteilung Nr. 21/00
- BUNDESAMT FÜR STATISTIK (2001): "Kosten des Gesundheitswesens". Pressemitteilung Nr. 350-0106-40
- BUNDESRAT (1991): *Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 4. November 1991 (91.071)*.
- BUNDESRAT (2000): *Botschaft betreffend die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. September 2000 (00.538)*.
- COPLAN (2001): *Kostendifferenzen zwischen den Kantonen. Sozialwissenschaftliche Analyse kantonaler Politiken*. Forschungsbericht 15/01. Bern: BSV.
- DOMENIGHETTI, Gianfranco et al. (1996): *Consommation chirurgicale en Suisse et comparaison avec la France*. Lausanne: Réalités sociales.

- EIDGENÖSSISCHE FINANZVERWALTUNG (2000): *Öffentliche Finanzen der Schweiz 1998*. Bern: EFV.
- EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS (2000): *Health Care Systems in Transition: Switzerland*. Kopenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- FREI, Andreas (1998a): "Struktur und Aufbau", in Michael EGLI (Hrsg.): *Lehrgang Gesundheitswesen Schweiz*. Hünenberg: Trend Care; Kapitel 1.3.
- FREI, Andreas (1998b): "Kennzahlen, Kosten und Finanzierung", Michael EGLI (Hrsg.): *Lehrgang Gesundheitswesen Schweiz*. Hünenberg: Trend Care; Kapitel 1.4.
- FREITAG, Markus (1996): "Wahlbeteiligung in westlichen Demokratien. Eine Analyse zur Erklärung von Niveauunterschieden", *Schweizerische Zeitschrift für Politikwissenschaft* 2(4): 101-134.
- FREITAG, Markus (2000): "Soziales Kapital und Arbeitslosigkeit", *Zeitschrift für Soziologie* 29(3): 186-201.
- FREITAG, Markus und Adrian VATTER (2000): "Direkte Demokratie, Konkordanz und Wirtschaftsleistung: Ein Vergleich der Schweizer Kantone", *Schweizerische Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik* 136(4): 579-606.
- GERMANN, Raimund E. und Katja WEIS (1995): *Die Kantonsverwaltungen im Vergleich*. Bern, Stuttgart und Wien: Haupt.
- GILLIAND, Pierre (2001): "Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens", in: Gerhard KOCHER und Willy OGGIER (Hrsg.): *Gesundheitswesen Schweiz 2001/2002*. Solothurn: Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer: 90-96.
- GREPPI, Spartaco, Raymond ROSSEL und Wolfram STRÜWE (1998): *Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens. Bericht im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG*. Forschungsbericht Nr. 15/98. Bern: BSV.
- GREPPI, Spartaco, Heiner RITZMANN, Raymond ROSSEL und Nicolas SIFFERT (2000): *Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und anderer Systeme der sozialen Sicherheit*. Forschungsbericht Nr. 5/00. Bern: BSV.
- GRÖFLIN, René und ZÜLLIG, Christoph (1995): "SWISSCARE unterstützt die günstige Medikamentenabgabe durch Ärzte", *Schweizerische Ärztezeitung* 76/41: 1652-1654.
- H+ DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ (1997): *Administrative Gesamtstatistik der Schweizer Spitäler 1996*. Aarau: H+ Verlag
- INFRAS (2000): *Auswirkungen des KVG im Tarifbereich*. Forschungsbericht Nr. 7/00. Bern: BSV.
- LADNER, Andreas und Reto STEINER (1998): *Gemeindereformen in den Schweizer Kantonen. Konzeptionelle Grundlagen und empirische Ergebnisse einer Kantonsbefragung*. Arbeitsbericht Nr. 28, Bern: Institut für Organisation und Personal.

- LINDER, Wolf (1999): *Schweizerische Demokratie. Institutionen – Prozesse – Perspektiven*. Bern/Stuttgart/Wien: Haupt.
- NUSPLIGER, Kurt (2000): "Die Kantonsregierungen – Strukturen, Prozesse, Reformen", in Peter KNOEPFEL und Wolf LINDER (Hrsg.): *Verwaltung, Regierung und Verfassung im Wandel. Gedächtnisschrift für Raimund E. Germann*. Basel/Genf/München: Helbing & Lichtenhahn: 79-97.
- OGGIER, Willy (1999): *Spitalfinanzierungsmodelle für die Schweiz. Trends und Empfehlungen aus der Sicht der Gesundheitsökonomie*. Bern/Stuttgart/Wien: Haupt.
- OLSON, Mancur (1991): *Aufstieg und Niedergang von Nationen. Ökonomisches Wachstum, Stagflation und Starrheit*. Tübingen: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck), 2. Auflage.
- POMMEREHNE, Werner (1990): "The Empirical Relevance of Comparative Institutional Analysis", *European Economic Review* 34(2/3): 458-469.
- ROTHENBÜHLER, Martin (1999): *Evaluation der Spitalplanung und der Spitallisten nach Artikel 39 KVG. Bericht zuhanden des Zentralsekretariats der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz*. Bern: SDK.
- SCHALTEGGER, Christoph A. (2001): "Ist der Schweizer Föderalismus zu kleinräumig?", *Schweizerische Zeitschrift für Politikwissenschaft* 7(1): 1-18.
- SCHENKER, Luc (1997): "Coûts moyens de l'assurance-maladie obligatoire en 1996 par genre de prestations, par assuré et par canton". Lausanne: Hospices cantonaux vaudois.
- SCHMIDT, Manfred G. (1993): "Theorien in der international vergleichenden Staatstätigkeitsforschung", in Adrienne HÉRITIER (Hrsg.): *Policy-Analyse. Kritik und Neuorientierung*. Opladen: Westdeutscher Verlag: 371-393.
- SCHMIDT, Manfred G. (1999): "Warum die Gesundheitsausgaben wachsen. Befunde des Vergleichs demokratisch verfasster Länder", *Politische Vierteljahresschrift* 40/2: 229-245.
- SPROULE-JONES, Mark (1993): *Governments at Work: Canadian Parliamentary Federalism and Its Public Policy Effects*. Toronto: University of Toronto Press.
- STUTZER, Alois und Bruno S. FREY (2000): "Stärkere Volksrechte – Zufriedenere Bürger: eine mikroökonomische Untersuchung für die Schweiz", *Schweizerische Zeitschrift für Politikwissenschaft* 6(3): 1-30.
- VATTER, Adrian (1994): *Eigennutz als Grundmaxime in der Politik?* Bern, Stuttgart und Wien: Haupt.
- VATTER, Adrian (1997): "Die Wechselbeziehungen von Konkordanz- und Direktdemokratie", *Politische Vierteljahresschrift* 38/4: 743-770.
- VATTER, Adrian (2002): *Kantonale Demokratien im Vergleich. Entstehungsgründe, Interaktionen und Wirkungen politischer Institutionen in den Schweizer Kantonen*. Opladen: Leske + Budrich.
- WAGSCHAL, Uwe (1999): *Statistik für Politikwissenschaftler*. München und Wien: Oldenbourg.





---

## ANHANG: VARIABLEN UND DATEN

Verzeichnis der Anhangstabellen:

- A1    Nettofinanzbedarf von Kantonen und Gemeinden im Gesundheitswesen in Fr. pro Kopf 1994-1999
- A2    Jährlich indexierter (CH = 100) Nettofinanzbedarf von Kantonen und Gemeinden im Gesundheitswesen pro Kopf 1994-1999
- A3    Jährliche und durchschnittliche Veränderung des pro-Kopf-Nettofinanzbedarfs von Kantonen und Gemeinden 1994-1999 in Prozent
- A4    Anteil der Investitionen am pro-Kopf-Nettofinanzbedarf von Kantonen und Gemeinden im Gesundheitswesen 1994-1999 in Prozent
- B1    Bruttokosten pro Versicherungsmonat in Fr. 1994-1999
- B2    Jährlich indexierte (CH = 100) Bruttokosten pro Versicherungsmonat 1994-1999
- B3    Jährliche und durchschnittliche Veränderung der Bruttokosten pro Versicherungsmonat 1994-1999 in Prozent
- C    Finanzierungsanteile im stationären Sektor 1998 in Prozent
- D1    Hospitalisationsrate (Anzahl Hospitalisationen pro 1000 Kantonsbewohner) 1998
- D2    Anteil der über 65jährigen an der ständigen Wohnbevölkerung 1994-1999 in Prozent
- D3    Urbanitätsgrad 1988
- D4    Anteil Arbeitslose an der Erwerbsbevölkerung 1994-1999 in Prozent
- D5    Netto-Volkseinkommen pro Kopf zu Faktorpreisen 1994-1998
- D6    Stärke sozialer Netzwerke 1992
- D7    Anteil Deutschsprachige an der Kantonsbevölkerung 1990 in Prozent
- D8    Globaler Versorgungsgrad im Gesundheitswesen 1994-1999 und Berechnungsgrundlagen (z-transformierte Ausgangsdaten)
- D9    Ärztedichte (Anzahl praktizierender Ärzte pro 100'000 Kantonseinwohner) 1994-1999
- D10   Anteil der Ärzte mit FMH-Fachtitel an der Anzahl praktizierender Ärzte auf 100'000 Einwohner 1994-1999 in Prozent
- D11   Versorgungsstufe im Spitalwesen 1999
- D12   Bettendichte in Akutspitälern (Anzahl Betten pro 100'000 Kantonseinwohner) 1994-1996
- D13   Bettendichte in sozialmedizinischen Institutionen (Anzahl Betten pro 1000 Kantonseinwohner) 1998
- D14   Bettendichte in psychiatrischen Kliniken (Anzahl Betten pro 100'000 Kantonseinwohner) 1998
- D15   Anteil der Spezialkliniken an den Spitälern eines Kantons 1998 in Prozent
- D16   Durchschnittliche Grösse der Spitäler eines Kantons 1998 (Anzahl Betten pro Spital)

- 
- D17 Apothekendichte (Anzahl Apotheken pro 10'000 Kantonseinwohner) 1994-1999
  - D18 Ausmass der Selbstdispensation (Anteil der Ärzte an der Medikamentenabgabe) 1995-1999
  - D19 Anteil des ambulanten Sektors an den Bruttokosten der Krankenversicherung 1996-1999 in Prozent
  - D20 Anzahl Akutbetten pro Anzahl Pflegebetten 1998
  - D21 Anzahl geleistete Spitex-Pflegestunden pro Kantonseinwohner 1998
  - D22 Index der direkten Demokratie 2000
  - D23 Existenz des obligatorischen Finanzreferendums (Stand 1995)
  - D24 Nutzung der direktdemokratischen Instrumente 1994-1999
  - D25 Nutzung des Finanzreferendums 1994-1999
  - D26 Summierte Wähleranteile der Regierungsparteien 1994-1999
  - D27 Reformtätigkeit der Kantone 1998
  - D28 Staatsquote (Anteil der um die Gesundheitsausgaben reduzierten Staatsausgaben am Volkseinkommen) 1994-1998 in Prozent
  - D29 Anteil der Regierungssitze von linken Parteien (SP, Grüne und DSP) 1994-1999 in Prozent
  - E1 Schubkräfte und Barrieren der öffentlichen Gesundheitsausgaben in den Kantonen
  - E2 Schubkräfte und Barrieren der Kosten der Krankenversicherung in den Kantonen

Verzeichnis der Abbildungen im Anhang:

- A Durchschnittliches Niveau und durchschnittliche Entwicklung des Nettofinanzbedarfs von Kantonen und Gemeinden im Gesundheitswesen pro Kopf 1994-1999
- B Durchschnittliches Niveau und durchschnittliche Entwicklung der Bruttokosten pro Versicherungsmonat 1994-1999

Tabelle A1: Nettofinanzbedarf von Kantonen und Gemeinden im Gesundheitswesen in Fr. pro Kopf  
(Total, d.h. laufende Rechnung plus Investitionsrechnung) 1994-1999

	1994	1995	1996	1997	1998	1999*	Durchschnitt 94 - 99	logarithmiert
ZH	745.41	741.25	703.34	630.78	608.05	647.66	679.42	2.83
BE	658.30	592.55	680.58	719.19	703.58	808.60	693.80	2.84
LU	537.90	553.07	495.84	471.34	483.60	483.03	504.13	2.70
UR	325.61	465.53	645.37	740.41	643.29	655.69	579.32	2.76
SZ	212.01	253.57	306.38	413.14	511.90	474.59	361.93	2.56
OW	675.65	960.70	1046.63	797.69	622.40	636.54	789.94	2.90
NW	525.19	751.44	813.52	661.52	504.74	543.40	633.30	2.80
GL	615.74	694.82	761.20	992.85	1021.13	987.65	845.56	2.93
ZG	589.58	496.55	809.20	831.81	712.52	789.30	704.83	2.85
FR	690.36	599.47	727.56	705.23	667.45	741.71	688.63	2.84
SO	461.06	450.62	661.50	593.53	592.28	653.36	568.73	2.75
BS	1844.32	1967.63	1928.77	1800.20	1793.03	1797.30	1855.21	3.27
BL	595.31	689.16	679.25	737.96	778.78	787.12	711.26	2.85
SH	824.03	800.59	898.20	924.70	924.72	917.12	881.56	2.95
AR	596.14	680.94	751.68	606.53	682.48	535.65	642.24	2.81
AI	413.51	380.89	456.26	370.11	392.77	463.43	412.83	2.62
SG	530.70	516.95	548.15	509.84	536.70	585.70	538.01	2.73
GR	775.50	643.57	639.07	788.35	872.83	815.30	755.77	2.88
AG	511.35	522.51	543.86	538.60	525.64	545.90	531.31	2.73
TG	504.60	447.08	442.25	393.28	456.86	391.27	439.22	2.64
TI	763.77	766.76	705.77	877.79	820.99	806.34	790.24	2.90
VD	811.64	751.92	783.98	744.90	804.20	905.01	800.28	2.90
VS	619.37	638.99	763.22	729.64	787.80	784.02	720.51	2.86
NE	492.08	500.55	553.89	919.04	984.42	999.08	741.51	2.87
GE	1893.71	1743.87	1946.42	1880.88	1870.64	1883.92	1869.91	3.27
JU	972.33	754.55	827.26	850.33	940.48	819.35	860.72	2.93
CH	699.43	706.37	773.81	778.06	778.59	786.85	753.85	2.88
SA	373.04	365.18	369.03	348.18	346.85	344.99	347.38	

Quelle: BFS (www.statistik.admin.ch), \*1999: provisorische Werte (Kantonsdaten 1999 plus Gemeindedaten 1998)

SA: Standardabweichung

Tabelle A2: Jährlich indexierter (CH = 100) Nettofinanzbedarf von Kantonen und Gemeinden im Gesundheitswesen pro Kopf 1994-1999

	1994	1995	1996	1997	1998	1999*	Durchschnitt 94 - 99
ZH	106.57	104.94	90.89	81.07	78.10	82.31	90.65
BE	94.12	83.89	87.95	92.43	90.37	102.76	91.92
LU	76.91	78.30	64.08	60.58	62.11	61.39	67.23
UR	46.55	65.91	83.40	95.16	82.62	83.33	76.16
SZ	30.31	35.90	39.59	53.10	65.75	60.32	47.49
OW	96.60	136.01	135.26	102.52	79.94	80.90	105.20
NW	75.09	106.38	105.13	85.02	64.83	69.06	84.25
GL	88.03	98.36	98.37	127.60	131.15	125.52	111.51
ZG	84.29	70.30	104.57	106.91	91.51	100.31	92.98
FR	98.70	84.87	94.02	90.64	85.73	94.26	91.37
SO	65.92	63.79	85.49	76.28	76.07	83.04	75.10
BS	263.69	278.56	249.26	231.37	230.29	228.42	246.93
BL	85.11	97.56	87.78	94.85	100.02	100.03	94.23
SH	117.82	113.34	116.07	118.85	118.77	116.56	116.90
AR	85.23	96.40	97.14	77.95	87.66	68.07	85.41
AI	59.12	53.92	58.96	47.57	50.45	58.90	54.82
SG	75.88	73.18	70.84	65.53	68.93	74.44	71.47
GR	110.88	91.11	82.59	101.32	112.10	103.62	100.27
AG	73.11	73.97	70.28	69.22	67.51	69.38	70.58
TG	72.14	63.29	57.15	50.55	58.68	49.73	58.59
TI	109.20	108.55	91.21	112.82	105.45	102.48	104.95
VD	116.04	106.45	101.31	95.74	103.29	115.02	106.31
VS	88.55	90.46	98.63	93.78	101.18	99.64	95.37
NE	70.36	70.86	71.58	118.12	126.44	126.97	97.39
GE	270.75	246.88	251.54	241.74	240.26	239.43	248.43
JU	139.02	106.82	106.91	109.29	120.79	104.13	114.49
CH	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Streuung	240.44	242.66	211.94	194.17	189.81	189.70	200.94

\*1999: provisorische Werte (Kantonsdaten 1999 plus Gemeindedaten 1998)

Streuung: Range (Maximalwert minus Minimalwert; vgl. Wagschal 1999: 107f.)

Tabelle A3: Jährliche und durchschnittliche Veränderung des Nettofinanzbedarfs von Kantonen und Gemeinden im Gesundheitswesen pro Kopf 1994-1999 in Prozent

	94 - 95	95 - 96	96 - 97	97 - 98	98 - 99*	Durchschnitt 94 - 99
ZH	-0.56	-5.12	-10.32	-3.60	6.51	-2.77
BE	-9.99	14.86	5.67	-2.17	14.93	4.20
LU	2.82	-10.35	-4.94	2.60	-0.12	-2.13
UR	42.97	38.63	14.73	-13.12	1.93	15.03
SZ	19.60	20.83	34.85	23.90	-7.29	17.49
OW	42.19	8.94	-23.78	-21.97	2.27	-1.19
NW	43.08	8.26	-18.68	-23.70	7.66	0.68
GL	12.84	9.55	30.43	2.85	-3.28	9.91
ZG	-15.78	62.97	2.79	-14.34	10.78	6.01
FR	-13.17	21.37	-3.07	-5.36	11.13	1.45
SO	-2.27	46.80	-10.28	-0.21	10.31	7.22
BS	6.69	-1.97	-6.67	-0.40	0.24	-0.52
BL	15.77	-1.44	8.64	5.53	1.07	5.74
SH	-2.84	12.19	2.95	0.00	-0.82	2.16
AR	14.22	10.39	-19.31	12.52	-21.51	-2.12
AI	-7.89	19.79	-18.88	6.12	17.99	2.31
SG	-2.59	6.04	-6.99	5.27	9.13	1.99
GR	-17.01	-0.70	23.36	10.72	-6.59	1.01
AG	2.18	4.09	-0.97	-2.41	3.86	1.32
TG	-11.40	-1.08	-11.07	16.17	-14.36	-4.96
TI	0.39	-7.95	24.37	-6.47	-1.79	1.09
VD	-7.36	4.26	-4.98	7.96	12.54	2.20
VS	3.17	19.44	-4.40	7.97	-0.48	4.83
NE	1.72	10.66	65.92	7.11	1.49	15.22
GE	-7.91	11.62	-3.37	-0.54	0.71	-0.10
JU	-22.40	9.64	2.79	10.60	-12.88	-3.37
CH	3.33	11.99	2.65	0.96	1.67	3.18

\*1999: provisorische Werte (Kantonsdaten 1999 plus Gemeindedaten 1998)

Tabelle A4: Anteil der Investitionen am Nettofinanzbedarf von Kantonen und Gemeinden im Gesundheitswesen 1994-1999

	1994	1995	1996	1997	1998	1999*	Durchschnitt 94 - 99
ZH	29.40	31.19	25.62	22.28	26.92	23.3	26.5
BE	14.60	18.60	9.41	14.12	14.77	24.2	15.9
LU	37.16	28.67	25.99	21.64	27.35	24.6	27.6
UR	35.91	43.42	40.09	45.20	30.47	39.1	39.0
SZ	27.16	31.72	0.86	1.44	1.82	1.1	10.7
OW	37.13	53.65	46.00	20.71	1.64	2.7	27.0
NW	68.37	64.42	57.05	27.32	6.88	8.1	38.7
GL	33.31	43.19	41.46	52.73	44.53	41.9	42.9
ZG	29.82	21.95	34.35	24.73	16.35	11.4	23.1
FR	16.10	5.97	2.72	5.06	9.92	13.9	8.9
SO	24.66	22.72	25.82	22.74	32.01	31.2	26.5
BS	16.54	13.34	15.43	15.12	18.55	15.9	15.8
BL	3.49	12.46	19.20	19.48	25.39	20.7	16.8
SH	7.41	7.10	5.78	7.67	4.20	6.7	6.5
AR	25.22	32.68	39.25	28.85	35.49	18.5	30.0
AI	17.78	4.65	25.01	7.10	6.21	3.0	10.6
SG	18.75	11.94	11.86	7.23	13.63	15.4	13.1
GR	43.23	20.98	11.86	16.71	23.23	29.0	24.2
AG	2.61	13.00	15.85	19.03	19.88	21.4	15.3
TG	20.67	17.51	14.13	14.49	19.91	10.3	16.2
TI	16.48	18.03	6.53	12.50	15.46	17.0	14.3
VD	7.03	16.60	15.21	14.20	8.81	6.5	11.4
VS	12.90	15.72	23.28	19.45	21.75	16.8	18.3
NE	15.38	23.17	17.07	16.96	15.84	13.7	17.0
GE	12.06	7.78	6.77	5.14	4.86	3.6	6.7
JU	25.58	6.74	9.65	11.92	8.40	5.0	11.2
CH	23.03	22.58	21.01	18.22	17.47	16.35	19.78
SA	13.99	14.83	14.25	11.32	10.86	10.75	9.87

Quelle: BFS (www.statistik.admin.ch), eigene Berechnung

\*1999: provisorische Werte (Kantonsdaten 1999 plus Gemeindedaten 1998)

Abbildung A: Durchschnittliches Niveau und durchschnittliche Entwicklung des Nettofinanzbedarfs von Kantonen und Gemeinden im Gesundheitswesen pro Kopf 1994-1999

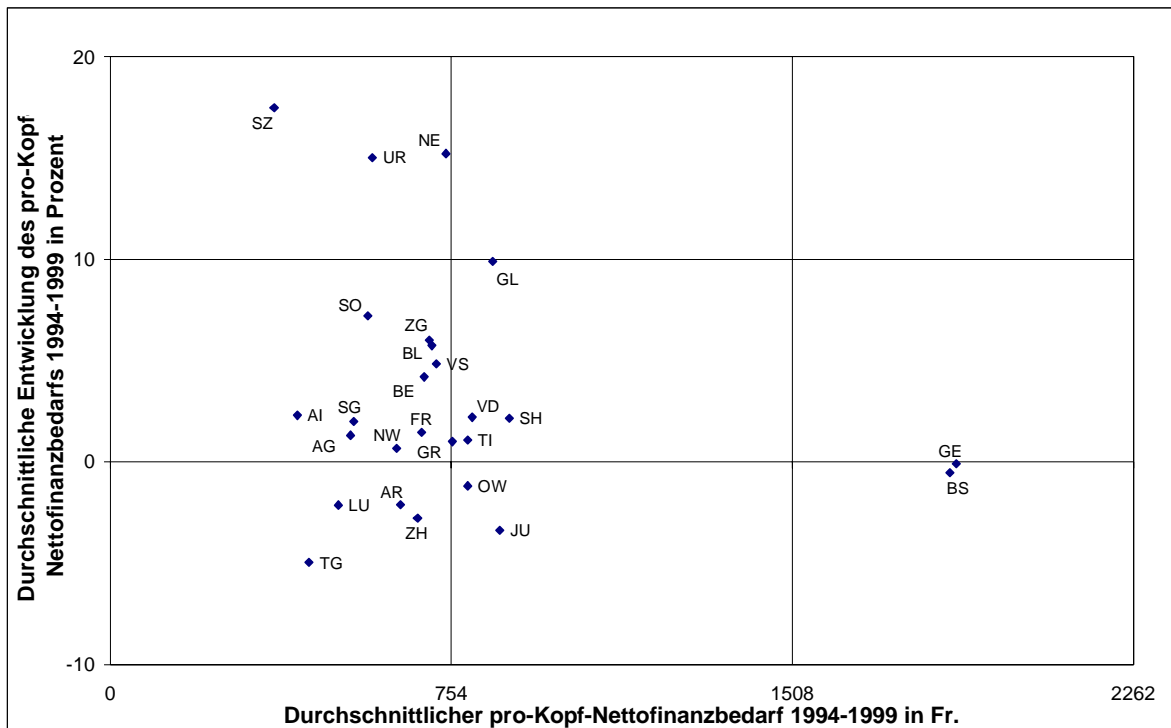


Abbildung B: Durchschnittliches Niveau und durchschnittliche Entwicklung der Bruttokosten pro Versicherungsmonat 1994-1999

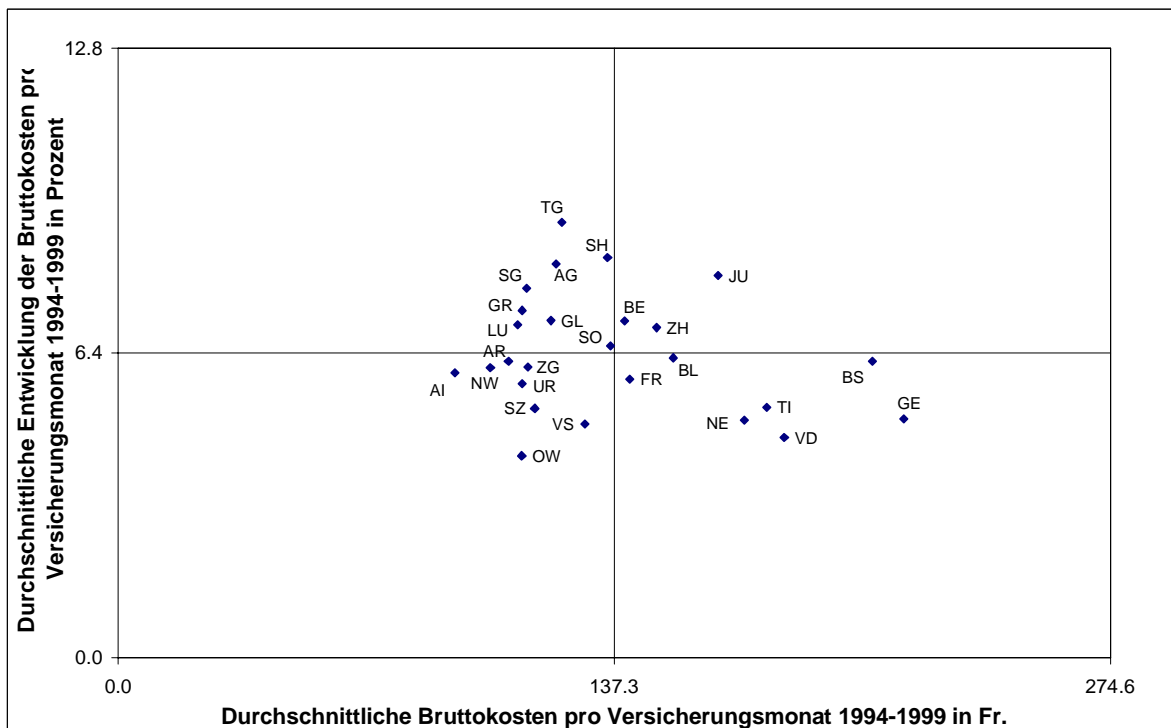


Tabelle B1: Bruttokosten pro Versicherungsmonat in Fr. 1994-1999

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Durchschnitt 94 - 99	logarithmiert
ZH	123.79	127.43	148.03	153.23	168.44	172.88	148.97	2.17
BE	114.89	120.56	137.68	151.56	154.67	161.49	140.14	2.15
LU	92.43	95.52	109.00	113.46	123.51	129.42	110.55	2.04
UR	96.01	101.28	110.37	116.26	119.73	126.91	111.76	2.05
SZ	102.08	105.81	113.81	115.91	122.14	131.64	115.23	2.06
OW	101.80	102.03	109.17	111.23	121.01	125.19	111.74	2.05
NW	87.81	91.46	105.68	104.47	110.95	117.88	103.04	2.01
GL	99.73	104.47	118.71	125.14	130.09	140.25	119.73	2.08
ZG	97.71	100.16	111.49	114.83	125.38	131.33	113.48	2.05
FR	122.90	126.99	137.36	141.89	157.46	163.20	141.63	2.15
SO	114.15	117.19	137.52	142.38	150.42	156.59	136.37	2.13
BS	177.22	190.09	200.15	213.78	232.01	239.48	208.79	2.32
BL	130.61	138.89	151.70	158.29	165.27	177.07	153.64	2.19
SH	110.78	114.79	131.46	142.30	148.07	165.61	135.50	2.13
AR	92.55	94.67	106.17	113.41	116.39	125.03	108.04	2.03
AI	82.23	84.69	90.26	93.50	98.76	109.87	93.22	1.97
SG	92.53	97.54	110.61	118.56	125.05	134.25	113.09	2.05
GR	93.57	97.09	106.48	117.05	124.00	132.92	111.85	2.05
AG	97.66	102.60	119.42	125.33	137.22	145.06	121.21	2.08
TG	94.20	106.87	116.06	133.94	139.90	145.73	122.79	2.09
TI	154.64	162.44	181.45	183.93	195.00	199.68	179.52	2.25
VD	162.23	165.78	182.63	192.94	199.23	203.24	184.34	2.27
VS	114.07	116.81	126.55	134.16	138.35	144.85	129.13	2.11
NE	144.81	153.16	172.16	187.96	197.39	184.58	173.34	2.24
GE	191.25	196.60	211.20	216.92	245.01	244.02	217.50	2.34
JU	136.51	138.26	160.12	177.40	183.20	200.58	166.01	2.22
CH	116.47	121.28	134.82	142.30	151.10	158.03	137.33	2.14
SA	28.38	29.67	31.60	33.54	36.89	35.25	32.36	

Quelle: BSV, Sektion Statistik

SA = Standardabweichung



Tabelle B2: Jährlich indexierte (CH = 100) Bruttokosten pro Versicherungsmonat 1994-1999

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Durchschnitt 94 - 99
ZH	106.29	105.07	109.80	107.68	111.48	109.40	108.29
BE	98.64	99.41	102.12	106.50	102.36	102.19	101.87
LU	79.36	78.76	80.85	79.73	81.74	81.89	80.39
UR	82.43	83.51	81.87	81.70	79.24	80.31	81.51
SZ	87.64	87.25	84.41	81.46	80.84	83.30	84.15
OW	87.41	84.13	80.98	78.16	80.08	79.22	81.66
NW	75.39	75.41	78.39	73.42	73.43	74.60	75.11
GL	85.63	86.15	88.05	87.94	86.10	88.75	87.10
ZG	83.90	82.58	82.70	80.70	82.97	83.11	82.66
FR	105.53	104.71	101.89	99.71	104.21	103.27	103.22
SO	98.01	96.63	102.01	100.05	99.55	99.09	99.22
BS	152.16	156.74	148.46	150.23	153.54	151.54	152.11
BL	112.15	114.52	112.52	111.23	109.38	112.05	111.98
SH	95.11	94.65	97.51	100.00	97.99	104.79	98.34
AR	79.46	78.06	78.75	79.70	77.02	79.12	78.69
AI	70.60	69.83	66.95	65.70	65.36	69.53	68.00
SG	79.45	80.43	82.05	83.31	82.76	84.95	82.16
GR	80.34	80.05	78.98	82.26	82.07	84.11	81.30
AG	83.85	84.60	88.58	88.08	90.81	91.79	87.95
TG	80.88	88.12	86.09	94.13	92.59	92.22	89.00
TI	132.78	133.95	134.59	129.25	129.05	126.36	131.00
VD	139.29	136.70	135.46	135.59	131.85	128.61	134.58
VS	97.94	96.32	93.87	94.28	91.56	91.66	94.27
NE	124.34	126.29	127.70	132.09	130.63	116.80	126.31
GE	164.21	162.11	156.65	152.44	162.15	154.41	158.66
JU	117.21	114.00	118.77	124.66	121.25	126.93	120.47
CH	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Streuung	93.61	92.27	89.70	86.74	96.79	84.89	90.66

Streuung: Range (Maximalwert minus Minimalwert; vgl. Wagschal 1999: 107f.)

Tabelle B3: Jährliche und durchschnittliche Veränderung der Bruttokosten pro Versicherungsmonat 1994-1999 in Prozent

	94 - 95	95 - 96	96 - 97	97 - 98	98 - 99	Durchschnitt 94 - 99
ZH	2.94	16.17	3.51	9.93	2.63	6.91
BE	4.93	14.21	10.08	2.05	4.41	7.05
LU	3.35	14.11	4.09	8.86	4.78	6.96
UR	5.49	8.97	5.34	2.98	5.99	5.74
SZ	3.66	7.56	1.85	5.38	7.77	5.22
OW	0.23	7.00	1.89	8.79	3.46	4.22
NW	4.16	15.55	-1.14	6.20	6.25	6.07
GL	4.76	13.63	5.41	3.96	7.81	7.06
ZG	2.50	11.32	3.00	9.18	4.75	6.09
FR	3.33	8.16	3.29	10.98	3.65	5.83
SO	2.67	17.35	3.53	5.65	4.10	6.53
BS	7.26	5.30	6.81	8.53	3.22	6.21
BL	6.34	9.22	4.34	4.41	7.14	6.27
SH	3.62	14.52	8.25	4.05	11.85	8.37
AR	2.30	12.14	6.82	2.63	7.43	6.20
AI	2.99	6.57	3.59	5.63	11.25	5.97
SG	5.41	13.40	7.18	5.48	7.35	7.73
GR	3.76	9.68	9.92	5.94	7.19	7.27
AG	5.07	16.39	4.95	9.48	5.71	8.24
TG	13.44	8.60	15.41	4.45	4.17	9.12
TI	5.05	11.70	1.37	6.02	2.40	5.24
VD	2.19	10.16	5.65	3.26	2.02	4.61
VS	2.41	8.34	6.01	3.13	4.70	4.89
NE	5.77	12.40	9.18	5.02	-6.49	4.97
GE	2.79	7.43	2.71	12.95	-0.40	4.99
JU	1.28	15.82	10.79	3.27	9.49	8.00
CH	4.14	11.37	5.53	6.08	5.10	6.38

Tabelle C: Finanzierungsanteile im stationären Sektor 1998 in Prozent

	Ohne Investitionen		Mit Investitionen	
	Kantone	Versicherer	Kantone	Versicherer
ZH	38.71	61.29	46.73	53.27
BE	50.81	49.19	55.16	44.84
LU	40.94	59.06	47.55	52.45
UR	48.68	51.32	58.64	41.36
SZ	55.17	44.83	55.67	44.33
OW	44.10	55.90	44.83	55.17
NW	52.16	47.84	54.31	45.69
GL	51.08	48.92	66.86	33.14
ZG	47.16	52.84	50.83	49.17
FR	49.32	50.68	52.81	47.19
SO	40.83	59.17	51.57	48.43
BS	59.07	40.93	64.73	35.27
BL	47.00	53.00	55.49	44.51
SH	58.36	41.64	59.38	40.62
AR	47.83	52.17	59.75	40.25
AI	40.36	59.64	42.16	57.84
SG	48.09	51.91	51.31	48.69
GR	53.85	46.15	61.29	38.71
AG	47.73	52.27	53.97	46.03
TG	36.69	63.31	41.84	58.16
TI	36.83	63.17	41.83	58.17
VD	45.00	55.00	47.68	52.32
VS	48.67	51.33	55.73	44.27
NE	46.54	53.46	50.93	49.07
GE	76.05	23.95	77.12	22.88
JU	49.65	50.35	52.24	47.76
CH	49.47	50.53	54.47	45.53

Quelle: Bundesrat 2000. Berechnungen des BFS auf der Grundlage der Statistik über die Kosten des Gesundheitswesens, der Statistik über die Krankenversicherung und der Statistik der öffentlichen Finanzen

Tabelle D1: Hospitalisationsrate (Anzahl Hospitalisationen pro 1000 Kantoneinwohner) 1998

	Hospitalisationsrate
ZH	126.9
BE	154.6
LU	130.2
UR	128.9
SZ	121.4
OW	120.1
NW	122.1
GL	124.1
ZG	112.2
FR	153.9
SO	155.3
BS	194.8
BL	151.0
SH	126.4
AR	136.8
AI	127.2
SG	132.7
GR	148.8
AG	104.7
TG	122.4
TI	184.0
VD	148.1
VS	152.5
NE	179.3
GE	119.8
JU	156.2
CH	147.7

Quelle: BFS 2000c. Die Daten basieren auf Angaben von 95% der 399 Krankenhäuser in der Schweiz.

Tabelle D2: Anteil der über 65jährigen an der ständigen Wohnbevölkerung 1994-1999 in Prozent

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Durchschnitt 94 – 99	Durchschnittliche Veränderung 94 – 99 in Prozent
ZH	14.80	14.87	14.96	15.04	15.13	15.18	15.00	0.51
BE	16.49	16.58	16.67	16.81	16.94	17.04	16.76	0.66
LU	13.62	13.69	13.79	13.95	14.17	14.34	13.93	1.04
UR	14.87	14.90	14.88	15.02	15.18	15.23	15.01	0.48
SZ	11.92	12.04	12.25	12.44	12.64	12.85	12.36	1.51
OW	13.67	13.66	13.78	13.69	13.84	13.87	13.75	0.29
NW	11.12	11.15	11.21	11.37	11.48	11.62	11.33	0.89
GL	15.86	15.82	15.93	15.96	16.02	16.04	15.94	0.22
ZG	11.36	11.43	11.47	11.53	11.58	11.77	11.52	0.72
FR	12.90	12.89	12.82	12.82	12.83	12.86	12.85	-0.07
SO	14.20	14.28	14.39	14.56	14.65	14.84	14.49	0.90
BS	20.36	20.49	20.58	20.70	20.78	20.94	20.64	0.56
BL	13.93	14.30	14.60	14.92	15.22	15.55	14.75	2.22
SH	16.64	16.84	16.96	17.16	17.34	17.52	17.08	1.04
AR	16.01	16.07	16.01	16.04	16.20	16.27	16.10	0.32
AI	14.37	14.74	15.03	15.09	15.23	15.38	14.97	1.37
SG	13.93	13.95	14.01	14.12	14.13	14.21	14.06	0.40
GR	14.45	14.56	14.64	14.77	14.90	15.06	14.73	0.83
AG	12.39	12.48	12.63	12.86	13.03	13.20	12.76	1.27
TG	13.62	13.64	13.66	13.76	13.91	14.00	13.76	0.55
TI	16.31	16.44	16.69	16.87	17.12	17.33	16.79	1.21
VD	15.12	15.18	15.33	15.44	15.52	15.58	15.36	0.60
VS	12.88	13.09	13.33	13.64	13.92	14.25	13.52	2.04
NE	16.46	16.51	16.68	16.82	16.89	16.99	16.73	0.64
GE	13.87	13.98	14.15	14.28	14.42	14.47	14.20	0.86
JU	15.47	15.58	15.77	15.96	16.06	16.14	15.83	0.84
CH	14.48	14.58	14.70	14.83	14.97	15.10	14.78	0.84

Quelle: Eigene Berechnung aufgrund von BFS-Daten (Sektion Bevölkerungsentwicklung)

Tabelle D3: Urbanitätsgrad 1988

	Urbanitätsgrad
ZH	85.7
BE	52.0
LU	50.7
UR	0.0
SZ	11.4
OW	0.0
NW	0.0
GL	0.0
ZG	79.8
FR	27.8
SO	55.5
BS	100.0
BL	86.4
SH	74.7
AR	0.0
AI	0.0
SG	41.0
GR	31.3
AG	70.0
TG	40.8
TI	75.0
VD	60.2
VS	24.9
NE	71.0
GE	100.0
JU	17.4
CH	44.4

Quelle: Bassand 1988

Tabelle D4: Anteil Arbeitslose an der Erwerbsbevölkerung 1994-1999 in Prozent

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Durchschnitt 94 – 99	Durchschnittliche Veränderung 94 – 99 in Prozent
ZH	4.5	4.0	4.3	5.2	4.2	2.9	4.2	-8.4
BE	4.1	3.5	3.9	4.4	2.9	1.9	3.5	-14.3
LU	3.6	3.2	4.0	4.3	2.9	1.9	3.3	-12.0
UR	1.6	1.6	2.3	2.4	1.5	1.0	1.7	-9.0
SZ	2.3	2.0	2.9	2.8	2.1	1.5	2.3	-8.2
OW	2.0	1.7	2.1	2.3	1.4	0.6	1.7	-21.4
NW	2.7	2.1	2.5	2.6	1.5	0.6	2.0	-26.0
GL	2.0	2.0	3.3	2.9	2.0	1.5	2.3	-5.6
ZG	3.5	2.8	3.4	3.9	3.1	2.3	3.2	-8.1
FR	5.9	5.2	4.8	4.7	3.7	2.5	4.5	-15.8
SO	4.4	3.5	4.6	6.0	3.7	2.5	4.1	-10.7
BS	5.7	4.9	4.7	4.9	3.7	2.5	4.4	-15.2
BL	3.6	3.0	3.4	3.7	2.6	1.8	3.0	-12.9
SH	4.2	3.8	4.5	5.3	4.1	2.8	4.1	-7.8
AR	2.6	1.9	2.3	2.5	1.4	0.9	1.9	-19.1
AI	1.2	0.8	1.5	1.9	0.8	0.5	1.1	-16.1
SG	3.3	2.8	3.5	4.0	2.8	2.2	3.1	-7.8
GR	1.9	2.0	2.6	3.2	2.5	1.6	2.3	-3.4
AG	3.3	2.9	3.8	4.7	3.0	2.1	3.3	-8.6
TG	3.0	2.6	3.5	4.3	3.2	2.0	3.1	-7.8
TI	6.5	6.7	7.6	7.8	6.3	4.4	6.6	-7.5
VD	7.5	7.0	7.3	7.2	5.6	4.1	6.5	-11.4
VS	7.4	7.0	6.7	6.9	4.7	3.5	6.0	-13.9
NE	6.5	5.8	5.5	6.3	5.3	3.9	5.6	-9.7
GE	7.6	6.9	6.8	7.8	6.1	5.1	6.7	-7.7
JU	6.4	5.4	6.2	6.6	3.9	2.8	5.2	-15.2
CH	4.1	3.7	4.2	4.6	3.3	2.3	3.7	-11.7

Quelle: BFS

Tabelle D5: Netto-Volkseinkommen pro Kopf zu Faktorpreisen 1994-1998

	1994	1995	1996	1997	1998*	Durchschnitt 94 – 98	logarithmiert	Durchschnittliche Veränderung 94 – 98 in Prozent
ZH	51746	52850	53563	56562	58770	54698	4.74	3.2
BE	36723	38048	38686	39484	38111	38210	4.58	0.9
LU	37252	38144	38891	39764	39341	38678	4.59	1.4
UR	37902	38354	37608	37658	42108	38726	4.59	2.7
SZ	39738	39677	40033	45920	49768	43027	4.64	5.8
OW	31572	32729	33453	36554	34251	33712	4.53	2.1
NW	44462	45663	49295	54027	54789	49647	4.70	5.4
GL	51284	50267	47745	54153	52222	51134	4.71	0.5
ZG	73061	71133	70396	69275	69755	70724	4.85	-1.2
FR	35035	35412	36906	37575	36302	36246	4.56	0.9
SO	35771	39525	39406	40766	41458	39385	4.60	3.8
BS	54554	56254	57817	66740	76235	62320	4.81	8.7
BL	45661	45357	45415	49337	48632	46880	4.67	1.6
SH	41794	42906	43533	46315	46708	44251	4.65	2.8
AR	34252	33648	34464	35702	39592	35532	4.56	3.7
AI	31249	32958	34197	39505	39608	35503	4.56	6.1
SG	37659	37964	37472	38055	39123	38055	4.58	1.0
GR	37938	37973	37355	38833	42151	38850	4.60	2.7
AG	42302	42890	43177	43411	44386	43233	4.64	1.2
TG	36714	36638	37011	38354	39399	37623	4.58	1.8
TI	34909	35941	36361	37587	40691	37098	4.58	3.9
VD	41365	42314	42680	44662	45677	43340	4.64	2.5
VS	30297	31577	32129	32879	35197	32416	4.52	3.8
NE	30536	32800	37506	39701	39173	35943	4.56	6.4
GE	45771	47603	47896	51613	54189	49414	4.70	4.3
JU	27512	28486	30191	30672	33804	30133	4.49	5.3
CH	40271.5	41042.7	41661.0	44042.5	45440.0	42491.6	4.6	3.1

Quelle: BFS, Sektion Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung

\* 1998: provisorische Daten

Tabelle D6: Stärke sozialer Netzwerke 1992

	Index des Sozialkapitals
ZH	0.08
BE	0.06
LU	0.19
UR	0.13
SZ	0.17
OW	0.17
NW	0.47
GL	-0.12
ZG	0.10
FR	-0.16
SO	0.22
BS	-0.23
BL	0.01
SH	0.30
AR	0.13
AI	-0.03
SG	0.01
GR	0.14
AG	0.09
TG	0.29
TI	-0.40
VD	-0.31
VS	0.02
NE	-0.20
GE	-0.17
JU	-0.29

Quelle: Freitag 2000

Tabelle D7: Anteil Deutschsprachige an der Kantonsbevölkerung 1990 in Prozent

	<b>Anteil Deutschsprachige</b>
ZH	82.5
BE	83.8
LU	88.6
UR	93.2
SZ	89.4
OW	92.8
NW	93.1
GL	83.6
ZG	85.0
FR	29.7
SO	87.1
BS	78.6
BL	86.0
SH	86.7
AR	88.6
AI	91.7
SG	87.2
GR	65.3
AG	85.7
TG	86.2
TI	9.8
VD	9.0
VS	29.4
NE	5.2
GE	5.5
JU	4.8
CH	66.5

Quelle: BFS, Volkszählung 1990

Tabelle D8: Globaler Versorgungsgrad im Gesundheitswesen 1994-1999 und Berechnungsgrundlagen (z-transformierte Ausgangsdaten)

	<b>Ärztedichte</b>	<b>Anteil Fachärzte</b>	<b>Versorgungsstufe Spitalwesen</b>	<b>Bettendichte Akutspitäler</b>	<b>Bettendichte Pflegeheime etc.</b>	<b>Bettendichte Psychiatrie</b>	<b>Anteil Spezialkliniken</b>	<b>Globaler Versorgungsgrad</b>
ZH	0.8	0.8	1.5	-0.1	0.4	1.0	0.5	0.7
BE	0.4	0.9	1.5	0.2	0.7	0.1	-0.3	0.5
LU	-0.4	-0.1	0.2	-0.7	0.6	-0.3	0.5	0.0
UR	-0.7	-0.9	-1.2	-0.6	0.2	-1.2	-1.9	-0.9
SZ	-1.0	-1.1	-1.2	-1.2	0.1	-1.2	-1.9	-1.1
OW	-1.1	-1.8	-1.2	-0.7	0.6	-1.2	-1.9	-1.0
NW	-1.1	-0.9	-1.2	-1.1	-0.1	-1.2	-1.9	-1.1
GL	-0.7	-1.2	-1.2	0.1	1.7	-1.2	0.5	-0.3
ZG	-0.1	0.6	-1.2	-0.5	0.6	1.1	0.5	0.2
FR	-0.3	0.8	0.2	0.0	0.2	-0.2	-1.0	-0.1
SO	-0.3	-0.4	0.2	-0.8	-0.1	-0.1	-0.3	-0.3
BS	3.1	2.4	1.5	2.0	0.7	0.7	0.7	1.6
BL	0.3	0.5	1.5	-0.4	-0.2	-0.3	-0.3	0.2
SH	0.3	-0.1	-1.2	-0.5	1.3	2.6	0.5	0.4
AR	-0.4	-1.0	-1.2	0.6	2.6	0.9	1.8	0.5
AI	-1.4	-1.1	-1.2	-0.7	-0.4	-1.2	0.5	-0.8
SG	-0.3	-0.2	0.2	-0.1	-	0.0	0.2	0.0
GR	0.1	-0.4	0.2	3.6	-0.8	0.2	0.3	0.4
AG	-0.5	0.2	0.2	-0.1	-1.1	-0.1	0.4	-0.1
TG	-0.7	-0.9	0.2	-1.1	-0.4	1.0	2.0	0.0
TI	0.3	0.6	0.2	1.1	0.0	-0.5	-0.2	0.2
VD	1.2	0.8	1.5	0.2	-1.3	-0.2	0.3	0.4
VS	0.0	0.2	0.2	0.5	-1.4	-0.7	0.8	-0.1
NE	0.4	0.3	0.2	0.0	-0.7	2.0	-0.7	0.2
GE	2.4	2.3	1.5	-0.4	-1.9	0.8	0.2	0.7
JU	-0.4	-0.2	0.2	0.7	-1.1	-1.2	0.5	-0.2

Der globale Versorgungsgrad setzt sich aus den folgenden z-transformierten Grössen zusammen: Durchschnitt Ärztedichte 1994-1999, Durchschnitt Anteil Fachärzte 1994-1999, Versorgungsstufe im Spitalwesen 1999, Durchschnitt Bettendichte in Akutspitalern 1994-1996, Bettendichte in sozialmedizinischen Institutionen 1998, Bettendichte in psychiatrischen Kliniken 1998, Anteil Spezialkliniken 1998. Die Grunddaten befinden sich in den nachfolgenden Tabellen (D9 – D15).

Tabelle D9: Ärztedichte (Anzahl praktizierende Ärzte pro 100'000 Kantonseinwohner) 1994-1999

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Durchschnitt 94 – 99	Durchschnittliche Veränderung 94 – 99 in Prozent
ZH	188.5	198.8	203.3	208.2	212.0	215.0	204.3	2.7
BE	170.0	176.1	182.0	185.4	189.0	192.7	182.5	2.5
LU	131.3	133.1	136.1	137.7	139.0	141.3	136.4	1.5
UR	113.7	113.7	114.1	114.7	121.0	124.4	116.9	1.8
SZ	87.9	95.6	99.5	104.2	107.0	103.4	99.6	3.3
OW	93.4	92.6	95.5	95.1	101.0	100.2	96.3	1.4
NW	88.7	90.2	92.1	91.3	102.0	98.5	93.8	2.1
GL	114.9	109.5	110.2	116.8	123.0	122.7	116.2	1.3
ZG	143.6	144.1	152.3	156.7	162.0	159.7	153.1	2.1
FR	135.7	139.3	139.9	140.7	142.0	143.3	140.2	1.1
SO	136.6	135.9	136.6	142.1	148.0	152.2	141.9	2.2
BS	305.8	315.6	330.5	340.9	327.0	350.4	328.4	2.8
BL	165.6	171.4	178.5	177.4	179.0	184.0	176.0	2.1
SH	163.2	167.0	172.7	173.2	180.0	186.0	173.7	2.7
AR	129.6	124.1	131.9	132.3	142.0	149.8	135.0	2.9
AI	62.6	76.5	76.2	83.0	90.0	103.3	81.9	10.5
SG	132.4	135.3	139.2	143.7	149.0	150.3	141.6	2.6
GR	153.3	154.3	157.4	164.0	169.0	172.7	161.8	2.4
AG	127.1	129.2	131.8	132.2	131.0	136.9	131.4	1.5
TG	110.4	113.3	113.7	115.6	120.0	124.4	116.2	2.4
TI	153.7	165.8	173.2	182.3	184.0	189.9	174.8	4.3
VD	204.2	212.6	220.8	228.9	234.0	236.1	222.8	2.9
VS	149.7	158.5	158.9	160.0	163.0	164.3	159.1	1.9
NE	169.1	175.1	181.8	187.5	191.0	190.9	182.6	2.4
GE	268.5	281.7	290.2	300.3	310.0	311.1	293.6	3.0
JU	129.0	134.3	130.1	136.5	145.0	150.1	137.5	3.1
CH	147.3	151.7	155.7	159.6	163.8	167.4	157.6	2.7

Quelle: BSV, Sektion Statistik



Tabelle D10: Anteil der Ärzte mit FMH-Fachtitel an der Anzahl praktizierender Ärzte pro 100'000 Einwohner 1994-1999 in Prozent

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Durchschnitt 94 – 99	Durchschnittliche Veränderung 94 – 99 in Prozent
ZH	65.4	65.3	65.7	65.7	68.1	66.4	66.1	3.0
BE	66.6	67.1	67.5	68.2	69.0	68.3	67.8	3.1
LU	57.6	57.1	57.3	57.7	58.6	58.1	57.7	1.6
UR	45.0	47.5	47.5	50.0	52.4	51.2	48.9	4.5
SZ	42.9	45.7	47.5	48.1	50.0	50.4	47.4	6.5
OW	37.9	37.9	40.0	40.0	43.8	40.6	40.0	3.1
NW	41.9	46.9	48.5	48.5	54.1	55.6	49.2	8.1
GL	46.7	46.5	46.5	46.7	46.8	46.8	46.7	1.2
ZG	63.6	63.6	63.4	65.5	65.2	65.8	64.5	2.9
FR	66.3	66.7	66.6	65.8	67.1	66.8	66.5	1.2
SO	51.6	52.5	52.8	55.6	58.0	57.1	54.6	4.4
BS	83.1	82.4	82.8	83.2	83.1	82.5	82.8	2.6
BL	62.2	62.5	62.8	64.1	65.1	65.1	63.6	3.1
SH	55.8	56.1	56.7	56.7	59.8	59.6	57.5	4.0
AR	44.3	46.3	46.5	52.1	53.9	45.0	48.0	3.4
AI	55.6	45.5	45.5	41.7	46.2	46.7	46.8	6.6
SG	55.8	55.7	55.8	56.0	59.4	55.2	56.3	2.3
GR	53.1	53.8	52.7	53.2	55.7	54.9	53.9	3.2
AG	58.4	59.1	60.5	61.5	62.8	61.8	60.7	2.7
TG	47.1	48.0	49.4	49.6	51.3	48.9	49.1	3.2
TI	63.2	63.7	64.2	64.8	66.0	66.6	64.7	5.4
VD	64.3	65.2	66.4	66.9	69.0	67.8	66.6	4.1
VS	60.9	59.6	60.3	61.5	61.8	61.4	60.9	2.1
NE	60.2	60.7	62.3	62.1	63.7	62.5	61.9	3.2
GE	81.5	81.3	80.9	80.9	82.0	81.3	81.3	2.9
JU	55.2	53.8	54.5	54.3	60.2	59.4	56.3	4.7
CH	64.4	64.6	65.1	65.6	67.2	66.1	58.5	3.6

Quelle: BSV, Sektion Statistik

Tabelle D11: Versorgungsstufe im Spitalwesen 1999

	Versorgungsstufe
ZH	3
BE	3
LU	2
UR <sup>a</sup>	1
SZ	1
OW <sup>a</sup>	1
NW <sup>a</sup>	1
GL	1
ZG	1
FR	2
SO	2
BS <sup>b</sup>	3
BL <sup>b</sup>	3
SH	1
AR	1
AI	1
SG	2
GR	2
AG	2
TG	2
TI	2
VD	3
VS	2
NE	2
GE	3
JU	2

Quelle: Biersack 2000

<sup>a, b</sup>: Gemeinsame Spitalplanung

- 1: Grund- und erweiterte Grundversorgung
- 2: Angebot bis zur spezialisierten Versorgung
- 3: Angebot bis zur hochspezialisierten Versorgung

Tabelle D12: Bettendichte in Akutspitälern (Anzahl Betten pro 100'000 Kantonseinwohner) 1994-1996

	1994	1995	1996	Durchschnitt 94 – 96	Durchschnittliche Veränderung 94 – 96 in Prozent
ZH	503.2	513.1	514.2	511.8	1.1
BE	563.0	576.1	558.1	562.7	-0.4
LU	426.4	408.2	391.1	401.6	-4.2
UR	460.5	412.2	390.8	409.0	-7.9
SZ	349.2	343.8	300.9	319.1	-7.2
OW	409.1	316.1	429.6	402.8	2.5
NW	409.1	403.0	281.8	331.5	-17.0
GL	551.8	532.4	527.8	533.5	-2.2
ZG	558.9	546.8	356.0	434.7	-20.2
FR	558.1	529.9	514.5	526.3	-4.0
SO	402.6	393.2	378.5	386.3	-3.0
BS	873.2	879.2	845.0	857.5	-1.6
BL	461.9	466.8	452.5	457.2	-1.0
SH	440.7	430.3	425.5	429.5	-1.7
AR	657.4	636.9	605.4	622.1	-4.0
AI	535.8	354.6	381.0	406.7	-15.7
SG	524.1	503.3	489.6	499.2	-3.3
GR	1246.5	1131.9	1097.8	1134.4	-6.2
AG	519.5	513.7	499.4	506.3	-2.0
TG	360.5	344.5	306.3	324.8	-7.8
TI	773.2	766.2	712.0	715.2	-4.0
VD	562.4	571.7	538.9	550.2	-2.1
VS	629.9	611.1	584.4	598.8	-3.7
NE	551.1	523.4	505.8	518.4	-4.2
GE	477.9	455.2	443.2	452.5	-3.7
JU	581.1	671.6	659.5	646.2	6.5
CH	553.4	532.1	507.3	520.7	-4.5

Quelle: BFS, Statistisches Jahrbuch (diverse Jahrgänge)

Tabelle D13: Bettendichte in sozialmedizinischen Institutionen (Anzahl Betten pro 1000 Kantonseinwohner) 1998

	Bettendichte in sozialmedizinischen Institutionen
ZH	15.3
BE	17.5
LU	17.0
UR	14.2
SZ	13.6
OW	17.0
NW	12.5
GL	23.1
ZG	16.8
FR	14.1
SO	12.6
BS	17.4
BL	12.1
SH	20.8
AR	28.4
AI	10.6
SG	-
GR	8.4
AG	6.5
TG	10.5
TI	13.4
VD	5.3
VS	4.6
NE	8.9
GE	1.5
JU	6.4
CH	13.1

Quelle: BFS 2000c. Die Daten beziehen sich auf 88% der 2394 sozialmedizinischen Institutionen in der Schweiz. Aus dem Kanton St. Gallen liegt keine ausreichende Datenbasis vor.

Tabelle D14: Bettendichte in psychiatrischen Kliniken (Anzahl Betten pro 100'000 Kantoneinwohner) 1998

	<b>Bettendichte in psychiatrischen Kliniken</b>
ZH	213.6
BE	127.8
LU	84.2
UR	0.0
SZ	0.0
OW	0.0
NW	0.0
GL	0.0
ZG	226.3
FR	90.0
SO	106.0
BS	179.1
BL	87.1
SH	367.1
AR	202.4
AI	0.0
SG	118.4
GR	133.1
AG	106.6
TG	216.3
TI	65.7
VD	99.1
VS	48.3
NE	307.1
GE	190.7
JU	0.0
CH	114.2

Tabelle D15: Anteil der Spezialkliniken an der Anzahl Spitäler eines Kantons 1998 in Prozent

	<b>Anteil Spezialkliniken</b>
ZH	50.9
BE	34.0
LU	50.0
UR	0.0
SZ	0.0
OW	0.0
NW	0.0
GL	50.0
ZG	50.0
FR	18.2
SO	33.3
BS	53.3
BL	33.3
SH	50.0
AR	77.8
AI	50.0
SG	42.9
GR	46.2
AG	48.0
TG	81.3
TI	35.7
VD	46.7
VS	57.1
NE	25.0
GE	43.8
JU	50.0
CH	39.5

Tabelle D16: Durchschnittliche Grösse der Spitäler eines Kantons 1998 (Anzahl Betten pro Spital)

	<b>Durchschnittliche Spitalgrösse</b>
ZH	148.6
BE	127.6
LU	201.6
UR	145.0
SZ	85.8
OW	104.0
NW	102.0
GL	75.5
ZG	87.0
FR	98.5
SO	127.3
BS	185.5
BL	140.7
SH	133.0
AR	77.4
AI	101.0
SG	116.7
GR	71.1
AG	144.2
TG	101.6
TI	85.7
VD	85.4
VS	113.5
NE	89.7
GE	189.8
JU	119.3
CH	117.6

Quelle für Tabellen D14-D16: Eigene Berechnungen aufgrund von BFS-Daten ([www.statistik.admin.ch](http://www.statistik.admin.ch)). Die Werte basieren auf den Angaben von 95% der 399 Krankenhäuser in der Schweiz.

Tabelle D17: Apothekendichte (Anzahl Apotheken pro 10'000 Kantonseinwohner) 1994-1999

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Durchschnitt 94 – 99	Durchschnittliche Veränderung 94 – 99 in Prozent
ZH	18.0	17.9	17.5	18.9	18.7	18.4	18.2	0.5
BE	17.3	17.3	17.5	18.4	18.3	18.1	17.8	0.9
LU	8.9	8.8	8.8	9.7	9.7	9.9	9.3	2.2
UR	8.5	8.5	8.6	8.6	8.6	5.8	8.1	-7.4
SZ	9.2	9.1	9.0	8.9	8.8	8.7	8.9	-1.1
OW	6.4	6.4	6.4	6.3	6.3	6.3	6.3	-0.4
NW	5.7	5.6	5.6	5.5	5.5	5.5	5.6	-0.8
GL	7.7	7.6	7.7	7.8	7.8	7.8	7.7	0.3
ZG	15.6	15.3	15.0	13.8	13.6	14.4	14.6	-1.6
FR	30.5	30.5	29.7	30.7	30.5	30.2	30.3	-0.2
SO	11.5	11.4	11.3	11.3	11.6	11.6	11.5	0.1
BS	33.4	33.5	33.7	35.1	35.9	36.4	34.7	1.7
BL	14.8	14.8	13.9	14.3	14.2	14.1	14.3	-1.0
SH	17.7	14.9	17.7	19.1	19.1	19.1	17.9	1.6
AR	7.4	7.4	7.4	9.3	7.5	7.5	7.7	0.2
AI	7.0	7.0	6.9	6.9	6.9	6.9	6.9	-0.3
SG	10.9	10.6	10.8	11.1	10.8	11.0	10.9	0.2
GR	18.1	18.0	18.0	19.2	19.2	19.2	18.6	1.2
AG	19.6	19.6	19.1	20.0	20.1	20.1	19.7	0.5
TG	10.0	10.3	10.3	9.8	10.2	10.1	10.1	0.3
TI	56.5	55.6	54.7	56.1	56.7	56.3	56.0	-0.1
VD	37.2	37.1	36.5	38.2	37.7	37.5	37.4	0.2
VS	37.9	37.2	37.1	37.9	38.1	38.7	37.8	0.4
NE	32.1	31.4	31.3	33.2	32.5	32.5	32.2	0.3
GE	40.8	39.4	40.4	42.2	42.2	42.1	41.2	0.6
JU	23.7	23.6	23.7	26.7	25.2	25.3	24.7	1.3
CH	19.5	19.2	19.2	20.0	19.8	19.7	19.6	0.0

Quelle: BFS

Tabelle D18: Ausmass der Selbstdispensation (Anteil der Ärzte an der Medikamentenabgabe) 1995-1999

	1996	1997	1998	1999	Durchschnitt 96 - 99	Durchschnittliche Veränderung 96 - 99 in Prozent
ZH	48.11	47.71	47.32	49.04	48.04	0.64
BE	51.27	50.99	51.94	48.76	50.74	-1.65
LU	83.96	85.37	83.12	81.69	83.53	-0.91
UR	90.80	92.09	91.13	89.91	90.98	-0.33
SZ	84.77	85.56	83.06	83.06	84.11	-0.68
OW	85.17	88.70	87.58	86.34	86.95	0.46
NW	80.70	84.26	83.14	82.17	82.57	0.60
GL	83.39	85.86	84.60	83.62	84.37	0.09
ZG	75.00	76.31	75.12	75.50	75.48	0.22
FR	9.80	9.02	8.17	9.95	9.24	0.53
SO	71.84	72.11	71.15	70.31	71.35	-0.71
BS	7.19	20.22	9.36	9.13	11.48	8.28
BL	59.50	58.88	56.77	55.71	57.72	-2.17
SH	32.25	31.71	30.97	31.80	31.68	-0.47
AR	85.65	86.17	83.03	84.97	84.95	-0.27
AI	83.81	88.04	84.27	87.17	85.82	1.32
SG	84.35	85.56	83.54	84.16	84.41	-0.07
GR	40.37	40.80	38.12	36.31	38.90	-3.47
AG	14.62	14.56	14.04	14.77	14.50	0.35
TG	81.71	83.33	81.55	82.29	82.22	0.24
TI	4.81	3.37	4.01	4.41	4.15	-2.84
VD	3.02	1.45	1.92	2.21	2.15	-9.85
VS	6.27	6.61	5.72	5.83	6.11	-2.39
NE	4.68	3.14	3.45	3.25	3.63	-11.45
GE	3.48	2.68	3.06	2.83	3.01	-6.66
JU	13.97	9.11	7.58	8.38	9.76	-15.66
CH	49.63	50.52	48.99	48.98	49.53	-1.80

Quelle: KSK-Versichertenstatistiken 1996-1999

Tabelle D19: Anteil des ambulanten Sektors an den Bruttokosten der Krankenversicherung 1996-1999 in Prozent

	1996	1997	1998	1999	Durchschnitt 96 - 99	Durchschnittliche Veränderung 96 - 99 in Prozent
ZH	40.48	39.42	39.69	38.77	39.59	-1.43
BE	34.32	31.17	33.85	34.91	33.56	0.57
LU	34.41	33.85	34.45	33.23	33.98	-1.15
UR	35.88	36.77	38.42	37.24	37.08	1.25
SZ	35.43	37.02	37.79	36.86	36.78	1.33
OW	33.05	33.48	38.14	37.33	35.50	4.14
NW	35.88	36.36	38.42	37.77	37.11	1.72
GL	32.98	34.49	37.19	37.20	35.47	4.09
ZG	37.37	37.66	38.64	38.59	38.07	1.08
FR	34.47	47.33	34.12	34.75	37.67	0.28
SO	34.61	32.65	34.94	35.44	34.41	0.80
BS	37.72	33.84	34.75	33.86	35.04	-3.54
BL	39.18	38.34	39.89	38.77	39.04	-0.34
SH	35.51	33.31	34.78	33.38	34.25	-2.04
AR	36.34	35.78	36.75	36.89	36.44	0.50
AI	35.93	34.31	36.31	37.65	36.05	1.58
SG	35.72	35.91	36.38	35.76	35.94	0.04
GR	34.43	34.66	34.10	34.87	34.51	0.43
AG	36.78	35.51	35.36	35.11	35.69	-1.53
TG	34.24	37.09	36.70	35.89	35.98	1.58
TI	33.35	34.35	34.79	34.63	34.28	1.26
VD	35.95	36.98	36.55	37.38	36.71	1.31
VS	32.19	33.11	33.08	34.38	33.19	2.21
NE	32.58	27.97	29.42	30.33	30.07	-2.35
GE	42.11	41.26	40.34	41.38	41.27	-0.58
JU	31.08	27.90	29.72	29.83	29.63	-1.35
CH	35.46	35.40	35.95	35.85	35.67	0.38

Quelle: KSK-Versichertenstatistiken 1996-1999

Tabelle D20: Anzahl Akutbetten pro Anzahl Pflegebetten 1998

	Akut-Pflegebett-Ratio
ZH	0.35
BE	0.35
LU	0.24
UR	0.33
SZ	0.22
OW	0.21
NW	0.24
GL	0.14
ZG	0.20
FR	0.33
SO	0.36
BS	0.60
BL	0.44
SH	0.19
AR	0.16
AI	0.64
SG	-
GR	0.33
AG	0.31
TG	0.18
TI	0.45
VD	0.62
VS	0.45
NE	0.34
GE	0.42
JU	0.47
CH	0.34

Quelle: Eigene Berechnung aufgrund von BFS-Daten. Für den Kanton St. Gallen ist keine ausreichende Datenbasis vorhanden.

Tabelle D21: Anzahl geleistete Spitex-Pflegestunden pro Kantonseinwohner 1998

	Anzahl Spitex-Pflegestunden pro Einwohner
ZH	0.51
BE	0.72
LU	0.62
UR	0.54
SZ	0.46
OW	0.77
NW	0.28
GL	0.63
ZG	0.46
FR	0.50
SO	0.80
BS	1.11
BL	0.56
SH	0.65
AR	0.44
AI	0.38
SG	0.48
GR	0.56
AG	0.44
TG	0.60
TI	0.10
VD	0.94
VS	0.52
NE	0.60
GE	1.01
JU	1.98
CH	0.64

Quelle: BSV 2000b

Tabelle D22: Index der direkten Demokratie 1992

	Demokratieindex
ZH	4.17
BE	3.50
LU	4.48
UR	5.42
SZ	4.93
OW	5.58
NW	4.92
GL	5.50
ZG	4.42
FR	2.42
SO	5.42
BS	4.40
BL	5.69
SH	5.08
AR	5.50
AI	5.25
SG	3.40
GR	4.75
AG	5.46
TG	4.04
TI	2.10
VD	2.42
VS	3.42
NE	2.13
GE	1.75
JU	3.71
CH	4.23

Quelle: Stutzer und Frey 2000

Tabelle D23: Existenz des obligatorischen Finanzreferendums (Stand 1995)

	obligatorisches Finanzreferendum
ZH	X
BE	
LU	X
UR	X
SZ	X
OW	X
NW	X
GL	X
ZG	
FR	X
SO	X
BS	
BL	
SH	X
AR	X
AI	X
SG	X
GR	X
AG	
TG	X
TI	
VD	
VS	X
NE	X
GE	
JU	X

Quelle: Germann und Weis 1995

Tabelle D24: Nutzung der direktdemokratischen Instrumente 1994-1999

	<b>Anzahl Volks- abstimmungen 94 - 99</b>
ZH	93
BE	18
LU	20
UR	35
SZ	26
OW	22
NW	40
GL	36
ZG	15
FR	8
SO	66
BS	26
BL	72
SH	53
AR	38
AI	46
SG	27
GR	41
AG	41
TG	16
TI	12
VD	14
VS	10
NE	6
GE	33
JU	6
<b>Total</b>	<b>820</b>

Quelle: APS (diverse Jahrgänge)

Tabelle D25: Nutzung des Finanzreferendums 1994-1999

	<b>Anzahl Finanzreferenden 94 - 99</b>
ZH	11
BE	7
LU	5
UR	7
SZ	0
OW	2
NW	7
GL	6
ZG	0
FR	1
SO	7
BS	6
BL	7
SH	8
AR	4
AI	9
SG	4
GR	6
AG	3
TG	7
TI	0
VD	2
VS	2
NE	3
GE	5
JU	2
<b>Total</b>	<b>121</b>

Quelle: APS (diverse Jahrgänge)



Tabelle D26: Summierte Wähleranteile der Regierungsparteien 1994-1999

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Durchschnitt 94 – 99	Durchschnittliche Veränderung 94 – 99 in Prozent
ZH	79.4	87.8	87.8	87.8	87.8	83.0	85.6	0.9
BE	80.0	80.0	80.0	80.0	76.1	76.1	78.7	-1.0
LU	91.2	86.5	86.5	86.5	86.5	75.1	85.4	-3.8
UR	93.8	93.8	100.0	100.0	100.0	100.0	97.9	1.3
SZ	93.0	93.0	86.0	86.0	86.0	86.0	88.3	-1.6
OW	98.1	98.1	98.1	98.1	98.1	98.1	98.1	0.0
NW	90.0	90.0	90.0	90.0	100.0	100.0	93.3	2.1
GL	95.0	95.0	95.0	95.0	87.3	87.3	92.4	-1.7
ZG	90.0	90.0	90.0	90.0	85.0	85.0	88.3	-1.1
FR	78.5	78.5	92.3	92.3	92.3	92.3	87.7	3.3
SO	89.6	89.6	89.6	88.2	88.2	88.2	88.9	-0.3
BS	76.9	76.9	61.6	61.6	61.6	61.6	66.7	-4.3
BL	64.3	73.8	73.8	73.8	73.8	77.3	72.8	3.8
SH	70.0	70.0	78.8	78.8	78.8	80.8	76.2	2.9
AR	93.1	93.1	93.1	93.1	93.1	93.1	93.1	0.0
AI	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	85.7	97.6	-3.0
SG	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0	0.0
GR	87.5	87.5	87.5	87.5	87.5	87.5	87.5	0.0
AG	78.0	78.0	78.0	86.0	86.0	86.0	82.0	2.0
TG	80.0	80.0	83.1	83.1	83.1	83.1	82.1	0.8
TI	82.2	96.7	96.7	96.7	96.7	94.8	94.0	2.9
VD	95.5	95.5	90.5	90.5	85.2	85.2	90.4	-2.3
VS	83.8	83.8	83.8	96.9	96.9	96.9	90.4	2.9
NE	92.2	92.2	92.2	89.6	89.6	89.6	90.9	-0.6
GE	56.0	56.0	56.0	56.0	56.0	56.0	56.0	0.0
JU	81.7	81.7	81.7	81.7	77.2	77.2	80.2	-1.1
CH	84.6	85.7	85.9	86.5	85.9	84.8	85.6	0.1

Quelle: APS (diverse Jahrgänge), eigene Berechnung

Tabelle D27: Reformtätigkeit der Kantone

	Index der Reformfreudigkeit
ZH	4
BE	23
LU	12
UR	4
SZ	10
OW	5
NW	6
GL	4
ZG	1
FR	9
SO	12
BS	5
BL	13
SH	5
AR	8
AI	7
SG	5
GR	9
AG	7
TG	8
TI	7
VD	3
VS	8
NE	8
GE	14
JU	2
CH	7.65

Quelle: Ladner und Steiner 1998  
(Minimum: 0, theoretisches Maximum: 32)

Tabelle D28: Staatsquote (Anteil der um die Gesundheitsausgaben reduzierten Staatsausgaben am Volkseinkommen) 1994-1998 in Prozent

	1994	1995	1996	1997	1998*	Durchschnitt 94 – 98	Durchschnittliche Veränderung 94 – 98 in Prozent
ZH	13.2	12.6	13.2	12.3	11.7	12.6	-3.1
BE	18.2	18.0	18.6	18.8	18.9	18.5	0.9
LU	16.1	16.3	17.0	16.8	17.4	16.7	2.0
UR	25.7	26.3	30.9	32.6	27.7	28.7	1.9
SZ	11.0	10.7	11.5	10.9	10.2	10.8	-1.8
OW	24.7	23.0	24.8	21.4	21.2	23.0	-3.8
NW	13.5	13.7	13.1	11.9	12.3	12.9	-2.2
GL	14.6	15.4	17.6	16.6	16.8	16.2	3.5
ZG	9.4	9.2	10.4	11.5	11.1	10.3	4.1
FR	21.7	21.0	21.9	22.3	23.2	22.0	1.6
SO	15.2	12.9	14.6	16.1	16.3	15.0	1.9
BS	31.4	29.0	29.7	26.8	24.0	28.2	-6.5
BL	15.8	16.2	17.5	16.4	16.6	16.5	1.3
SH	15.6	15.2	15.8	14.8	14.7	15.2	-1.5
AR	16.7	17.3	18.4	18.0	16.8	17.4	0.1
AI	20.7	19.1	21.0	18.7	17.7	19.4	-3.9
SG	14.3	14.3	15.8	16.9	16.9	15.6	4.2
GR	19.5	19.8	21.0	21.5	22.5	20.8	3.6
AG	13.0	12.6	13.2	13.2	13.0	13.0	-0.1
TG	14.3	14.7	15.8	15.4	15.5	15.1	1.9
TI	22.1	21.7	21.8	21.8	19.5	21.4	-3.2
VD	19.8	19.3	19.4	19.5	19.2	19.4	-0.8
VS	24.2	21.2	22.1	22.5	20.7	22.1	-3.8
NE	26.4	23.8	21.1	21.5	22.9	23.1	-3.5
GE	31.2	29.0	29.4	28.0	27.0	28.9	-3.6
JU	39.6	34.6	34.4	37.0	32.3	35.6	-5.0
CH	19.5	18.7	19.6	19.4	18.7	19.2	-0.6

Quelle: Eigene Berechnung auf der Basis von Daten des BFS (Tabelle D5) und EFV 2000

\* 1998: provisorische Werte

Tabelle D29: Anteil der Regierungssitze von linken Parteien (SP, Grüne und DSP)  
1994-1999 in Prozent

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Durchschnitt 94 – 99
ZH	28.6	28.6	28.6	28.6	28.6	28.6	28.6
BE	28.6	28.6	28.6	28.6	28.6	28.6	28.6
LU	14.3	14.3	14.3	14.3	14.3	14.3	14.3
UR	14.3	14.3	14.3	14.3	14.3	14.3	14.3
SZ	14.3	14.3	14.3	14.3	14.3	14.3	14.3
OW	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
NW	0.0	0.0	0.0	0.0	14.3	14.3	4.8
GL	28.6	28.6	28.6	28.6	14.3	14.3	23.8
ZG	28.6	28.6	28.6	28.6	28.6	28.6	28.6
FR	28.6	28.6	28.6	28.6	28.6	28.6	28.6
SO	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0
BS	28.6	28.6	42.9	42.9	42.9	42.9	38.1
BL	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0	20.0	36.7
SH	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0	60.0	43.3
AR	40.0	40.0	14.3	14.3	14.3	14.3	22.9
AI	14.3	14.3	0.0	28.6	0.0	0.0	9.5
SG	14.3	14.3	28.6	28.6	28.6	28.6	23.8
GR	0.0	0.0	0.0	0.0	20.0	20.0	6.7
AG	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0
TG	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0
TI	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0
VD	42.9	42.9	57.1	57.1	28.6	28.6	42.9
VS	0.0	0.0	0.0	20.0	20.0	20.0	10.0
NE	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0
GE	0.0	0.0	0.0	42.9	42.9	42.9	21.5
JU	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0
CH	21.0	21.0	21.1	24.6	23.2	23.2	22.4

Quelle: APS (diverse Jahrgänge), eigene Berechnung

Tabelle E1: Schubkräfte und Barrieren der öffentlichen Gesundheitsausgaben in den Kantonen

	<i>Nachfrage</i>			<i>Angebot</i>		<i>Staat und Politik</i>		<b>Index</b>
	Altersquote	Arbeitslosigkeit	Volkseinkommen	Ärztedichte	Globaler Versorgungsgrad	Finanzierungsgrad	Staatsquote	
GE	14.2	<b>6.7</b>	<b>49414</b>	<b>293.6</b>	<b>0.69</b>	<b>76.1</b>	<b>28.6</b>	<b>6</b>
BS	<b>20.6</b>	<b>4.4</b>	<b>62320</b>	<b>328.4</b>	<b>1.56</b>	<b>59.1</b>	<b>27.4</b>	<b>7</b>
SH	<b>17.1</b>	<b>4.1</b>	<b>44251</b>	<b>173.7</b>	<b>0.40</b>	<b>58.4</b>	15.1	<b>6</b>
JU	<b>15.8</b>	<b>5.2</b>	30133	137.5	-0.21	<b>49.7</b>	<b>34.7</b>	<b>4</b>
GL	<b>15.9</b>	2.3	<b>51134</b>	116.2	-0.29	<b>51.1</b>	16.3	<b>3</b>
VD	<b>15.4</b>	<b>6.5</b>	<b>43340</b>	<b>222.8</b>	<b>0.36</b>	45.0	<b>19.5</b>	<b>6</b>
TI	<b>16.8</b>	<b>6.6</b>	37098	<b>174.8</b>	<b>0.23</b>	36.8	<b>21.1</b>	<b>5</b>
OW	13.8	1.7	33712	96.3	-1.02	44.1	<b>22.6</b>	<b>1</b>
GR	<b>14.7</b>	2.3	38850	<b>161.8</b>	<b>0.44</b>	<b>53.9</b>	<b>21.1</b>	<b>5</b>
NE	<b>16.7</b>	<b>5.6</b>	35943	<b>182.6</b>	<b>0.21</b>	46.5	<b>23.2</b>	<b>5</b>
VS	13.5	<b>6.0</b>	32416	<b>159.1</b>	-0.06	<b>48.7</b>	<b>22.2</b>	<b>4</b>
BL	14.8	3.0	<b>46880</b>	<b>176.0</b>	<b>0.17</b>	47.0	16.5	<b>3</b>
ZG	11.5	3.2	<b>70724</b>	153.1	<b>0.15</b>	47.2	10.4	<b>2</b>
BE	<b>16.8</b>	3.5	38210	<b>182.5</b>	<b>0.53</b>	<b>50.8</b>	18.7	<b>4</b>
FR	12.9	<b>4.5</b>	36246	140.2	-0.06	<b>49.3</b>	<b>22.2</b>	<b>3</b>
ZH	<b>15.0</b>	<b>4.2</b>	<b>54698</b>	<b>204.3</b>	<b>0.70</b>	38.7	12.5	<b>5</b>
AR	<b>16.1</b>	1.9	35532	135.0	<b>0.46</b>	47.8	17.3	<b>2</b>
NW	11.3	2.0	<b>49647</b>	93.8	-1.06	<b>52.2</b>	12.7	<b>2</b>
UR	<b>15.0</b>	1.7	38726	116.9	-0.90	<b>48.7</b>	<b>28.5</b>	<b>3</b>
SO	14.5	<b>4.1</b>	39385	141.9	-0.25	40.8	15.1	<b>1</b>
SG	14.1	3.1	38055	141.6	-0.04	48.1	15.9	<b>0</b>
AG	12.8	3.3	<b>43233</b>	131.4	-0.14	47.7	13.1	<b>1</b>
LU	13.9	3.3	38678	136.4	-0.02	40.9	16.8	<b>0</b>
TG	13.8	3.1	37623	116.2	-0.01	36.7	15.1	<b>0</b>
AI	<b>15.0</b>	1.1	35503	81.9	-0.78	40.4	<b>19.5</b>	<b>2</b>
SZ	12.4	2.3	<b>43027</b>	99.6	-1.06	<b>55.2</b>	10.7	<b>2</b>
MW	14.8	3.7	42492	157.6	0.00	48.5	19.1	

Anmerkungen: Fett gedruckte Werte stehen für Schubkraft, der Index gibt die Anzahl Schubkräfte in einem Kanton wieder. Ausschlaggebend für die Klassifizierung einer Variable als Schubkraft der öffentlichen Gesundheitsausgaben für die einzelnen Kantone ist der Variablenwert des jeweiligen Kantons im Verhältnis zum arithmetischen Mittel (vgl. hierzu Freitag 1996). Die Reihenfolge der Kantone entspricht der absteigenden Höhe des durchschnittlichen pro-Kopf-Nettofinanzbedarfs von Kantonen und Gemeinden 1994-1999.

Tabelle E2: Schubkräfte und Barrieren der Kosten der Krankenversicherung in den Kantonen

	<i>Nachfrage</i>				<i>Angebot</i>		<i>Staat und Politik</i>		<b>Index</b>
	Altersquote	Urbanitätsgrad	Arbeitslosigkeit	Soziale Netzwerke	Ärztedichte	Selbst-dispensation	Direkte Demokratie	Stärke der Linksparteien	
GE	14.2	<b>100.0</b>	<b>6.7</b>	<b>-0.17</b>	<b>293.6</b>	<b>3.7</b>	<b>1.8</b>	21.5	<b>6</b>
BS	<b>20.6</b>	<b>100.0</b>	<b>4.4</b>	<b>-0.23</b>	<b>328.4</b>	<b>15.8</b>	4.4	<b>38.1</b>	<b>7</b>
VD	<b>15.4</b>	<b>60.2</b>	<b>6.5</b>	<b>-0.31</b>	<b>222.8</b>	<b>3.3</b>	<b>2.4</b>	<b>42.9</b>	<b>8</b>
TI	<b>16.8</b>	<b>75.0</b>	<b>6.6</b>	<b>-0.40</b>	<b>174.8</b>	<b>5.0</b>	<b>2.1</b>	20.0	<b>7</b>
NE	<b>16.7</b>	<b>71.0</b>	<b>5.6</b>	<b>-0.20</b>	<b>182.6</b>	<b>4.5</b>	<b>2.1</b>	<b>40.0</b>	<b>8</b>
JU	<b>15.8</b>	17.4	<b>5.2</b>	<b>-0.29</b>	137.5	<b>11.1</b>	<b>3.7</b>	20.0	<b>5</b>
BL	14.8	<b>86.4</b>	3.0	0.01	<b>176.0</b>	58.8	5.7	<b>36.7</b>	<b>3</b>
ZH	<b>15.0</b>	<b>85.7</b>	<b>4.2</b>	0.08	<b>204.3</b>	<b>48.4</b>	<b>4.2</b>	<b>28.6</b>	<b>7</b>
FR	12.9	27.8	<b>4.5</b>	<b>-0.16</b>	140.2	<b>10.0</b>	<b>2.4</b>	<b>28.6</b>	<b>5</b>
BE	<b>16.8</b>	<b>52.0</b>	3.5	0.06	<b>182.5</b>	53.5	<b>3.5</b>	<b>28.6</b>	<b>5</b>
SO	14.5	<b>55.5</b>	<b>4.1</b>	0.22	141.9	71.9	5.4	20.0	<b>2</b>
SH	<b>17.1</b>	<b>74.7</b>	<b>4.1</b>	0.30	<b>173.7</b>	<b>32.9</b>	5.1	<b>43.3</b>	<b>6</b>
VS	13.5	24.9	<b>6.0</b>	0.02	<b>159.1</b>	<b>7.3</b>	<b>3.4</b>	10.0	<b>4</b>
TG	13.8	40.8	3.1	0.29	116.2	82.0	<b>4.0</b>	20.0	<b>1</b>
AG	12.8	<b>70.0</b>	3.3	0.09	131.4	<b>15.3</b>	5.5	20.0	<b>2</b>
GL	<b>15.9</b>	0.0	2.3	<b>-0.12</b>	116.2	84.9	5.5	<b>23.8</b>	<b>3</b>
SZ	12.4	11.4	2.3	0.17	99.6	84.9	4.9	14.3	<b>0</b>
ZG	11.5	<b>79.8</b>	3.2	0.10	153.1	76.5	4.4	<b>28.6</b>	<b>2</b>
SG	14.1	41.0	3.1	0.01	141.6	84.3	<b>3.4</b>	<b>23.8</b>	<b>2</b>
GR	14.7	31.3	2.3	0.14	<b>161.8</b>	<b>38.6</b>	4.8	6.7	<b>2</b>
UR	<b>15.0</b>	0.0	1.7	0.13	116.9	91.4	5.4	14.3	<b>1</b>
OW	13.8	0.0	1.7	0.17	96.3	87.4	5.6	0.0	<b>0</b>
LU	13.9	<b>50.7</b>	3.3	0.19	136.4	84.4	4.5	14.3	<b>1</b>
AR	<b>16.1</b>	0.0	1.9	0.13	135.0	85.8	5.5	<b>22.9</b>	<b>2</b>
NW	11.3	0.0	2.0	0.47	93.8	83.3	4.9	4.8	<b>0</b>
AI	<b>15.0</b>	0.0	1.1	<b>-0.03</b>	81.9	85.1	5.3	9.5	<b>2</b>
MW	14.8	44.4	3.7	0.00	157.6	50.4	4.2	22.4	

Anmerkungen: Fett gedruckte Werte stehen für Schubkraft, der Index gibt die Anzahl Schubkräfte in einem Kanton wieder. Ausschlaggebend für die Klassifizierung einer Variable als Schubkraft der Kosten der Krankenversicherung in den einzelnen Kantonen ist der Variablenwert des jeweiligen Kantons im Verhältnis zum arithmetischen Mittel (vgl. hierzu Freitag 1996). Die Reihenfolge der Kantone entspricht der absteigenden Höhe der durchschnittlichen Bruttokosten pro Versicherungsmonat 1994-1999.