

Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich

Sitzung vom 13. März 2013

278. Krankenversicherung (Genehmigung von Tarifverträgen und Festsetzung der Tarife ab 2012 im stationären Bereich der Akutsomatik)

1. Ausgangslage

Nach dem am 1. Januar 1996 in Kraft getretenen Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) hatten die Versicherer ihren Anteil an der Finanzierung der Spitäler nach den anrechenbaren tatsächlichen Betriebskosten zu entrichten. Mit dem Ziel, den Wettbewerb unter den Spitälern zu fördern, revidierten die eidgenössischen Räte am 21. Dezember 2007 das KVG und stellten auf den 1. Januar 2012 die Spitalfinanzierung auf leistungsbezogene Fallpauschalen um. Sie legten fest, dass sich die Fallpauschalen (Tarife) an der Entschädigung für effiziente und günstige Spitäler orientieren müssen. Wie diese Entschädigung zu finden ist und welcher Massstab bei der Bestimmung der effizienten und günstigen Spitäler angewendet werden soll, liessen die Räte offen. Trotz der Einführungsfrist von vier Jahren konnte in dieser Frage keine Klarheit geschaffen werden. Versicherer und Spitäler mussten im Hinblick auf das Jahr 2012 Tarifverhandlungen vor dem Hintergrund unterschiedlicher Gesetzesauslegung durch Bundesrat, Preisüberwachung und Kantone aufnehmen. Diese Rechtsunsicherheit führte dazu, dass nur wenige Tarifverträge ausgehandelt wurden und der Regierungsrat mit Wirkung ab 1. Januar 2012 für alle Spitäler provisorische Tarife festlegen musste (RRB Nrn. 1493/2011 und 1143/2012). Im vorliegenden Verfahren muss nun endgültig über die Höhe der Tarife entschieden werden. Dabei gilt es, die nach wie vor zentrale Fragestellung nach den günstigen und effizienten Spitälern zu beantworten.

Die ab 1. Januar 2012 vorgeschriebenen leistungsbezogenen Fallpauschalen für die Abgeltung der stationären Untersuchung und Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem auf der kantonalen Spitalliste geführten Spital oder Geburtshaus beruhen auf der gesamtschweizerischen Tarifstruktur SwissDRG (DRG = Diagnosis Related Groups). Leistungen von Spitälern in ausgewählten Bereichen wie beispielsweise Rehabilitation, Psychiatrie oder Suchtmittelbehandlung (Alkoholismus und Drogenabhängigkeit) können vom Anwendungsbereich der DRG-Fallpauschalen ausgenommen werden. Weil für die Vergütung dieser Leistungen ab 1. Januar 2012 noch kein schweizweit einheitliches leistungsbezogenes Tarifsysteem zur Verfügung steht, können in diesen Bereichen die bisherigen Tarifstrukturen vorerst weitergeführt werden.

SwissDRG gibt zwar die Tarifstruktur schweizweit vor, nicht aber den Tarifansatz in Franken, mit dem die Leistungen zu vergüten sind. Diese Tarife sind gemäss KVG wie bisher zwischen Leistungserbringern und Versicherern zu vereinbaren. Die Rolle des Staates beschränkt sich auf die Prüfung und Genehmigung der Tarifverträge; bei Scheitern der Verhandlungen bzw. solange vereinbarte Tarife nicht genehmigt sind, kommt dem Staat die aktive Rolle der hoheitlichen Festlegung der Tarife zu.

Mit dem neuen Vergütungssystem wurden auf Ende 2011 alle altrechtlichen Tarifverträge hinfällig, weshalb die Tarife ab 1. Januar 2012 neu verhandelt werden mussten. Die Spitäler und Versicherer konnten je für sich die Verhandlungen führen, oder sich zu Vertragsgemeinschaften zusammenschliessen. Im Kanton Zürich verhandelte der Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK) für die meisten Zürcher Listenspitäler auf der einen Seite, während auf der anderen Seite der Grossteil der Versicherer durch tarifsuisse oder die Einkaufsgemeinschaft der Krankenversicherer Helsana/Sanitas/KPT (Einkaufsgemeinschaft HSK; nachfolgend «HSK») vertreten ist.

Im vorliegenden Beschluss wird ausschliesslich über Anträge zur Abgeltung von Leistungen befunden, die nach dem SwissDRG-System mit Fallpauschalen abzurechnen sind. Über die Abgeltung der nicht nach diesem System abzurechnenden weiteren stationären Leistungen der Spitäler (Rehabilitation, Psychiatrie [einschliesslich Psychiatrie in akutsomatischen Spitälern], Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker [Leistungsgruppe AVA] und Palliative Care Kompetenzzentrum [Leistungsgruppe PAL; soweit nicht über Fallpauschalen tarifiert]) wird der Regierungsrat mit gesonderten Beschlüssen entscheiden.

2. Eröffnung Tarifgenehmigungs- und -festsetzungsverfahren

Auf Aufforderung der Gesundheitsdirektion verhandelten die Leistungserbringer und Versicherer im Verlaufe des Jahres 2011 Verträge mit leistungsbezogenen Fallpauschalen für das Jahr 2012. Anträge auf Genehmigung entsprechender Vereinbarungen oder – im Falle gescheiterter Verhandlungen – auf Tariffestsetzung gingen erst im Verlaufe des Monats November 2011 bei der Gesundheitsdirektion ein (vgl. dazu Beilage 1). Gleichzeitig äusserten sich die Verhandlungsparteien auch zum Vorschlag der Gesundheitsdirektion auf eine provisorische Tariffestsetzung. Dieser Schritt wurde nötig, weil eine endgültige Tariffestsetzung erst nach Anhörung der Preisüberwachung zulässig ist und Letztere aufgrund der mit der Systemumstellung verbundenen Mehrarbeit eine Stellungnahme für das Jahr 2012 erst im Laufe des Jahres 2012 in Aussicht stellte.

3. Festlegung provisorischer Tarife und Bestätigung durch Bundesverwaltungsgericht

Mit Beschluss vom 7. Dezember 2011 setzte der Regierungsrat für die Dauer der Verfahren betreffend Tarifgenehmigung oder -festsetzung mit Wirkung ab 1. Januar 2012 provisorische Fallpauschalen (für Schweregrad 1,0) von Fr. 9500 für Nicht-Universitätsspitäler und von Fr. 11 400 für Universitätsspitäler fest (RRB Nr. 1493/2011). Gleichzeitig wurde die rückwirkende Geltendmachung der Tariffdifferenz durch die Berechtigten vorbehalten, falls im Endentscheid endgültige Tarife genehmigt oder festgesetzt werden, die von den vorsorglich festgesetzten abweichen.

Für die Vergütung der Behandlungen der Leistungsgruppe PAL Palliative Care Kompetenzzentrum wurde den Spitälern für die Dauer der Verfahren betreffend Genehmigung oder Festsetzung der Tarife in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Möglichkeit eingeräumt, ab 1. Januar 2012 anstelle von Fallpauschalen nach SwissDRG mittels Tagespauschalen abzurechnen.

Gegen die vom Regierungsrat am 7. Dezember 2011 erlassenen provisorischen Tarife gingen drei Beschwerden beim Bundesverwaltungsgericht ein. Eine Beschwerde wurde zurückgezogen und auf die übrigen Beschwerden ist das Bundesverwaltungsgericht nicht eingetreten.

Mit Beschluss vom 7. November 2012 (RRB Nr. 1143/2012) zog der Regierungsrat die provisorische Fallpauschale für das Kinderspital Zürich in Wiedererwägung und setzte diese rückwirkend ab 1. Januar 2012 neu auf Fr. 12 800 fest. Gleichzeitig wurde das Kinderspital ermächtigt, rückwirkend ab dem 1. Januar 2012 die Differenz zwischen dem mit RRB Nr. 1493/2011 angeordneten vorsorglichen Tarif und dem neuen vorsorglichen Tarif nachzufordern. Der Entscheid ist rechtskräftig.

4. Einreichung weiterer Daten und Stellungnahmen zu Ausführungen der Gegenparteien

Mit Schreiben vom Februar 2012 wurden den Tarifpartnern jeweils die Stellungnahmen der Gegenparteien zur Anhörung zugestellt. Zugleich erhielten sie Gelegenheit, weitere Verträge nachzureichen und sich zum Zürcher Fallkostenvergleich der Gesundheitsdirektion zu äussern, den diese als Massstab zur Bestimmung von effizienten und günstigen Spitälern in Aussicht stellte. Die in der Folge bis Ende Mai 2012 eingegangenen Verträge und Stellungnahmen sind in Beilage 1 zu diesem Beschluss zusammengefasst.

5. Empfehlungen der Preisüberwachung und Anhörung Patientinnen- und Patientenschutzorganisationen

Nach Art. 14 des Preisüberwachungsgesetzes müssen die Tarife vor dem endgültigen Genehmigungs- oder Festsetzungsentscheid des Regierungsrates der Preisüberwachung vorgelegt werden. Die Gesundheitsdirektion lud demgemäss die Preisüberwachung mit Schreiben vom 29. Juni 2012 ein, zu den von den Tarifpartnern beantragten Tarifen Stellung zu nehmen bzw. eine Empfehlung abzugeben.

Gestützt auf die ihr vorliegenden Kostendaten von Spitälern aus der ganzen Schweiz entwickelte die Preisüberwachung einen eigenen Fallkostenvergleich auf der Grundlage nationaler Benchmark-Werte je für die Kategorien Universitätsspitäler, nichtuniversitäre Spitäler und Geburtshäuser. In der Kategorie «nichtuniversitäre Spitäler» diene ihr als Massstab der arithmetische Durchschnitt der aus ihrer Zahlengrundlage gezogenen günstigsten fünf Spitäler der Schweiz mit breitem Behandlungsspektrum, davon allein vier Zürcher Spitäler (Kantonsspital Winterthur, Spital Wetzikon, Spital Limmattal und Spital Zollikerberg). In der Kategorie «Universitätsspitäler» diene ihr das nach ihrer Rechnung günstigste Universitätsspital (Inselsspital Bern) als Massstab. Bei den Geburtshäusern verzichtet die Preisüberwachung auf eine Prüfung der Zürcher Institutionen und verweist auf ihre Empfehlungen zu ausserkantonalen Häusern.

Sie empfiehlt für alle Kategorien, die ermittelten Referenzwerte als Obergrenze festzusetzen, und rechnet für alle Spitäler eine Toleranzmarge von 2% ein. Für Spitäler, deren Fallkosten nach ihren Berechnungen unter den Benchmark-Werten liegen, empfiehlt sie die Festsetzung der spitalindividuellen Kosten. Dabei beruft sie sich auf die noch vor der KVG-Revision entwickelte Rechtsprechung.

Im Detail hat die Preisüberwachung zur Ermittlung der spitalindividuellen Kosten neben Intransparenzabzügen von 2% zusätzlich normative Abschläge für Forschung und universitäre Lehre sowie für Mehrleistungen bei Zusatzversicherten vorgenommen. Umgekehrt schlägt sie auf die dem Festsetzungsverfahren zugrunde liegenden Spitalkosten des Jahres 2010 eine normative Teuerung für ein Jahr dazu sowie die Fallkostenerhöhung aufgrund der mit der Einführung von SwissDRG einhergehenden Fallzusammenführung und für die Zürcher Spitäler die Auswirkungen der inzwischen erfolgten Besoldungsrevision, sofern die Preisüberwachung diese Kosten pro Spital als ausgewiesen erachtet. Allgemein abgelehnt hat die Preisüberwachung im Übrigen die von den Spitälern beantragten weiteren Zuschläge wie beispielsweise für unternehmerisches Risiko, Innovationen und Qualitätssicherung oder Darlehensrückzahlungen.

Spitalindividuelle Empfehlungen gibt die Preisüberwachung nur für die von ihr für ihren Benchmark ausgewählten Zürcher Spitäler und für das USZ ab. Für die restlichen Spitäler verzichtet sie im Schreiben vom 30. November 2012 auf die Abgabe einer detaillierten Stellungnahme und empfiehlt, Fallpauschalen von höchstens Fr. 8974 und für die Geburtshäuser von höchstens Fr. 9284 zu genehmigen oder festzusetzen.

Zusammenfassend empfiehlt die Preisüberwachung mit Schreiben vom 9. und 31. Oktober sowie vom 30. November 2012 folgende stationären Spitaltarife für die Zürcher Spitäler:

| Spitalkategorie bzw. Spital | Empfehlung PÜ (in Franken) |
|-----------------------------------|----------------------------|
| <i>Universitätsspitäler</i> | |
| Universitätsspital Zürich | 9674 |
| Kinderspital Zürich | 9674 |
| Universitätsklinik Balgrist | 8187 |
| <i>Nicht-Universitätsspitäler</i> | |
| Kantonsspital Winterthur | 8665 |
| GZO AG Spital Wetzikon | 8730 |
| Spital Limmattal | 8711 |
| Spital Zollikerberg | 8955 |
| Übrige Spitäler: | 8974 |
| – Stadtspital Triemli | |
| – Klinik Hirslanden | |
| – Spital Uster | |
| – Spital Bülach | |
| – Stadtspital Waid | |
| – Spital Männedorf | |
| – Schulthess-Klinik | |
| – See-Spital Standort Horgen | |
| – See-Spital Standort Kilchberg | |
| – Spital Affoltern | |
| – Paracelsus-Spital Richterswil | |
| – Schweiz. Epilepsie-Zentrum | |
| – Uroviva Klinik für Urologie | |
| – Klinik Susenberg | |
| – Adus Medica | |
| – Limmatklinik | |
| <i>Geburtshäuser</i> | |
| – Geburtshaus Zürcher Oberland | 9284 |
| – Geburtshaus Delphys | |
| – Geburtshaus Weinland | |

Bei Tarifverträgen zwischen Verbänden sind zusätzlich zur Preisüberwachung diejenigen Organisationen anzuhören, welche die Interessen der Versicherten vertreten (Art. 43 Abs. 4 KVG). Die Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz und der Dachverband der Schweizerischen Patientenstellen (DSVP) waren deshalb mit Schreiben vom 6. August 2012 eingeladen worden, bis zum 31. August 2012 zu den Tariffestsetzungsbegehren der Tarifpartner Stellung zu nehmen. Sie liessen sich nicht vernehmen.

6. Schlussstellungnahme und endgültige Genehmigungs- und Festsetzungsanträge

Mit Schreiben der Gesundheitsdirektion vom 21. November 2012 und 6. Dezember 2012 wurden die Spitäler, Geburtshäuser und Versicherer eingeladen, sich bis zum 11. Januar 2013 zu den Empfehlungen der Preisüberwachung zu äussern sowie allenfalls geänderte oder neu ausgehandelte Tarifverträge ab 1. Januar 2012 nachzureichen. Gleichzeitig wurde den Tarifpartnern eröffnet, dass die Gesundheitsdirektion beabsichtige, die Empfehlungen der Preisüberwachung teilweise nicht zu befolgen, und ihr eigenes Benchmarksystem (mit Tariffestsetzung auf dem 40. Perzentil) bei der Tariffindung anzuwenden. Im Detail wurde nachstehender Tariffestsetzungsvorschlag eröffnet:

| Spitäler | mit Notfallstation (in Fr.) ¹ | ohne Notfallstation (in Fr.) |
|--|--|---|
| <i>Betrag in Klammern = max. Toleranzwert für vertraglich vereinbarte Fallpauschalen</i> | | |
| Universitätsspital Zürich | 11 300 (11 530) | |
| Kinderspital Zürich | 12 800 ² (13 310) | |
| nichtuniversitäre Spitäler | 9 460 (9 650) | 9 260 (9 450) |
| Geburtshäuser | | 9 830 ³ |
| Universitätsklinik Balgrist | | 10 320 (10 530) |
| Schweiz. Epilepsie-Zentrum | | für 2012: 10 150 ⁴ (10 350) ab 2013: 13 850 ⁴ (14 130) |

1 Die Differenzierung nach Spitälern mit und ohne Notfallstationen wird nachfolgend unter Ziff. 9.1.5.1 erläutert.

2 Der Benchmark für universitäre Kinderspitäler beträgt Fr. 13 050. Da das Kinderspital Zürich Fr. 12 800 beantragt, ist dieser Wert für die Festsetzung massgebend.

3 Bisher liegen keine Kosten-/Leistungsdaten von mindestens vier Geburtshäusern vor, weshalb noch kein Benchmarking möglich war. Sofern im Rahmen der Schlussstellungnahme keine entsprechenden Daten eingereicht werden, wird mangels Alternative auf den national zwischen den HSK-Versicherern und der Interessengemeinschaft der Geburtshäuser der Schweiz vereinbarten Tarif von Fr. 9 830 abgestellt.

4 Vom Schweregrad der Patientinnen und Patienten in den Jahren 2010/2011 kann keine verlässliche Prognose für den effektiven Schweregrad im Jahr 2012 bzw. 2013 abgeleitet werden. Deshalb sind Massnahmen zur Absicherung gegen ungeplante CMI-Veränderungen vorzusehen. Zudem ist die für das Jahr 2012 als sachgerecht beurteilte Fallpauschale ertragsneutral auf das Jahr 2013 umzurechnen.

Gleichzeitig wurden die Tarifpartner darauf hingewiesen, dass die von der Gesundheitsdirektion vorgesehenen Tarife auch für solche Spitäler und Versicherer Geltung haben werden, deren Tarifverträge nicht genehmigungsfähig seien, weil der vereinbarte Tarif entweder über der Toleranzmarge von 2% liege oder aber auf einem so tiefen Betrag abgeschlossen worden sei, dass die Versorgungssicherheit infrage stehe. Die Vertragsparteien wurden ersucht, ihre Verträge unter diesen Gesichtspunkten zu prüfen und gegebenenfalls bis am 11. Januar 2013 anzupassen. Die in der Folge eingegangenen Anträge und Begründungen der Tarifpartner sind in Beilage 1 zu diesem Beschluss aufgeführt.

Die folgende Tabelle zeigt eine Übersicht zu den Fallpauschalen, wo sich die Tarifpartner nicht auf Verträge einigen konnten und wie sie von ihnen zur hoheitlichen Festsetzung beantragt sind:

| Übersicht Festsetzungsanträge im vertragslosen Zustand (in Franken) | | | | |
|---|---|---|----------------|-------|
| | tarifsuisse | HSK | Assura / Supra | PÜ |
| Universitätsspital Zürich | KV: 9 674 LE: 12 300 | KV: 9 918 KV: 10 485 evtl. LE: 12 300 | – | 9 674 |
| Kantonsspital Winterthur | KV: 8 665 LE: 9 650 | – | – | 8 675 |
| Stadtpital Triemli | KV: 8 974 LE: 10 690* | – | – | 8 974 |
| Klinik Hirslanden | KV: 8 974 LE: 10 350 LE: 10 250 evtl. | – | – | 8 974 |
| GZO AG Spital Wetzikon | KV: 8 130 LE: 9 890* | – | – | 8 730 |
| Spital Uster | KV: 8 974 LE: 9 890* | – | – | 8 974 |
| Spital Limmattal | KV: 8 711 LE: 9 890* | – | – | 8 711 |
| Spital Bülach | KV: 8 974 LE: 9 890* | – | – | 8 974 |
| Spital Zollikerberg | KV: 8 955 LE: 9 890* | – | – | 8 955 |
| Stadtpital Waid | KV: 8 974 LE: 9 890* | – | – | 8 974 |
| Spital Männedorf | KV: 8 974 LE: 9 890* | – | – | 8 974 |
| Schulthess-Klinik | KV: 8 974 LE: 9 890* | – | – | 8 974 |

| | tarifsuisse | HSK | Assura / Supra | PÜ |
|-------------------------------|---|---|--------------------------------------|---------------|
| Kinderspital Zürich | KV: 9674 LE: 13255 | – | KV: – LE: | 9674 13255 |
| See-Spital Standort Horgen | KV: 8974 LE: 9890* | – | – | 8974 |
| See-Spital Standort Kilchberg | KV: 8974 LE: 9890* | – | – | 8974 |
| Universitätsklinik Balgrist | KV: 8187 LE: 10900 | – | – | 8187 |
| Spital Affoltern | KV: 8974 LE: 9890* | – | – | 8974 |
| Paracelsus-Spital Richterswil | KV: 8974 LE: 9890* | – | – | 8974 |
| Schweiz. Epilepsie-Zentrum | KV: 8974 LE: 11119* | KV: – LE: 11119* | – | 8974 |
| Uroviva Klinik für Urologie | KV: 8974 LE: 9500 | – | – | 8974 |
| Klinik Susenberg | KV: 8974 LE: 9460 | KV: – LE: 9460 | KV: – LE: 9460 | 8974 |
| Adus Medica | KV: 8974 LE: 10500 LE: 9460 evtl. | KV: 9200 LE: 10500 LE: 9460 evtl. | KV: – LE: 10500 LE: 9460 evtl. | 8974 |
| Limmatklinik | KV: 8974 LE: 9520 | – | – | 8974 |
| Geburtshaus Zürcher Oberland | KV: 8974 LE: 9830 | – | – | 9284 |
| Geburtshaus Delphys | KV: 8974 LE: 9830 | – | – | 9284 |
| Geburtshaus Weinland | KV: 8974 LE: 9830 | – | – | 9284 |

KV = Antrag Krankenversicherer
 LE = Antrag Leistungserbringer (* = durch VZK)
 evtl. = Eventualantrag

Wo sich die Tarifpartner auf Verträge einigen konnten, werden folgende Fallpauschalen zur Genehmigung beantragt:

| Übersicht Genehmigungsanträge (in Franken) | | | |
|--|-------------|--------|----------------|
| | tarifsuisse | HSK | Assura / Supra |
| Universitätsspital Zürich | – | – | 11 279 |
| Kantonsspital Winterthur | – | 9 650 | 9 650* |
| Stadtspital Triemli | – | 10 300 | 10 300* |
| Klinik Hirslanden | – | 10 250 | 10 250 |
| GZO AG Spital Wetzikon | – | 9 650* | 9 650* |
| Spital Uster | – | 9 650* | 9 650* |
| Spital Limmattal | – | 9 650* | 9 650* |
| Spital Bülach | – | 9 650* | 9 650* |
| Spital Zollikerberg | – | 9 650* | 9 650* |
| Stadtspital Waid | – | 9 650* | 9 650* |
| Spital Männedorf | – | 9 650* | 9 650* |
| Schulthess-Klinik | – | 9 450 | 9 450 |
| Kinderspital Zürich | – | 12 800 | – |
| See-Spital Standort Horgen | – | 9 650* | 9 650* |
| See-Spital Standort Kilchberg | – | 9 650* | 9 650* |
| Universitätsklinik Balgrist | – | 10 450 | 10 500 |
| Spital Affoltern | – | 9 650* | 9 650* |
| Paracelsus-Spital Richterswil | – | 9 650* | 9 650* |
| Schweiz. Epilepsie-Zentrum | – | – | 10 850* |
| Uroviva Klinik für Urologie | – | 9 125 | 9 125 |
| Klinik Susenberg | – | 9 450 | – |
| Adus Medica | – | – | – |
| Limmatklinik | – | 9 250 | 9 250* |
| Geburtshaus Zürcher Oberland | – | 9 830 | 9 830 |
| Geburtshaus Delphys | – | 9 830 | 9 830 |
| Geburtshaus Weinland | – | 9 830 | 9 830 |

* Tarifvertrag durch VZK abgeschlossen

7. Im Festsetzungsentscheid zu klärende Punkte

Streitig und vom Regierungsrat zu entscheiden sind im Wesentlichen folgende Punkte:

| Streitpunkt | Erläuterung |
|---|--|
| Preisfinanzierung oder Kostenabgeltung | Benchmark als Preis bzw. einheitliche Fallpauschale oder lediglich als Obergrenze für Vergütung von spitalindividuellen Kosten |
| Massstab für effiziente Leistungserbringung | Günstigstes Spital (Minimum) oder Spital mit (unter-)durchschnittlichen Kosten (40. oder 50. Perzentil) |

| Streitpunkt | Erläuterung |
|---|---|
| Benchmark-Kategorien | Eine Kategorie für alle Spitäler oder Unterteilung in Kategorien (Universitäts- spitäler, universitäre Kinderspitäler, weitere Spitäler und Geburtshäuser) |
| Massgebendes Datenmaterial | Schweizweites Benchmarking oder Zürcher Benchmarking für nichtuniversitäre Spitäler |
| Abzüge für Intransparenz und Überkapazitäten | Abstellen auf alte KVG-Bestimmungen oder Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung |
| Abzüge für Forschung und universitäre Lehre | Abzug gemäss ausgewiesenen Kosten pro Spital oder normative Abzüge |
| Zuschläge auf Kosten 2010 | Berücksichtigung von Zuschlägen für Fallzusammenführung, Kosten Besoldungs- revision 2010, unternehmerischer Risiko- zuschlag, Darlehensrückzahlung, Aus- und Weiterbildung |
| Ermessensspielraum der Tarifvertrags- parteien | Weitgehende Berücksichtigung des Verhandlungsprimats durch die Tarifgenehmigungsbehörde oder nur beschränkte Abweichung vom Benchmark genehmigungsfähig |
| Tariffdifferenzierung für Spezialfälle | Keine Tariffdifferenzierung oder Abweichung vom Benchmark für Spezialfälle |

Hintergrund dieser Fragestellungen ist insbesondere die unklare Gesetzeslage zur Bestimmung der für die Tariffestlegungen massgebenden günstigen und effizienten Spitäler. Diese widerspiegelt sich in den voneinander abweichenden Stellungnahmen und Anträgen der Spitäler, Versicherer, der Preisüberwachung und der Haltung des Bundesrates. Aber selbst innerhalb der verschiedenen Interessengruppen herrschen teilweise unterschiedliche Meinungen. So sind sich insbesondere die Versicherer uneinig und zerfallen in zwei Lager. Während die eine Gruppierung HSK mit den meisten Spitalern Verträge innerhalb der Bandbreiten der von der Gesundheitsdirektion eröffneten Festsetzungsvorstellungen abgeschlossen hat, kamen mit der in tarifsuisse zusammengeschlossenen Gruppierung keine Tarifverträge zustande.

Auf die einzelnen Parteivorbringen wird, soweit für den Entscheid erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

8. Grundsätze der Tarifierung

8.1 Allgemeine Grundsätze der Tarifierung

Die allgemeinen Grundsätze zur Tariffindung entweder mittels Verträgen oder im hoheitlichen Festsetzungsverfahren sind in Art. 43 KVG festgehalten. Parteien eines Tarifvertrages sind einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder deren Verbände einerseits sowie einzelne oder mehrere Versicherer oder deren Verbände andererseits (Art. 46 Abs. 1 KVG). Nach Art. 46 Abs. 4 KVG bedürfen kantonale Tarifverträge der Genehmigung durch den Regierungsrat. Dieser hat zu prüfen, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht. Widerspricht ein Tarifvertrag diesen Vorgaben, kann er nicht genehmigt werden bzw. es liegt kein rechtsgültiger Tarifvertrag und somit ein tarifloser Zustand vor. Kommt zwischen Leistungserbringern und Versicherern kein (genehmigungsfähiger) Tarifvertrag zustande, setzt die Kantonsregierung nach Anhörung der Beteiligten den Tarif fest (Art. 47 Abs. 1 KVG). Weicht die Kantonsregierung von den Empfehlungen der Preisüberwachung ab, hat sie dies zu begründen (Art. 14 Abs. 2 Preisüberwachungsgesetz).

8.2 Besondere Grundsätze für stationäre Spitaltarife

Für Tarifverträge mit Spitälern oder Geburtshäusern gelten insbesondere die in Art. 49 KVG festgelegten Grundsätze.

Vorgeschrieben sind für die meisten Behandlungen leistungsbezogene Fallpauschalen. Im akutsomatischen Bereich haben sich die Tarifparteien und die Kantone gestützt auf Art. 49 Abs. 2 KVG auf ein DRG-Fallpauschalensystem geeinigt. Nach Art. 49 Abs. 1 letzter Satz KVG haben sich die Fallpauschalen sodann an der Entschädigung jener Spitäler zu orientieren, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Dazu hat der Bundesrat nach Art. 49 Abs. 8 KVG schweizweite Betriebskostenvergleiche zwischen Spitälern anzuordnen und zu veröffentlichen. Ein solcher Betriebskostenvergleich fehlt indessen bis heute. Der Kanton Zürich hat für diesen Fall in § 24 des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes (SPFG; LS 813.20) Vorsorge getroffen; bei Fehlen eines bundesrechtlichen Vergleichs wird die Gesundheitsdirektion ermächtigt, die Betriebsvergleiche für die Zürcher Listenspitäler durchzuführen.

8.3 Ablösung Kostenabgeltungsprinzip durch Leistungsfinanzierung

Zahlreiche Leistungserbringer sind der Auffassung, dass sich die Spitaltarife mit der Gesetzesänderung vom 21. Dezember 2007 nicht mehr an Kosten zu orientieren haben, sondern dass eine verhältnismässig freie Preisfindung herrscht. Demgegenüber vertreten tarifsuisse und die Preisüberwachung den Standpunkt, mit der KVG-Revision 2007 habe sich an den früheren Tarifierungsgrundsätzen nichts geändert. Zur Begründung ihres Standpunkts verweisen sie auf Entscheide des Bundesverwaltungsgerichts zu Spitaltarifen, denen das altrechtliche Kostenerstattungsprinzip (Objektfinanzierung) zugrunde liegt und sich die Spitalfinanzierung nicht nach den auf 1. Januar 2012 in Kraft getretenen SwissDRG-Fallpauschalen richten muss. Insbesondere wird von tarifsuisse und Preisüberwachung geltend gemacht, ein Tarif dürfe gemäss Art. 59c Abs. 1 Bst. a und b der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) höchstens dem Preis für eine effiziente und günstige Leistungserbringung entsprechen, nie aber die transparent ausgewiesenen Kosten des einzelnen Leistungserbringers übersteigen. Damit stellt sich die Frage, ob die Verordnungsbestimmung vom KVG gedeckt bzw. ob sie – mit Blick auf die neue Spitalfinanzierung – auch auf Spitäler zur Anwendung gelangt. Sollte dies der Fall sein, dürften den unter dem Benchmark liegenden Spitälern höchstens die tatsächlichen Kosten vergütet werden, wohingegen gemäss Art. 49 KVG vergleichbaren Spitälern zwingend Anspruch auf einen einheitlichen Preis bzw. eine einheitliche Fallpauschale auf Grundlage eines effizient und günstig arbeitenden Spitals eingeräumt wird.

Die Botschaft des Bundesrates (Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [Spitalfinanzierung] vom 15. September 2004, BBl 2004 5551 ff., 5569) hält dazu fest, ein wichtiges Ziel der Vorlage sei eine Stärkung des Wettbewerbsgedankens im Tarifbereich. Neu sollen Leistungen finanziert und nicht mehr Kosten gedeckt werden. Diese Art der Finanzierung habe den Vorteil, dass die erbrachte Leistung tarifiert wird und damit das Preis-Leistungs-Verhältnis im Vordergrund steht: «Die leistungsbezogene Pauschale ist der <Preis>, den der Versicherer für die Leistungserbringung vergütet» (BBl 2004 5577).

Vor diesem Hintergrund erweist sich die Vorgabe des Bundesrates in Art. 59c KVV, wonach lediglich die ausgewiesenen Kosten vergütet werden dürften, als mit der KVG-Revision vom Dezember 2007 mit Blick auf die neue Spitalfinanzierung nicht vereinbar. Sie datiert zudem noch vor dem Parlamentsentscheid vom Dezember 2007 zur neuen Spitalfinanzierung. Art. 59c KVV wurde vom Bundesrat am 27. Juni 2007 erlassen und auf den 1. August 2007 in Kraft gesetzt. Es muss somit davon

ausgegangen werden, dass sich die fragliche Ordnungsbestimmung noch auf das frühere Recht (aArt. 49 Abs. 1 KVG) abstützt und die damals geltende Objektfinanzierung wiedergibt. Nachdem der revidierte Art. 49 Abs. 1 KVG neu eine Orientierung der Tarife an effizienten Spitälern – nicht aber am effizientesten – verlangt, kann Art. 59c Abs. 1 Bst. a KVV ab 1. Januar 2012 in Bezug auf stationäre Spitaltarife nicht mehr angewendet werden. Ab 1. Januar 2012 sind deshalb für die zu genehmigenden oder festzusetzenden Tarife für vergleichbare Spitäler (d. h. pro Spitalkategorie) grundsätzlich einheitliche Tarife festzulegen, die sich an den effizienten und günstigen Spitälern messen. Spitäler, deren Kosten unter diesem Massstab liegen, haben somit Anspruch auf eine entsprechende Abgeltung über ihren ausgewiesenen Kosten. Würden ihnen höchstens die tatsächlichen Kosten vergütet, entfielen der Anreiz, überdurchschnittlich effizient und damit günstig zu bleiben. Dies hätte zur Folge, dass die Kosten der effizientesten Spitäler auf das Niveau des bisherigen Benchmarks steigen würden, um den höheren Preis zu erzielen. Dies wiederum führte zu einem stetigen Ansteigen des Kostenniveaus über der Landesteuerung und damit zu einer Verunmöglichung der vom Bundesparlament mit der KVG-Revision verfolgten Korrektur der Systemfehler einer reinen Kostenerstattung. Gleichzeitig würde es den Leistungserbringern verunmöglicht, im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) Eigenkapital zu bilden, um jährliche Schwankungen im Geschäftsgang abzufedern.

Das Prinzip des Einheitspreises für gleiche Leistungen ist im KVG-Bereich nicht neu. Einheitspreise gelten beispielsweise schon seit Jahren bei der Vergütung von ambulanten ärztlichen Leistungen nach TARMED: Auch in diesem Bereich wird pro Kanton grundsätzlich für alle Leistungserbringer derselbe Taxpunkt und derselbe Taxpunktwert (und somit auch dieselbe Vergütung) für gleiche Leistungen verrechnet. Dabei wird bei effizient arbeitenden oder über eine günstige Infrastruktur verfügenden Ärztinnen und Ärzten, die einen höheren Ertrag als die dem TARMED zugrunde gelegte Modellpraxis erwirtschaften, die Vergütung nicht gekürzt.

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass mit der Einführung der leistungsbezogenen Finanzierung die Tarife ab dem 1. Januar 2012 grundsätzlich nicht mehr spitalindividuell festzulegen sind. Vielmehr müssen sich die Tarife neu an den Kosten von effizienten und günstigen Spitälern orientieren. Diese Tarife werden somit zu den Preisen für die von den Spitälern erbrachten Leistungen im DRG-Klassifikationssystem.

8.4 Benchmarking auf dem 40. Perzentil als Massstab für effiziente Leistungserbringung

Wie eingangs dargelegt, gibt das KVG auf die zentrale Frage nach dem Massstab von effizienten und günstigen Spitälern, an denen sich die Tarife auszurichten haben, keine Antwort. Der unterschiedlichen Interessenlage der Versicherer, Leistungserbringer und der Preisüberwachung entsprechend, unterscheiden sich die Auffassungen über die korrekte Gesetzesanwendung.

Seitens zahlreicher Leistungserbringer wird beantragt, dass sich der Tarif an den Kosten eines durchschnittlichen Spitals bzw. am arithmetischen Mittel (50. Perzentil) orientieren müsse.

Tarifsuisse und die Preisüberwachung orientieren sich demgegenüber grundsätzlich am Spital mit den geringsten Durchschnittskosten, wobei die Preisüberwachung wie dargelegt die aus ihrer Optik fünf günstigsten Schweizer Spitäler zum Effizienzmassstab erklärt haben will und der Bundesrat die Antwort auf die Frage nach dem günstigen Spital schuldig bleibt.

Die HSK-Versicherer wie auch die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) zur Wirtschaftlichkeit sprechen sich für einen Benchmark aus, der die Versorgungssicherheit gewährleistet, die Unsicherheiten des Systemwechsels abfedert und die wettbewerblichen Elemente des Systems fördert. Konkret erachtet die GDK einen Benchmark zwischen dem 40. und dem 50. Perzentil als sachgerecht.

Nachdem das Bundesrecht die Frage nach dem «günstigen und effizienten» Spital nicht beantwortet, müssen die Kantone für diesen unbestimmten Rechtsbegriff nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen eine sachgerechte Lösung finden. Dabei öffnet sich ein grosser Ermessensspielraum, da die zu beurteilenden Sachverhalte betriebswirtschaftlich komplex und die Begriffe «günstig» und «effizient» interpretationsbedürftig sind. Im Kanton Zürich wird seit rund zehn Jahren eine modellhafte Leistungsabgeltung auf dem 40. Perzentil der Spitäler praktiziert, was dazu geführt hat, dass die Zürcher Spitäler – trotz hoher Lebenshaltungs- und Produktionskosten – im schweizweiten Vergleich auch nach der Prüfung der Preisüberwachung zu den günstigsten zählen. Zugleich hat diese Methodik dazu geführt, dass sich die Fallkosten der Zürcher Spitäler im Verlauf der letzten zehn Jahre stark angenähert haben.

Um den Benchmark für die Zürcher Spitäler zu bestimmen, sind vergleichbare Spitäler zu ermitteln, die über aussagekräftige und vergleichbare Daten verfügen. Die bereinigten Kosten dieser Spitäler werden einander in einem nächsten Schritt gegenübergestellt und dasjenige Spital bezeichnet, das den Benchmark im Sinne von Art. 49 KVG bildet bzw. dessen Fallkosten als Massstab für das effiziente und günstige

Spital im Sinne des Art. 49 KVG dienen und den Preis bestimmen. Die Wahl des Benchmark-Spitals muss so getroffen werden, dass die Versorgungssicherheit gewährleistet bleibt. Gleichzeitig muss für die Leistungserbringer mit hohen Kosten der finanzielle Druck, aber auch Anreiz entstehen, günstiger und effizienter zu werden. Für die Leistungserbringer mit tiefen Kosten muss aber weiterhin ein Antrieb bestehen, ihre Effizienz zu erhalten oder weiter zu verbessern. Ein so gewählter Benchmark entspricht dem vom Gesetzgeber angestrebten Ziel, mit verstärktem Wettbewerb die Wirtschaftlichkeit der Spitäler zu verbessern. Das Benchmark-Modell des Kantons Zürich, das auf die Fallkosten des Spitals auf dem 40. Perzentil abstellt, erfüllt diese Anforderungen. Es liegt unter den Durchschnittskosten und setzt für die Leistungserbringer faire Anreize, besser als der Durchschnitt zu wirtschaften. Dies führt zu laufenden Effizienzsteigerungen und erlaubt es den kostengünstigsten Spitalern, in vertretbarem Ausmass freie Mittel zu erarbeiten, die ihnen Investitionen und Innovationen ermöglichen und zugleich zum Ausgleich von Verlusten oder für Rückstellungen dienen können.

Die Preisüberwachung hat bei ihren Berechnungen nur auf ein paar wenige Spitäler abgestellt. Es liegt somit keine repräsentative Vergleichsbasis vor, die ein zuverlässiges Benchmarking erlauben würde. Zudem widerspricht die von der Preisüberwachung verlangte Orientierung am «effizientesten und günstigsten Leistungserbringer» dem Wortlaut von Art. 49 Abs. 1 letzter Satz KVG, wonach sich die Tarife an jenen Spitalern zu orientieren haben, welche die versicherte Leistung «effizient und günstig» erbringen. Die Empfehlung der Preisüberwachung würde zu systematischen, teils hohen Defiziten bei den meisten Spitalern führen und damit deren Existenz und die Spitalversorgung ernsthaft gefährden. Ein zu hoher Spardruck könnte zudem zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität führen. Dies gilt auch deshalb, da die schweizweite Qualitätsmessung mit einheitlichen Standards erst im Aufbau begriffen ist. Es kann sodann nicht im Sinne des Gesetzgebers sein, versorgungsnotwendigen Spitalern mit einer auf reine Kostensicht beschränkten Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung die Existenzgrundlage zu entziehen. Für die Festlegung des Perzentils gibt es keine allgemeingültigen Richtwerte oder Vorgaben; die Steuerung wirtschaftlicher Vorgänge ist keine genaue Wissenschaft. Zu viele im Voraus nicht bekannte Faktoren und Werte bestimmen bereits unter den laufenden Rechnungsjahren Kosten und Erträge und führen somit zu einem sich in stetem Wandel befindenden System. Immer ist deshalb mit der Vorgabe eines Perzentils auch keine genaue Prognose über ihre Auswirkungen möglich. Der Regierungsrat orientiert sich deshalb in Ausübung des ihm zustehenden Ermessens an den von der Gesundheitsdirektion

bisher gemachten positiven Erfahrungen. Aus diesen Gründen kann den Empfehlungen der Preisüberwachung nicht gefolgt werden und es ist weiterhin das bisherige kantonale Benchmark-Modell anzuwenden. Insgesamt wird mit einem Benchmarking auf dem 40. Perzentil ein stetiger Kostendruck geschaffen, womit dem hinter der KVG-Revision stehenden Wettbewerbsgedanken Rechnung getragen wird.

9. Tariffestsetzung

9.1 DRG Fallpauschalen Schweregrad 1,0

Um das auf dem 40. Perzentil liegende Spital zu ermitteln, dessen Fallkosten für seine Spitalkategorie massgeblich sind, müssen auf Grundlage der vom Bundesrat genehmigten Tarifstruktur SwissDRG nachstehende Schritte vollzogen werden:

1. Bildung Kategorien vergleichbarer Spitäler
2. Bestimmung des massgeblichen Datenmaterials
3. Ermittlung benchmarkrelevanter Kosten
4. Ermittlung des Benchmarks pro Kategorie
5. Spezialfälle

Nachfolgend werden diese technisch komplexen Schritte unter 9.1.1–9.1.5 rechtsgenügend abgehandelt und die sich ergebenden, festzusetzenden Tarife unter 9.1.6 tabellarisch dargestellt.

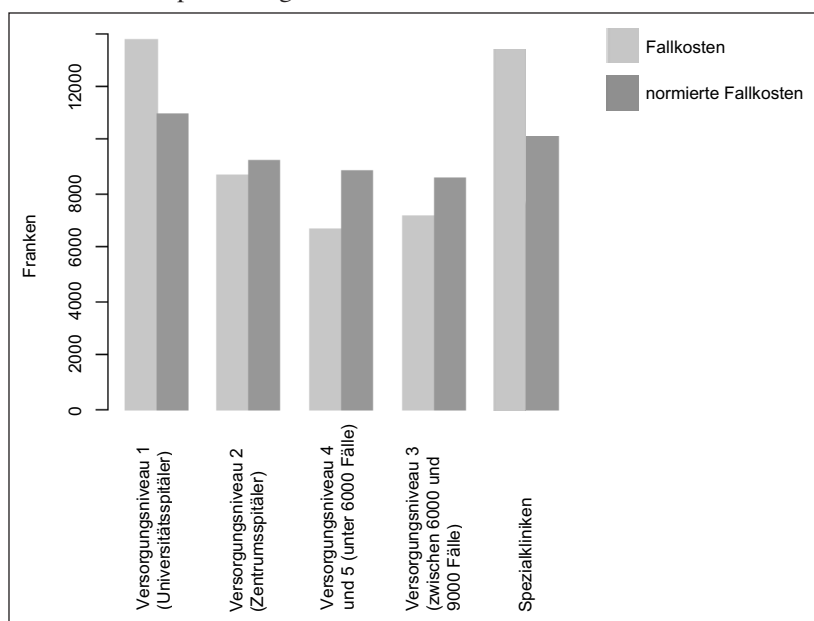
9.1.1 Bildung Kategorien vergleichbarer Spitäler

Die nationale Tarifstruktur SwissDRG weist jeder Fallgruppe ein Kostengewicht bzw. einen relativen Wert zu. Dieser Wert entspricht dem durchschnittlichen finanziellen Aufwand für die Behandlung einer Patientin oder eines Patienten der betreffenden Fallgruppe und wird jährlich von SwissDRG neu berechnet. Die Kostengewichte werden so festgelegt, dass das Kostengewicht von 1,0 dem durchschnittlichen Schweregrad aller Schweizer Patientinnen und Patienten entspricht. Die Vergütung für eine stationäre Behandlung ergibt sich aus der Multiplikation des betreffenden Fallgruppen-Kostengewichts mit der für das Spital geltenden Fallpauschale. Die Tarifstruktur mit ihren Kostengewichten ist schweizweit einheitlich, während die für die Höhe der Vergütung massgebende Fallpauschale in Franken (der KVG-Tarif unter der fachtechnischen Bezeichnung Baserate) zu verhandeln bzw. vom Regierungsrat festzulegen ist. Dieses System ermöglicht es grundsätzlich, den unterschiedlichen Schweregrad der Behandlungen der verschiedenen Spitäler zu berücksichtigen und unterschiedliche Spitäler mit unterschiedlichem «Patientenmix» zu vergleichen. Tarifsuisse vertritt deshalb die Auffassung, dass aufgrund der Berücksichtigung der unterschiedlichen Schweregrade sämtliche Listenspitäler miteinander ver-

gleichbar und keine separaten Benchmarking-Kategorien zu schaffen seien. Demgegenüber anerkennen die HSK-Versicherer und die Preisüberwachung eine Differenzierung für Universitätsspitäler und für Geburtshäuser.

Die national für die Erarbeitung der Tarifstruktur zuständige SwissDRG AG hat wiederholt festgehalten (vgl. Medienmitteilungen vom 1. Mai 2012 und 14. Dezember 2012), dass mit den SwissDRG-Fallpauschalen noch nicht alle Kostenunterschiede zwischen Universitätsspitalern (und anderen Kliniken, die hochkomplexe Leistungen erbringen) und solchen, die einfache Grundleistungen erbringen, sachgerecht abgebildet werden können. Die Partner der SwissDRG AG seien sich deshalb einig, dass eine Preisdifferenzierung mindestens in den ersten Jahren nach Einführung der Fallpauschalen zwingend sei.

Grafik Nr. 1: Durch SwissDRG Version 1.0 erklärte Kostenunterschiede nach Spitalkategorien

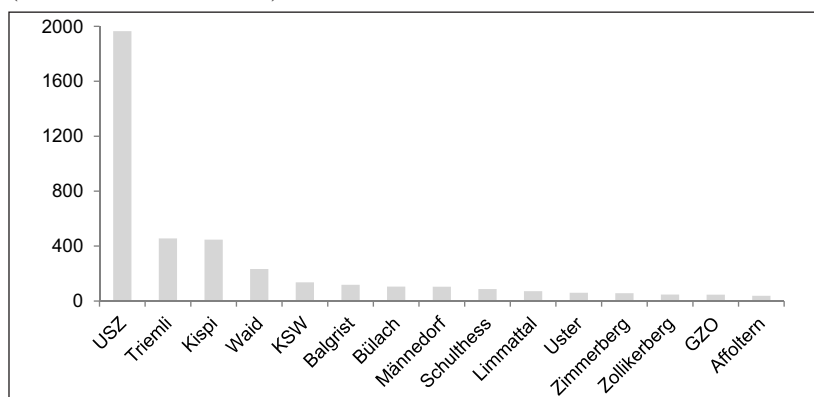


(Original französisch)

Die vorstehende Grafik der SwissDRG AG zeigt auf, dass sich die tatsächlichen durchschnittlichen Fallkosten nach der Spitalkatalogisierung des Bundesamts für Statistik ohne Berücksichtigung des Schweregrads (Fallkosten) stark unterscheiden. Bei Berücksichtigung des Schweregrads (normierte Fallkosten) ergeben sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen Zentrumsspitalern (Versorgungsniveau 2) und

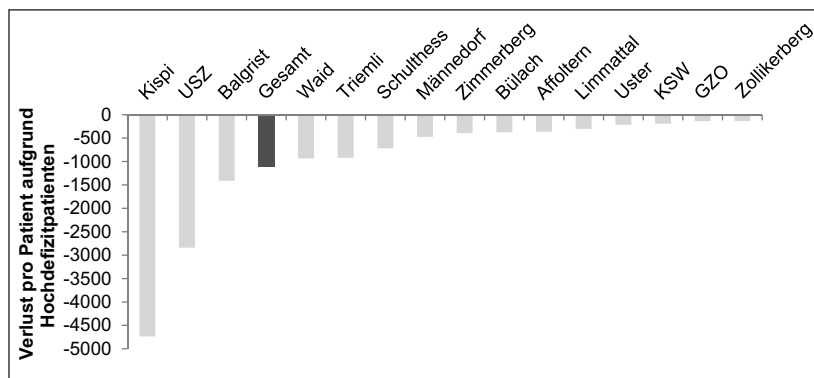
Schwerpunktspitälern (Versorgungsniveau 3–5), weshalb ein direkter Vergleich dieser Spitäler sachgerecht und damit ihre Zusammenfassung in einer Benchmark-Kategorie gerechtfertigt ist. Demgegenüber ist ersichtlich, dass trotz Normierung mittels SwissDRG noch erhebliche Kostenunterschiede zwischen Universitätsspitälern (Versorgungsniveau 1) und Spezialkliniken einerseits und den übrigen Spitälern andererseits bestehen und die Tarifstruktur SwissDRG eine Differenz von rund 20% der Kosten zwischen Universitätsspitälern und Zentrumsspitälern nicht abzubilden vermag. Diese Differenz lässt sich im Wesentlichen mit dem besonderen Status der Universitätsspitäler am Ende der Versorgungskette (wo keine Möglichkeit besteht, schwierige oder nicht rentable Fälle abzulehnen bzw. an ein anderes Spital weiterzuverweisen) und den damit einhergehenden hochdefizitären Fällen erklären: Es liegt im System der SwissDRG-Tarifstruktur, dass mit demselben DRG bzw. Kostengewicht unterschiedliche Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Kosten und individuell tatsächlich unterschiedlichen Schweregraden bewertet werden. Würden sich die Patientinnen und Patienten über alle Spitäler regelmässig verteilen, würde jedes einzelne Spital sowohl finanziell lukrative wie auch finanziell defizitäre Patientinnen und Patienten aufweisen. Insgesamt würden sich die beiden Kategorien die Waage halten. Eine Analyse der hochdefizitären Fälle (Fälle mit einem Defizit von über Fr. 30 000 auf Grundlage der provisorischen Fallpauschale für nichtuniversitäre Spitäler von Fr. 9500 gemäss Kostenträgerrechnung 2010 der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler im Kanton Zürich) zeigt jedoch, dass die hochdefizitären Fälle nicht regelmässig auf alle Spitäler verteilt sind, sondern sich auf einige wenige Spitäler konzentrieren. Rund die Hälfte aller hochdefizitären Fälle im Kanton Zürich werden vom USZ behandelt.

Grafik Nr. 2: Anzahl hochdefizitäre Fälle pro Spital (2010; SwissDRG V1.0)



Dies lässt sich damit erklären, dass SwissDRG ein Vergütungssystem mit Durchschnittspauschalen und somit unabhängig von den individuellen Fallkosten ist und für seltene Fälle somit nicht immer eine angemessene Vergütung mit SwissDRG gefunden ist. Gleichzeitig häufen sich die seltenen, hochdefizitären Fälle bei Spitälern am Ende der Versorgungskette. Rechnet man den mit diesen hochdefizitären Fällen anfallenden Verlust auf alle Patientinnen und Patienten um, ergibt dies ein Sockeldefizit über alle Spitäler von durchschnittlich Fr. 1117; mit anderen Worten muss somit ein Spital mit den «normalen» Patientinnen und Patienten Gewinn erwirtschaften, um spitalintern die hochdefizitären Fälle querfinanzieren zu können.

Grafik Nr. 3: Sockeldefizit in Fr. pro Fall und Spital (2010; SwissDRG V1.0)



Bei einem Rechnungsmodell auf der Grundlage einer einheitlichen Fallpauschale von Fr. 9500 weist das Kinderspital Zürich gemäss vorstehender Tabelle pro Patientin oder Patient ein Sockeldefizit von rund Fr. 4800, das USZ ein solches von rund Fr. 2800 auf. Im Vergleich zum durchschnittlichen Sockeldefizit von gerundet Fr. 1100 weist das Kinderspital Zürich ein um Fr. 3700 bzw. das USZ ein um Fr. 1700 höheres Sockeldefizit als der Durchschnitt aller in den Vergleich miteinbezogener Spitäler auf. Entsprechend benötigen diese beiden Universitätsspitäler eine um Fr. 3700 bzw. Fr. 1700 höhere Fallpauschale als ein Durchschnittsspital, um die aufgrund der besonderen Stellung in der Versorgungskette anfallenden Sonderlasten bzw. hochdefizitären Fälle finanzieren zu können. Vor diesem Hintergrund ist es sachgerecht, eine separate Benchmark-Kategorie für Spitäler am Ende der Versorgungskette und somit für Universitätsspitäler festzulegen.

Da die Tarifstruktur SwissDRG Version 1.0 (gültig für das Jahr 2012) gerade für den Bereich der Pädiatrie in Universitätsspitalern noch nicht alle Kostendifferenzen zu anderen Spitalern abzubilden vermag und die

universitären Kinderspitäler bzw. universitären Kinderkliniken systematisch höhere Kosten als die übrigen Universitätsspitäler aufweisen, rechtfertigt sich eine separate Benchmark-Kategorie für universitäre Kinderspitäler bzw. universitäre Kinderkliniken der Universitätsspitäler.

Für Geburtshäuser kennt die Tarifstruktur SwissDRG (Version 1.0) eigenständige DRG mit eigenen Kostengewichten, weshalb eine separate Benchmark-Kategorie für Geburtshäuser sachgerecht ist.

Für die nichtuniversitären Spitäler liegen keine zahlenbasierten Argumente vor, die eine weitere Unterteilung bzw. weitere Benchmark-Kategorien rechtfertigen würden. Eine separate Kategorie für Zentrumsspitäler wurde seitens der HSK-Versicherer anhand von Daten zwar geprüft, indessen für 2012 als nicht sachgerecht beurteilt. Es sind keine statistisch signifikant höher liegenden Kosten für Zentrumsspitäler gegenüber den übrigen, nichtuniversitären Spitälern auszumachen. Die Klinik Hirslanden und das Stadtspital Triemli bringen vor, dass auch an ihren Spitälern teilweise «hochspezialisierte Leistungen» erbracht würden bzw. ein «teil-universitärer Leistungsauftrag» bestehe. Es trifft zwar zu, dass auch diese Spitäler hochspezialisierte Leistungen erbringen und in wenigen Fachbereichen in direkter Konkurrenz zu den universitären Spitälern stehen. Dies gilt jedoch auch für das sehr günstig arbeitende Kantonsspital Winterthur, das ebenfalls über einen breiten Leistungsauftrag mit in etwa gleich vielen Leistungsgruppen verfügt und bezüglich Spezialisierungsgrad und Versorgungsverantwortung mit der Klinik Hirslanden und dem Stadtspital Triemli vergleichbar ist. Aus diesem Grund rechtfertigt sich keine separate Kategorisierung. Zudem ist festzuhalten, dass letztlich die Mehrzahl der hochdefizitären Fälle dennoch in den Universitätsspitalen behandelt wird und die Zentrumsspitäler keine entsprechenden Sonderlasten, d.h. keine überdurchschnittlichen Sockeldefizite aufgrund hochdefizitärer Fälle, zu tragen haben. Soweit geltend gemacht wird, dass für die Kantonsspitäler St. Gallen, Luzern und Aarau eine Fallpauschale von Fr. 10350 gelte, ist festzuhalten, dass darauf nicht abgestellt werden kann, da diese Fallpauschalen nicht das Ergebnis eines kostenbasierten Benchmarks, sondern reine Verhandlungsergebnisse sind. Nach den Daten der HSK-Versicherer entsprechen die Fr. 10350 im Übrigen den Kosten des drittteuersten von 15 verglichenen Zentrumsspitalen.

Zusammengefasst ergibt sich, dass mit der gegenwärtigen Tarifstruktur SwissDRG, Versionen 1.0 und 2.0, und gestützt auf die vorliegenden Kostendaten bis auf Weiteres vier eigenständige Benchmark-Kategorien für folgende Spitaltypen sachgerecht sind: Universitätsspitäler (Erwachsene), universitäre Kinderspitäler bzw. Kinderkliniken, nichtuniversitäre Spitäler sowie Geburtshäuser.

9.1.2 Massgebendes Datenmaterial

Für die Benchmark-Kategorien Universitätsspitäler (Erwachsene) sowie universitäre Kinderspitäler bzw. universitäre Kinderkliniken liegen für 2010 detaillierte Kosten-Leistungs-Daten im schweizweit anerkannten Format ITAR-K (Integriertes Tarifmodell Kostenträgerrechnung) vor, die nach einheitlichem Standard erhoben wurden (REKOLE; Revision der Kostenrechnung und der Leistungserfassung) und genügend transparent vorliegen, weshalb sie für ein Benchmarking geeignet sind.

Für die nichtuniversitären Spitäler haben zwar sowohl tarifsuisse als auch die HSK-Versicherer schweizweite Vergleichsdaten eingereicht, wobei aber die Daten nicht den einzelnen Spitälern zugeordnet und damit auch nicht plausibilisiert werden können. Während gestützt auf die Daten der HSK-Versicherer immerhin eine Zuteilung der Spitäler in eine der vier Benchmark-Kategorien möglich wäre, ist dies gestützt auf die Daten von tarifsuisse überhaupt nicht möglich. Letztere erfüllen deshalb die minimalen Anforderungen an die Datentransparenz nicht und können somit allgemein nicht berücksichtigt werden.

Die von den HSK-Versicherern eingereichten Unterlagen ermöglichen zwar die Bildung der vier Benchmark-Kategorien, sie weisen aber zahlreiche Mängel auf. Gerade auch gemäss Aussagen der HSK-Versicherer in ihrem Konzeptpapier «Benchmarking SwissDRG» vom Oktober 2011 wurden die Kosten- und Leistungsdaten der Spitäler noch nicht nach einheitlichen Standards erhoben: So weisen einige Spitäler den Schweregrad nach der neuen Tarifstruktur SwissDRG Version 1.0 aus, andere beruhen noch auf der nicht massgeblichen Tarifstruktur von APDRG. Zudem verwenden einzelne Spitäler Leistungsdefinitionen (wie beispielsweise Kriterien zur Zählung der Fälle und der Pflagezeit) aus dem Jahr 2010, während andere die Leistungsdefinition gemäss SwissDRG Version 1.0 verwenden. Sodann werden bei der Kostenermittlung beispielsweise die Kosten für die nichtuniversitäre Aus- und Weiterbildung unterschiedlich erhoben. Diese Unterschiede beeinflussen die Höhe der Fallkosten eines Spitals wesentlich und können das Benchmarking massgeblich verfälschen. Weiter liegen die für die Ermittlung der relevanten Fallkosten für KVG-Leistungen benötigten Kosten- und Leistungsdaten nicht genügend transparent vor (beispielsweise fehlen Angaben zu den Zusatzversicherten). Vor diesem Hintergrund genügen auch die von den HSK-Versicherern vorgelegten Daten nicht für ein Benchmarking.

Die Klinik Hirslanden macht geltend, im Fallvergleich für den Zürcher Benchmark (Zürcher Fallkosten 2010) fehlten ihre Betriebskosten, weshalb er nicht als Massstab für ihre Wirtschaftlichkeit herangezogen werden dürfe. Für die Klinik Hirslanden liegt indessen keine Kosten-

rechnung für das Jahr 2010 vor, die alle massgeblichen Daten – einschliesslich Arzthonorare – umfasst. Da die Klinik Hirslanden im Jahr 2010 lediglich als B-Listenspital und somit nur zur Versorgung von Patientinnen und Patienten in der Halbprivat- und Privatabteilung zulasten der OKP zugelassen war, wäre eine Ermittlung der KVG-relevanten Kosten aufgrund der damals fehlenden allgemeinen Abteilung nur durch normative Abzüge bei den Kosten der Zusatzversicherungspatientinnen und -patienten möglich. Da aber bereits die Angaben über die Arzthonorare der Zusatzversicherten fehlen, ist keine Umrechnung möglich. Dazu kommt, dass ein Abstellen auf derart berechnete normative Beträge gegenüber den hohen Anforderungen an den Nachweis der Kosten- und Leistungsdaten bei den übrigen Spitälern nicht sachgerecht wäre. Vor diesem Hintergrund können die Kostendaten 2010 der Klinik Hirslanden nicht in das Benchmarking einbezogen werden.

Bei dieser Sachlage muss auf die von der Gesundheitsdirektion ermittelten und den Parteien mit Schreiben vom 4. November 2011 zur Anhörung unterbreiteten Fallkosten 2010 der öffentlichen und öffentlich subventionierten Zürcher Spitäler abgestellt werden. Diese Fallkosten beruhen auf den Kostenträgerrechnungen der Zürcher Spitäler, deren Einheitlich- und Vergleichbarkeit durch Vorgaben der Gesundheitsdirektion betreffend Inhalt und Format sowie durch eine aufwändige Plausibilisierung durch die Gesundheitsdirektion sichergestellt ist. Die Berechnungen der Fallkosten 2010 pro Spital, einschliesslich der wichtigsten Werte zur Plausibilisierung, liegen den Tarifpartnern in nicht anonymisierter Form vor. Die Gesundheitsdirektion hat den Tarifpartnern die Einsichtnahme in die Kostenrechnungen aller Spitäler (einschliesslich Kostenträgerrechnung, gemeinwirtschaftliche Leistungen einschliesslich Forschung und universitäre Lehre) angeboten.

9.1.3 Ermittlung benchmarkrelevante Kosten

9.1.3.1 Allgemeines

Die Kosten- und Leistungsdaten der Spitäler müssen zur Ermittlung der benchmarkrelevanten Fallkosten mit einer einheitlichen Methodik vergleichbar aufbereitet werden (Kostenträgerrechnung; stationäre Fälle 2010, engere Betriebskosten). Dabei sind jene Kosten abzuziehen, die nicht von der Grundversicherung zu übernehmen sind. Aufgrund der detaillierten Kostenträgerrechnungen der Zürcher Spitäler ist es dabei in den meisten Fällen möglich geworden, auf die durchschnittlichen tatsächlichen Kosten abzustellen. Nur dort, wo noch keine plausiblen Kostendaten vorliegen, sind nach Lehre und Rechtsprechung Normabzüge vorzunehmen bzw. zulässig.

Unterschiedliche Auffassungen zur Ermittlung der Fallkosten bestehen hauptsächlich bezüglich Überkapazitätsabzüge, Intransparenzabzüge, Abzüge für Mehrkosten für zusatzversicherte Patientinnen und Patienten, Zinsaufwand sowie Abzüge für gemeinwirtschaftliche Leistungen einschliesslich universitäre Lehre und Forschung. Diese Differenzen sind nachfolgend abzuhandeln.

Für die übrigen technischen Bereinigungen, welche die Gesundheitsdirektion zur Ermittlung der Fallkosten vorgenommen hat, kann unmittelbar auf die Methodik gemäss Empfehlungen der GDK zur Wirtschaftlichkeitsprüfung vom 12. Juli 2012 verwiesen werden. Das Vorgehen im Detail sowie die eigentliche Herleitung der Fallkosten pro Spital finden sich in Beilage 2.

9.1.3.2 Abzüge für Überkapazitäten und Intransparenz

Gemäss aArt. 49 Abs. 1 KVG durften die von den Krankenversicherern zu finanzierenden Pauschalen höchstens 50% der anrechenbaren Kosten in der allgemeinen Abteilung eines Spitals decken. In der Rechtsprechung wurden deshalb bei unklaren Datenlagen grosszügige pauschale Abzüge vorgenommen, um sicherzustellen, dass die Tarife nie über die tatsächlichen Kosten für KVG-Leistungen zu liegen kamen; das Restdefizit war dann als Ergebnis der damaligen Objektsubventionierung von der öffentlichen Hand zu tragen. Tarifsuisse und die Preisüberwachung wünschen, weiterhin unabhängig von der heutigen, von Kanton zu Kanton verschiedenen Datenlage grosszügige pauschale Abzüge vorzunehmen. Die Spitäler und die HSK-Versicherer lehnen ein solches Vorgehen als nicht mehr sachgerecht ab und verweisen auf das Benchmarking als entsprechendes Korrektiv. Dieser Auffassung ist zu folgen. Im wettbewerblich ausgerichteten System der neuen Spitalfinanzierung und der Festlegung von Tarifen auf der Grundlage eines Benchmarks ist es nicht länger sachgerecht, spitalindividuelle Korrekturen (Überkapazitätsabzüge oder Intransparenzabzüge) vor dem Benchmarking vorzunehmen, da solche Abzüge beim Benchmark-Spital im Endeffekt zu einem tieferen Tarif für die übrigen Spitäler führen würden. Vielmehr ist in einem Preissystem die Unwirtschaftlichkeit über das Benchmarking zu korrigieren.

9.1.3.3 Abzüge für Zusatzleistungen und kalkulatorische Zinsen auf dem Umlaufvermögen

Zur Bestimmung der relevanten Betriebskosten der OKP sind die Aufwendungen für über die Grundversicherungsleistungen hinausgehende Zusatzleistungen insbesondere bei Halbprivat- und Privatpatientinnen und -patienten in Abzug zu bringen. Dazu nimmt der Verband der Spitäler der Schweiz (H+) im ITAR-K-Modell standardmässig einen Abschlag von 0,3% auf den Nettobetriebskosten der Zusatz-

versicherten vor, während die Preisüberwachung und tarifsuisse an der alten Rechtsprechung zur defizitorientierten Spitalfinanzierung festhalten möchten und bei einem Anteil an Zusatzversicherten von 10–20% einen normativen Abzug auf den Betriebskosten von 1% und bei einem Anteil von über 20% von 2% verlangen. Eine solche Orientierung am Gesamtergebnis mit stufenweisem normativem Abschlag ist überholt. Neu ist auch hier anhand der konkreten Leistungen vorzugehen. Nach den Berechnungen der Gesundheitsdirektion, die sich auf die Kostenträgerrechnungen des Jahres 2010 stützen, betragen die Kostenunterschiede in den Zürcher Spitälern im Vergleich zu ausschliesslich Grundversicherten auf der allgemeinen Abteilung bei Halbprivatpatientinnen und -patienten durchschnittlich Fr. 800 und bei Privatpatientinnen und -patienten durchschnittlich Fr. 1000 pro Fall. Auf diese tatsächlichen Werte ist abzustellen.

Darüber hinaus sind für die relevanten Betriebskosten der OKP auch die Arzthonorareinnahmen von Zusatzversicherten und die kalkulatorischen Zinsen auf dem Umlaufvermögen herauszurechnen, wobei in diesen Bereichen den Empfehlungen der Preisüberwachung zu folgen ist. Ebenso sind des Weiteren unbewertete SwissDRG-Fälle, Dialysen sowie weitere SwissDRG-Sonderentgelte herauszurechnen, da diese Leistungen gesondert tarifiert werden und deshalb nicht bei den Fallkosten zu berücksichtigen sind.

9.1.3.4 Gemeinwirtschaftliche Leistungen

Gemäss Art. 49 Abs. 3 KVG dürfen die Spitaltarife keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten. Dazu gehören insbesondere die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie die Forschung und universitäre Lehre. Gemeinwirtschaftliche Leistungen sind somit Leistungen, an denen festgehalten wird, obwohl sie teilweise in Widerspruch zu den Geboten des KVG stehen, oder deren Erbringung nicht zu den Aufgaben der OKP zählen (vgl. Eugster Gebhard, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, Zürich 2010, Art. 49 KVG N. 7). Entsprechende Kosten sind – soweit in den stationären Kosten enthalten – herauszurechnen.

Die Vorgaben der Gesundheitsdirektion zur Kostenrechnung und insbesondere zur Kostenträgerrechnung sehen vor, dass gemeinwirtschaftliche Leistungen entweder in Nebenkostenstellen oder als separate Kostenträgerstellen auszuweisen sind und deshalb nicht in die stationären Kosten der Patientinnen und Patienten einfliessen dürfen. Entgegen der Darstellung von tarifsuisse liegen diese Leistungs- und Kostendaten bei den Zürcher Spitälern damit grundsätzlich vor und können bei den Spitälern oder der Gesundheitsdirektion eingesehen werden.

Mit Bezug auf die bei Notfällen (gegenüber planbaren Eingriffen) zusätzlich anfallenden Kosten vertritt tarifsuisse die Auffassung, entsprechende Mehrkosten seien allgemein als gemeinwirtschaftlich zu qualifizieren und somit vollumfänglich bei den Betriebskosten in Abzug zu bringen. Notfallbehandlungen gehören – als Eckpfeiler einer funktionierenden Spitalversorgung und abgesehen von wenigen Spitälern mit eingeschränkten Angeboten – zum Leistungsauftrag aller Spitäler. Es handelt sich somit um KVG-Pflichtleistungen, die zu den anrechenbaren Kosten zählen. Hinzu kommt, dass die Notfallstationen der Zürcher Listenspitäler ausgelastet sind und insofern bei diesen – im Unterschied zu kleinen Spitälern in anderen Kantonen – keine Überkapazitäten bestehen.

Eine Besonderheit stellen die Kosten für Forschung und universitäre Lehre dar. Nach Art. 7 Abs. 1 VKL umfassen die Kosten für die universitäre Lehre die Aufwendungen für die theoretische und praktische Ausbildung der Studierenden der Medizin bis zum Erwerb des eidgenössischen Diploms und die Weiterbildung dieser Personen bis zur Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels. Als Kosten für die Forschung gelten die Aufwendungen für systematische schöpferische Arbeiten und experimentelle Entwicklung zwecks Erweiterung des Kenntnisstandes sowie deren Verwendung mit dem Ziel, neue Anwendungsmöglichkeiten zu finden. Darunter fallen Projekte, die zur Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie zur Verbesserung der Prävention, der Diagnostik und Behandlung von Krankheiten ausgeführt werden. Entsprechende Kosten sind – soweit in den stationären Kosten enthalten – herauszurechnen.

Nach der Rechtsprechung des Bundesrates zur bisherigen KVG-Bestimmung betreffend Abzug für «Lehre und Forschung» (aArt. 49 Abs. 1 KVG) sind die tatsächlichen Kosten für Lehre und Forschung abzuziehen, sofern diese bekannt sind; andernfalls sind normative Abschlagsätze anzuwenden (RKUV 2002 KV 220 [nur elektronische Publikation] E. 10.1, RKUV 1997 KV 16 S. 343 E. 8.2). Bei Einführung des KVG 1996 verfügten die Spitäler noch nicht über eine Leistungserfassung oder eine Kostenträgerrechnung. Zur Ermittlung der Kosten für Lehre und Forschung fehlten deshalb Datengrundlagen, weshalb bei Universitäts Spitälern ein grosszügiger normativer Abschlag von 25% auf die Gesamtkosten vorgenommen wurde. Für die übrigen Spitäler erfolgte je nach Spitalgrösse ein pauschaler Abzug von 0–5% auf den Personalkosten. Diese normativen Abzüge umfassten auch die Kosten der nichtuniversitären Lehre (wie beispielsweise die Ausbildung von Pflegefachpersonen). Im Rahmen der Revision der KVG-Spitalfinanzierung wurden die gemeinwirtschaftlichen Leistungen enger gefasst

und auf die «universitäre» Lehre beschränkt. Die Preisüberwachung schlägt deshalb für Universitätsspitäler einen leicht tieferen normativen Abschlag von 23% anstelle von 25% und – je nach Bettenzahl – von 0,8 bis 3% für die übrigen Spitäler vor.

Der Abzug für Forschung und universitäre Lehre bei nichtuniversitären Spitalern kann mit der Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte bis zum Facharzttitel begründet werden. Die anfallenden Kosten hängen demnach direkt von der Anzahl Assistenzärztinnen und -ärzte ab, die sich in Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt befinden, und sind deshalb – entgegen der Auffassung der Preisüberwachung – nicht nach einem pauschalen Anteil an den Gesamtbetriebskosten festzulegen.

Die Gesundheitsdirektion sowie die GDK gehen davon aus, dass die Assistenzärztinnen und -ärzte für medizinische Behandlungen eingesetzt werden und deren geringere Produktivität bereits mit der tieferen Entlohnung berücksichtigt ist. Deshalb dürfen auf den Löhnen der Assistenzärztinnen und -ärzte bei der Ermittlung der tarifrelevanten Kosten keine Abzüge gemacht werden. Abzugsfähig sind demgegenüber unproduktive Kosten von Spitalanlagen und Personal, die bei der Weiterbildung von Assistenzärztinnen und -ärzten entstehen. Diese als «erteilte Weiterbildung» bezeichneten Kosten werden für nichtuniversitäre Spitäler auf Fr. 10000 bis Fr. 12000 pro Assistenzärztin oder Assistenzarzt geschätzt. Dieser Betrag lässt sich aufgrund der grossen Unterschiede der Kostenintensität und Ertragssituation in den verschiedenen Fachrichtungen ärztlicher Weiterbildungen nicht im Detail und spitalscharf nachweisen, entspricht jedoch den Beiträgen, wie sie den Kantonen von der GDK zur Entschädigung der nichtuniversitären Spitäler für die unproduktiven Kosten der erteilten Weiterbildung empfohlen werden. Demgegenüber erachtet tarifsuisse einen Abzug von Fr. 30000 als sachgerecht. Dieser Betrag stützt sich lediglich auf die Aussage eines einzigen, an einem Universitätsspital tätigen Arztes und kann deshalb nicht auf nichtuniversitäre Spitäler übertragen werden. Es ist deshalb auf die Empfehlungen der GDK abzustellen und bei den nichtuniversitären Spitalern bis auf Weiteres mit einem Abzug pro Assistenzärztin oder -arztes von Fr. 10000 zu verfahren.

Auch die Höhe des Abzugs für Forschung und universitäre Lehre an Universitätsspitalern ist umstritten. Die Preisüberwachung und tarifsuisse bemängeln die Qualität der Kostenrechnungen des USZ und des Kinderspitals und stellen sich auf den Standpunkt, dass ein normativer Abschlag von 23% sachgerecht sei. Ein solcher Abschlag ist aber zum einen deshalb nicht gerechtfertigt, weil der normative Abschlag von 23% eine blosser Ableitung des früheren Pauschalabschlags von 25% darstellt und nicht datengestützt ist. Sämtliche Universitätsspitäler haben

jedoch inzwischen die Kostenträgerrechnung eingeführt, was auch in diesem Bereich eine kostenbasierte Methodik ermöglicht. Die zur Anwendung gelangende Methodik wurde in mehreren Schritten erarbeitet und stützt sich auf die Empfehlungen des Bundesamtes für Statistik (BfS) aus dem Jahr 2010 (E. Saldago-Thalmann, G. Teotino, A. Füglistler, Kosten der akademischen Lehre und Forschung in den Universitäts-spitälern, 30. August 2010). Das USZ hat sodann alle Empfehlungen des BfS umgesetzt und ermittelt bei allen Mitarbeitenden einzeln den Zeitaufwand für Forschung und universitäre Lehre. Diese Erhebung wurde von der externen, auf solche Fragen spezialisierten Firma scians (scientific answers) methodisch entwickelt und durchgeführt. Dabei wurden verschiedene Massnahmen getroffen, um Validität und Objektivität zu gewährleisten. Betreffend die Erhebung der Kosten für Forschung und universitäre Lehre am USZ liegt sodann ein Gutachten der Firma KPMG vor, das dem USZ eine korrekte Kostenrechnung sowohl bezüglich der Kosteneinteilung (Definition der Kosten) als auch der Schlüsselung der Kosten (Verfahren mit Unterscheidung der Verbuchung von direkten und indirekten Kosten) einschliesslich Tätigkeitsanalyse (Zuordnung des Personalaufwandes) attestiert. Zum Hauptkritikpunkt der Preisüberwachung (fehlende bzw. unvollständige Leistungserfassung) hält die KPMG fest, dass das USZ die Leistungserhebung in acht sachgerechten Schritten durchführe und sich die vom USZ angewandte Methodik sowohl durch «grundsätzliche Eignung, Stringenz in der Durchführung, grösstmögliche Genauigkeit, hohe Zuverlässigkeit, weitgehende Objektivität, Vollständigkeit und jederzeitige Wiederholbarkeit» auszeichne.

Bezüglich der Tätigkeitsanalyse liegt zudem eine Stellungnahme der ETH Zürich (Zentrum für Organisations- und Arbeitswissenschaften) vom Dezember 2012 vor, die eine Gegenüberstellung zwischen der vom USZ gewählten Methodik und einer Leistungserfassung im Sinne der Empfehlungen der Preisüberwachung vornimmt. Die ETH kommt zum Schluss, dass aufgrund der direkten Befragung der Mitarbeitenden weit weniger Auskunftspersonen versucht waren, «strategisch» im finanziellen Interesse des Betriebes zu antworten, als dies in der Einschätzung der Preisüberwachung zum Ausdruck gebracht wird. Weiter hält die ETH fest, dass Verzerrungstendenzen bei keiner in der Praxis umsetzbaren Erfassungsmethode ausgeschlossen werden könnten und es nicht haltbar sei, dass der vom USZ gewählten Methodik Mängel unterstellt würden, ohne die Validität alternativer Werte zu belegen.

Zwar trifft es zu, dass die von den Universitätsspitalern ausgewiesenen Werte aufgrund der hohen Komplexität nicht auf den Franken genau ermittelt werden können. Alle Schweizer Universitätsspitäler weisen jedoch für Forschung und universitäre Lehre Kosten zwischen 8 und 12% der Nettobetriebskosten (ambulant und stationär) aus, weshalb ein nor-

mativer Abschlag von 23% in jedem Fall überhöht ist. Zudem wurden die Kostenrechnungen der Universitätsspitäler Zürich und Bern von einer unabhängigen Revisionsstelle geprüft bzw. REKOLE-zertifiziert. Der Beurteilung der Kostenrechnung durch die erwähnten unabhängigen Fachleute vor Ort ist vor diesem Hintergrund mehr Gewicht zu geben als der Beurteilung der Preisüberwachung aus Distanz. Insgesamt ergibt sich, dass die Kostenrechnung des USZ bezüglich Forschung und universitärer Lehre plausibel und aussagekräftig ist. Im Sinne der erwähnten Rechtsprechung sind deshalb der Preisfindung die Kosten zugrunde zu legen.

Bei den universitären Spitälern kann heute genauso wie bei den nicht-universitären Spitälern der Tarif im Rahmen eines Benchmarkings ermittelt werden. Die Kosten des USZ sind deshalb in einen Vergleich zu den Kosten der übrigen universitären Spitäler zu bringen. Wie nachstehend noch im Detail gezeigt wird (vgl. Ziff. 9.1.4.2.), bildet das Inselspital Bern mit Fr. 11 300 für Erwachsene den Benchmark unter den Universitätsspitalern bezüglich Wirtschaftlichkeit. Die Preisüberwachung hat in ihren Empfehlungen nicht dargelegt, weshalb die vom Inselspital ausgewiesenen Kosten für Forschung und universitäre Lehre nicht korrekt ermittelt sein sollten. Der von der Preisüberwachung bei diesem Vergleichsspital vorgenommene normative Abzug von 23% ist somit als nicht substantiiert abzulehnen. Es ist nicht ersichtlich, weshalb die vom Inselspital ausgewiesene und ebenfalls REKOLE-zertifizierte Kostenrechnung mit den entsprechend kostenbasierten Abzügen für Lehre und Forschung nicht korrekt sein sollte. Die Beurteilung der Kostenrechnung des USZ ist in diesem Zusammenhang nicht von ausschlaggebender Bedeutung: Beurteilt man die Kostenrechnung des Universitätsspitals Zürich als genügend, liegen seine Kosten über denen des Benchmarkspitals Inselspital Bern. Beurteilt man dagegen die Kostenrechnung des USZ als ungenügend, so wäre das USZ aufgrund schlechter Datengrundlage vom Benchmarking auszunehmen und das Inselspital bliebe als Vergleichsmassstab bestehen, weshalb bei der Preisfestsetzung für das USZ am Benchmark-Massstab Inselspital Bern festzuhalten ist.

Die Preisüberwachung hat für das Kinderspital keine spezifische Kostenberechnung vorgenommen. Entsprechend muss der von der Preisüberwachung auch für das Kinderspital geltend gemachte pauschale Abzug zum vornherein unberücksichtigt bleiben. Ebenso unbegründet ist der von der Preisüberwachung vorgenommene normative Abschlag von 23% für die Universitätsklinik Balgrist.

Bei dieser Sachlage ist zur Ermittlung der benchmarkrelevanten Kosten auf die von den universitären Spitälern in ihren Rechnungen ausgewiesenen Kosten für Forschung und universitäre Lehre abzustellen.

9.1.3.5 Zuschläge auf Betriebskosten 2010

Das Benchmarking erfolgt auf den schweregradbereinigten Fallkosten 2010 ohne Berücksichtigung der Anlagenutzungskosten. Nachdem der Bundesrat am 2. November 2011 schliesslich den Anteil an den Anlagenutzungskosten für 2012 auf 10% festgelegt hat (Abs. 4 Schlussbestimmungen der KVV-Änderung vom 22. Oktober 2008 [revidierte Fassung vom 2. November 2011]), ist auf den ermittelten Benchmark-Werten ein entsprechender Zuschlag von 10% hinzuzurechnen. Da dieser Benchmark-Wert einschliesslich Anlagenutzung die Kosten eines effizienten Spitals im Jahre 2010 spiegelt, ist zusätzlich der Kostenentwicklung bis 2012 Rechnung zu tragen. Die Teuerung ist dabei mit den für das Jahr 2011 ausgewiesenen Werten für Lohnteuerung (Nettolohnindex = +1%) und der allgemeinen Landesteuerung 2011 (LINKP = +0,2%) zu veranschlagen, wobei die Lohnteuerung mit einem Anteil von 70% und die allgemeine Landesteuerung mit einem Anteil von 30% zu bewerten sind und sich somit insgesamt einen Zuschlag von 0,76% ergibt.

Einige Leistungserbringer schlagen weitere Zuschläge für Innovationen oder Qualitätssicherung vor. Derartige Zuschläge sind jedoch nicht sachgerecht, da sowohl Innovationen als auch Qualitätssicherung bereits im Jahr 2010 erfolgten und entsprechend in den Kosten 2010 enthalten sind. Des Weiteren erachtet der VZK einen unternehmerischen Risikozuschlag bzw. eine Schwankungsreserve analog derjenigen der Versicherer von 1% als sachgerecht. Mit einem solchen Zuschlag sollen nach Auffassung des VZK die Spitäler ausreichend Eigenkapital bilden, um Schwankungen im Geschäftsverlauf ausgleichen zu können. Der VZK übersieht dabei, dass mit dem Massstab des 40. Perzentils für die effiziente Leistungserbringung und der Preissicht anstelle der spitalindividuellen Kostenbetrachtung diesem Anliegen bereits Rechnung getragen wird: Spitäler unterhalb des Benchmark-Werts können die Differenz zu ihren eigenen Kosten im Sinne einer Schwankungsreserve zurücklegen. Ein allgemeiner Zuschlag für alle Spitäler zwecks Bildung von Eigenkapital wäre jedoch nicht Sinn und Zweck der OKP-Versicherung, weshalb kein solcher Risikozuschlag vorgenommen wird.

Im Rahmen der Einführung von SwissDRG ist die Definition der Leistungen vereinheitlicht und eine sogenannte «Fallzusammenführung» eingeführt worden. Dies bedeutet, dass bei einem erneuten Eintritt in ein Spital unter gewissen Umständen kein neuer Fall eröffnet und auch keine weitere Fallpauschale zusätzlich zur Pauschale des Erstaufenthalts verrechnet werden darf. Vielmehr sind solche Aufenthalte neu gemeinsam als ein einziger, stationärer Spitalaufenthalt mit einer Hauptdiagnose und einer Aufenthaltsdauer zu bewerten. Diese Fallzusammenführungen führen dazu, dass die Fallzahlen gegenüber der bis Ende 2011 gel-

tenden Fallzählung tiefer ausfallen und sich die Kosten pro Fall im Rechnungsjahr 2012 somit erhöhen werden. Vor diesem Hintergrund ist es an sich unbestritten, dass ein Zuschlag für die Fallzusammenführung notwendig ist. Der VZK beantragt einen Zuschlag von 2,7% und stützt sich dabei auf den Anteil der Kosten des Jahres 2010, wie sie in ausgewählten Spitälern für den zweiten Aufenthalt anfallen. Dieser methodische Ansatz vermag nicht zu überzeugen, da mit der Fallzusammenführung eine Veränderung der Leistungsmenge (Fallzahl sowie CMI) einhergeht und die Kosten konstant bleiben. Der Zuschlag für Fallzusammenführung ist deshalb mit einer Simulation der neuen Fallzählung zu berechnen.

Das KSW hat als einziger Leistungserbringer die Patientinnen und Patienten des Jahres 2010 ermittelt, die von einer solchen Fallzusammenführung betroffen gewesen wären, und die entsprechende Datengrundlage samt Simulationsrechnung transparent und nachvollziehbar offengelegt. Nach diesen Berechnungen wird durch Fallzusammenführungen die Anzahl Fälle um 2% verkleinert. Durch das Zusammenlegen der Fälle verändert sich jedoch auch das Kostengewicht. Vor der Fallzusammenführung bzw. in den Daten 2010 wiesen jeweils beide Fälle ein eigenständiges Kostengewicht aus, das massgeblich durch die jeweilige Hauptdiagnose sowie die Nebendiagnosen, Prozeduren sowie die Aufenthaltsdauer bestimmt ist. Eine Zusammenlegung von zwei in der Regel unterschiedlich schweren Fällen führt dazu, dass der CMI steigt. Um diese Auswirkung zu quantifizieren, hat das KSW bei Zusammenlegung zweier Fälle jeweils das Kostengewicht jenes Falles mit dem höheren Kostengewicht als massgeblich erachtet. Mit dieser Methode ergibt sich eine CMI-Veränderung von +0,6% über das gesamte Spital. Dieser Ansatz stellt eine Näherung dar und berücksichtigt nicht, dass bei einer Fallzusammenlegung die Anzahl Nebendiagnosen, Prozeduren sowie die Aufenthaltsdauer häufig zunehmen und sich deshalb bei einigen Fällen ein neuer DRG mit einem höheren Kostengewicht oder derselbe DRG mit einem Langliegerzuschlag (aufgrund der längeren Aufenthaltsdauer) und damit ein höheres Kostengewicht ergibt. Der vom KSW ermittelte Ausgleichszuschlag von 1,4% (2% Senkung der Fallzahl abzüglich 0,6% CMI-Erhöhung) ist deshalb leicht zu hoch. Mangels genauerer Datengrundlagen ist der Zuschlag für die Fallzusammenführung auf rund 1% festzulegen. Dieser Wert entspricht auch dem Wert, den die Schweizer Universitätsspitäler in ihren Berechnungen verwendet haben.

Bei bisher öffentlichen und öffentlich subventionierten Zürcher Spitälern fallen aufgrund der strukturierten Besoldungsrevision auf Mitte 2010 im Kanton Zürich für die Tariffindung 2012 weitere relevante Kosten an. Diese Kosten sind nur für die zweite Jahreshälfte (sechs Monate)

in die Kostenrechnungen 2010 eingeflossen. Da sie künftig während zwölf Monaten anfallen, sind die Mehrkosten auf ein Jahr hochzurechnen und für die Tarife ab 1. Januar 2012 miteinzubeziehen. Der VZK veranschlagt hierfür 2% und stützt sich dabei auf die Daten einiger, aber nicht aller Spitäler. Die Preisüberwachung anerkennt grundsätzlich die zusätzlichen Kosten der Besoldungsrevision. Gestützt auf die der Gesundheitsdirektion von allen Spitälern vorliegenden Kostendaten 2010 sind die durchschnittlichen Mehraufwendungen für die Besoldungsrevision im Jahr 2010 über alle nichtuniversitären Zürcher Spitäler auf 0,73% zu veranschlagen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass bei einem ausserkantonalen Benchmark-Spital ein Zuschlag von 11,76% (10% Anlagenutzung, 0,76% Teuerung und 1% Fallzusammenführung) und bei einem Zürcher Benchmark-Spital ein Zuschlag von 12,49% (10% Anlagenutzung, 0,76% Teuerung, 0,73% Besoldungsrevision und 1% Fallzusammenführung) auf die Werte 2010 gerechtfertigt ist.

9.1.4 Benchmark

9.1.4.1 Benchmark für nichtuniversitäre Spitäler

Der Zürcher Fallkostenvergleich für die nichtuniversitären Spitäler führt zu folgendem Ergebnis:

| Spital | Fallkosten (ohne Anlage- nutzungskosten) in Franken | Fallzahl | Case Mix Index (CMI) der Zürcher KVG-Patientinnen und Patienten | Aufsummierter Anteil am schweregrad- bereinigten Falltotal (= Kostengewicht) |
|--------------------------------------|--|----------|---|---|
| Kantonsspital Winterthur | 7 956 | 20 990 | 0,9195 | 0– 18% |
| GZO Spital Wetzikon | 7 977 | 9 279 | 0,7958 | 18– 25% |
| Spital Limmattal | 8 063 | 8 502 | 0,8739 | 25– 32% |
| Spital Zollikerberg | 8 184 | 8 703 | 0,8595 | 32– 39% |
| Schulthess-Klinik | 8 408 | 3 661 | 1,2901 | 39– 43% (ø40%) |
| See-Spital | 8 515 | 10 686 | 0,8302 | 43– 51% |
| Spital Affoltern | 8 625 | 2 832 | 0,6998 | 51– 53% |
| Spital Uster | 8 779 | 9 189 | 0,8376 | 53– 60% |
| Spital Männedorf | 8 904 | 6 288 | 0,8143 | 60– 65% |
| Spital Bülach | 8 969 | 8 768 | 0,7864 | 65– 71% |
| Stadtspital Waid | 9 368 | 8 400 | 1,1046 | 71– 80% |
| Schweizerisches Epilepsie-Zentrum | 9 397 | 313 | 1,2882 | 80– 81% |
| Stadtspital Triemli | 9 909 | 18 551 | 1,0528 | 81– 99% |
| Paracelsus-Spital Richterswil | 10 794 | 1 374 | 0,6805 | 99–100% |

Die Herleitung der vorstehenden Werte ist in Beilage 2 aufgezeigt und stützt sich im Wesentlichen auf die Fallzahlen, den CMI und die Kostendaten der fallbezogenen Statistik PRISMA 2010 (Patientenrecord in der Somatik des Kantons Zürich).

Die auf dem 40. Perzentil liegende Schulthess-Klinik bildet mit schweregradbereinigten Fallkosten von Fr. 8408 (SwissDRG Version 1.0, benchmarkrelevante Betriebskosten 2010 ohne Anlagenutzungskosten) den massgeblichen Referenzwert in der Kategorie der nichtuniversitären Spitäler.

Unter Berücksichtigung des Zuschlagfaktors von 2010 auf 2012 für Zürcher Spitäler von 12,49% ergibt dies einen Fallkosten-Benchmark 2012 für nichtuniversitäre Spitäler von gerundet Fr. 9460 (genau Fr. 9458, kaufmännische Rundung auf Fr. 10).

9.1.4.2 Benchmark für universitäre Spitäler (Erwachsene)

In der Kategorie Universitätsspitäler (Erwachsene) ist zur Ermittlung des Referenzspitals im Sinne des KVG auf die Kosten- und Leistungszahlen der grossen Schweizer Universitätsspitäler abzustellen. Nicht berücksichtigt werden können die Kosten des Genfer Universitätsspitals, da dessen Kostenrechnung nicht vorliegt. Beim Inselspital Bern sind in der zur Verfügung stehenden Kostenrechnung die Kosten der Pädiatrie nicht in der üblichen Transparenz dargestellt und die Fallkosten der Pädiatrie fallen im Vergleich zu anderen universitären Kinder Spitälern auffallend tief aus. Die Kosten der Pädiatrie dürften nicht vollständig und damit zu tief abgebildet sein mit der Folge, dass die übrigen Kosten (der Erwachsenen) leicht zu hoch ausfallen. Deshalb ist beim Inselspital Bern gestützt auf allgemeine betriebswirtschaftliche Überlegungen eine Korrektur der Fallkosten für Erwachsene um minus 2% sachgerecht.

Nach Abzug der Mehrkosten für Zusatzversicherte von Fr. 800 für halbprivate und Fr. 1000 für private Patientinnen und Patienten im Sinne der vorstehenden Erwägungen (vgl. Ziff. 9.1.3.3) ergibt dies für Universitätsspitäler (Erwachsene) folgende Fallkosten 2010 (SwissDRG Version 1.0, benchmarkrelevante Betriebskosten ohne Anlagenutzungskosten):

| Spital | Fallkosten (ohne Anlagenutzungskosten) 2010 in Franken |
|--|---|
| Universitätsspital beider Basel | 10 103 |
| Inselspital Bern (ohne Kinder) | 10 112 |
| Universitätsspital Zürich | 10 364 |
| Centre hospitalier universitaire vaudois (ohne Kinder) | 10 910 |

Die detaillierte Herleitung dieser Fallkosten findet sich in Beilage 2 zu diesem Beschluss.

Aufgrund der geringen Anzahl der zum Vergleich anstehenden Universitätsspitäler ist es sachgerecht, als Massstab eines effizienten Spitals anstelle des bei nur wenigen Spitälern statistisch nicht geeigneten 40. Perzentils auf die Fallkosten des zweitgünstigsten Spitals von Fr. 10112 abzustellen und damit jenes Spital zu wählen, das leicht unterdurchschnittliche Fallkosten aufweist.

Unter Berücksichtigung des Zuschlagfaktors von 2010 auf 2012 für Nichtzürcher Spitäler von 11,76% ergibt dies einen Fallkosten-Benchmark 2012 für Universitätsspitäler (Erwachsene) von gerundet Fr. 11300 (genau Fr. 11301, kaufmännische Rundung auf Fr. 10).

9.1.4.3 Benchmark für universitäre Kinderspitäler

Bei den universitären Kinderspitälern ist zur Ermittlung des Referenzspitals im Sinne des KVG auf die Kosten- und Leistungszahlen der universitären Kinderspitäler sowie der universitären Kinderkliniken abzustellen. Nicht berücksichtigt werden können die Kosten des Genfer Universitätsspitals, da von diesem Spital auch dazu keine Kostenrechnung vorliegt. Bei der Kinderklinik des Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) dürften die Kosten aufgrund einer anderen Kostenrechnungsmethodik im Vergleich zur Zürcher Methodik leicht zu hoch ausgefallen sein. Deshalb ist beim CHUV eine Korrektur der Fallkosten der Kinderklinik um minus 2% sachgerecht.

Nach Abzug der Mehrkosten für Zusatzversicherte von Fr. 800 für halbprivate und Fr. 1000 für private Patientinnen oder Patienten im Sinne der vorstehenden Erwägungen (vgl. Ziff. 9.1.3.3) ergibt dies für die universitären Kinderkliniken folgende Fallkosten 2010 (SwissDRG Version 1.0, benchmarkrelevante Betriebskosten ohne Anlagenutzungskosten):

| Spital | Fallkosten (ohne Anlagenutzungskosten) 2010 in Franken |
|--|---|
| Inselspital Bern, Pädiatrie | 9662 |
| CHUV, Pädiatrie | 11441 |
| Kinderspital Zürich | 12074 |
| Univ. Kinderspital beider Basel (UKBB) | 13957 |

Die detaillierte Herleitung dieser Fallkosten findet sich in Beilage 2 zu diesem Beschluss.

Aufgrund der geringen Anzahl Spitäler ist es auch in dieser Benchmark-Kategorie sachgerecht, als Massstab eines effizienten Spitals anstelle des bei nur wenigen Spitälern statistisch nicht geeigneten 40. Perzentils auf die Fallkosten des zweitgünstigsten Spitals von Fr. 11441 abzustellen und damit jenes Spital zu wählen, das leicht unterdurchschnittliche Fallkosten aufweist.

Unter Berücksichtigung des Zuschlagfaktors von 2010 auf 2012 für Nichtzürcher Spitäler von 11,76% ergibt dies einen Fallkosten-Benchmark 2012 für universitäre Kinderspitäler von Fr. 12800 (genau Fr. 12791; Aufrundung auf Fr. 10).

9.1.4.4 Benchmark für Geburtshäuser

Die Tarifstruktur SwissDRG sieht für Geburtshäuser grundsätzlich dieselbe DRG-Einteilung wie für Geburtsabteilungen in Spitälern vor (z. B. O60D vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose). Zur Kalkulation der Kostengewichte stützte sich die SwissDRG AG mangels aussagekräftiger Kostenträgerdaten der Geburtshäuser aus den Jahren 2008 und 2009 auf Daten der Spitäler und schätzte davon ausgehend die Kosten einer Hebammengeburt im Geburtshaus. Wiederum gestützt darauf legte sie die Kostengewichte für Geburtshaus-DRG fest, die wesentlich tiefer liegen als jene für Spitäler (z. B. Kostengewicht von 0,548 für eine vaginale Entbindung im Spital im Vergleich zu 0,444 im Geburtshaus). Bei einer identischen Fallpauschale für Schweregrad 1,0 wie für die Spitäler würden die Geburtshäuser demnach deutlich tiefere Erträge aufweisen.

Zwölf Geburtshäuser der Schweiz konnten sich mit den HSK-Versicherern auf eine Fallpauschale von Fr. 9830 einigen. Eine solche Fallpauschale führt wegen der im Vergleich zu Spitälern wesentlich tieferen Kostengewichten zu Erträgen der Geburtshäuser, die trotz der höheren Fallpauschalen für Schweregrad 1.0 im Ergebnis wesentlich tiefer liegen als die Erträge von Hebammengeburten in Spitälern. Grundsätzlich müsste sich dieses Vertragsergebnis auf einen Benchmark abstützen. Ein solcher ist indessen auf der Grundlage der Zahlen 2010 nicht möglich. Bis Ende 2011 waren schweizweit nur wenige Geburtshäuser auf der Spitalliste aufgeführt und damit zur Verrechnung stationärer Tarife berechtigt. Die meisten Geburtshäuser wurden als ambulante Einrichtungen geführt und verrechneten nur Pauschalen für Hotellerie und Betreuung, während die medizinischen Leistungen (Hebammenleistung, Medikamente, Kinderärztin bzw. Kinderarzt, Verlegung ins Spital) vom jeweiligen ambulanten Leistungserbringer (Hebamme, Apotheke, Kinderärztin bzw. Kinderarzt, Rettungsdienst) der Patientin direkt in Rechnung gestellt wurden. Vor diesem Hintergrund liegen für die Jahre 2010 und 2011 keine Kosten- und Leistungsrechnungen vor, die alle stationären KVG-Pflichtleistungen zweifelsfrei aufführen. Erst mit den Leistungsaufträgen ab 1. Januar 2012 (Spitalliste) und damit ab dem Datenjahr 2012 kommen die Geburtshäuser in die Lage, ihre Leistungs- und Kostenrechnungen nach den Vorgaben der VKL zu erfüllen. Trotz dieser schwierigen Ausgangslage haben die Geburtshäuser näherungsweise die Kosten- und Leistungsdaten 2011 von fünf Geburtshäusern für eine stationäre Betrachtungsweise rekonstruiert. 2011 weist das günstigste Geburtshaus auf dieser Grundlage schweregradbereinigte Fallkosten (SwissDRG Version 1.0) von rund Fr. 9900 und die übrigen Geburtshäuser von über Fr. 10000 auf. Unter diesen Umständen ist es

vertretbar, vorerst auf den verhandelten Wert von Fr. 9830 abzustützen und die Tarife auch für jene Versicherer ohne Tarifvertrag auf der entsprechenden Höhe festzusetzen.

Die Preisüberwachung verkennt in ihrer Stellungnahme die besondere Ausgangslage der Geburtshäuser und kommt deshalb mit der Empfehlung einer Fallpauschale von rund Fr. 9200 zu einem nicht gerechtfertigten, die Existenz der Geburtshäuser infrage stellenden Wert.

9.1.5 Abweichung vom Benchmark-Wert für Spezialfälle

Die Tarifstruktur SwissDRG kann wie eingangs dargelegt noch nicht alle Kostenunterschiede zwischen Universitätsspitalern und anderen hochspezialisierten Spezialkliniken einerseits und Spitalern, die einfache Grundleistungen erbringen, andererseits sachgerecht abbilden. Während den Universitätsspitalern mit einer separaten Benchmark-Kategorie Rechnung getragen wird, ist für die hochspezialisierten Spezialkliniken zu prüfen, inwieweit ein Benchmark-Tarif sachgerecht und möglich ist oder ob – aufgrund fehlender Vergleichbarkeit mit SwissDRG – eine massgeschneiderte Lösung notwendig wird nach dem Grundsatz, dass Gleiches nach Massgabe seiner Gleichheit gleich und Ungleiches nach Massgabe seiner Ungleichheit ungleich zu behandeln ist.

9.1.5.1 Tarifiedifferenzierung für nichtuniversitäre Spitäler mit oder ohne Notfallstation

Innerhalb der Benchmark-Kategorie «nichtuniversitäre Spitäler» ist zwischen Spitalern mit einer allgemein zugänglichen Notfallstation (mit Leistungsauftrag für das Basispaket Chirurgie und Innere Medizin am Spitalstandort gemäss Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik) und Spezialkliniken ohne Notfallstation mit einem elektiven Leistungsauftrag (mit Leistungsauftrag für das Basispaket für elektive Leistungserbringer am Spitalstandort des Spitals gemäss Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik) zu unterscheiden. Dies lässt sich aus dem SwissDRG-System ableiten und wird durch empirische Untersuchungen der Zürcher Kostendaten gestützt: Im SwissDRG-System werden die Kosten für Notfallbehandlungen auf die einzelnen DRG mit Notfallpatientinnen bzw. -patienten umgelegt. Die Kostengewichte von DRG, die praktisch ausnahmslos für Notfallpatienten verwendet werden (beispielsweise der SwissDRG «E66B Schweres Thoraxtrauma ohne komplizierende Diagnose»), enthalten einen verhältnismässig hohen Anteil an Notfallkosten. Da diese DRG nur von Spitalern mit Notfallstation verrechnet werden, entspricht die Vergütung den bei diesen Spitalern anfallenden Kosten. Die Mehrheit der DRG kommt jedoch sowohl bei Notfall- als auch Elektivpatientinnen bzw. -patienten zur Anwendung (beispielsweise «I08C: Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfacheingriff, komplexer Prozedur, komplexer Diagnose oder bestimmter Eingriff

oder äusserst schwere Komplikationen oder Komorbiditäten»; «I27C: Eingriffe am Weichteilgewebe ohne äusserst schwere oder schwere Komplikationen oder Komorbiditäten, ausser bei bösartiger Neubildung»; «I69Z: Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien»; «G26Z: Andere Eingriffe am Anus»). Die Kostengewichte dieser DRG werden durch den jeweiligen Mix der Notfall- und elektiven Patientinnen und Patienten bestimmt. Da diese «gemischten DRG» auch bei Spitälern ohne Notfallstation verwendet und entsprechend vergütet werden, erhalten diese Spitälern für diese Behandlungen systematisch zu hohe Vergütungen: Elektivkliniken können DRG mit hohen Kostengewichten aufgrund der darin enthaltenen Notfallkosten verrechnen, obwohl sie nur elektive Patientinnen und Patienten behandeln und keine Kosten für den Betrieb einer Notfallstation zu tragen haben. Diese Überfinanzierung der Elektivkliniken im SwissDRG-System ist der Preis dafür, dass das System einfach gehalten ist und analog zum deutschen Vorbild, dem G-DRG, auf die Einführung von unterschiedlichen DRG für Notfall- und Elektivpatientinnen bzw. -patienten und einer zusätzlichen Notfallvariable verzichtet wird. In Deutschland hat man diese Problematik seit Längerem erkannt und deshalb einen Abschlag von 50 € (= knapp 2% der Fallpauschale) pro vollstationären Fall für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung vorgenommen (§17b Abs. 1 Satz 4 Deutsches Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze in Verbindung mit §4 Abs. 6 Deutsches Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen). Auch die GDK empfiehlt den Kantonen, eine Unterscheidung zwischen Spitälern mit und ohne Notfallstation vorzunehmen (vgl. Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung vom 5. Juli 2012, Empfehlung 9). Die Überfinanzierung der Spitälern ohne Notfallstation im SwissDRG-System lässt sich auch anhand verschiedener empirischer Analysen nachweisen. So zeigt der Vergleich zwischen den schweregradbereinigten Fallkosten der Spitälern mit Notfallstation und jenen ohne Notfallstation, dass Spitälern ohne Notfallstation rund Fr. 500 tiefere Kosten pro Normfall aufweisen. Diese Kostenunterschiede zeigen, dass mit dem Führen einer Notfallstation Zusatzkosten verbunden sind, die im SwissDRG-System nicht bzw. nur unvollständig abgebildet werden. Da ein Teil der Kostenunterschiede auch von anderen spitalspezifischen Kosten verursacht sein könnte, sind die schweregradbereinigten Fallkosten der Notfall- und der elektiven Patientinnen und Patienten miteinander zu vergleichen. Entsprechende statistische Auswertungen der Gesundheitsdirektion mit den Patienten- und Kostendaten 2010 und 2011 der nichtuniversitären Zürcher Spitälern zeigen, dass der Kostenunterschied zwischen Notfall- und elektiven Patientinnen und Patienten mit rund Fr. 400 bedeutend und statistisch

hoch signifikant (statistisches Mass $p < 0.001$) ist. Dass ein derartiger Kostenunterschied besteht, wurde im Rahmen der Schlussstellungnahme von keiner Partei infrage gestellt.

Da Spitäler mit Notfallstation durchschnittlich 56% ihrer Patientinnen und Patienten als Notfälle behandeln, ergibt sich für Spitäler ohne Notfallstation ein Abschlag von der Hälfte der Mehrkosten von Notfallpatientinnen und -patienten von rund Fr. 200 auf die Fallpauschale (knapp 2%). Vor diesem Hintergrund wurde den Leistungserbringern und den Krankenversicherern in der Aufforderung der Gesundheitsdirektion vom 21. November 2012 zur Schlussstellungnahme eine Fallpauschale für nichtuniversitäre Spitäler von Fr. 9460 für Spitäler mit Notfallstation und Fr. 9260 für Spitäler mit Basispaket Elektiv gemäss Zürcher Spitalliste 2012 für den Festsetzungsfall in Aussicht gestellt.

Verschiedene Spitäler mit Notfallstation und der VZK haben darauf angeführt, dass die Spitäler mit Notfallstation eine höhere Fallpauschale erhalten müssten, wenn ein Notfallabschlag für Spitäler ohne Notfallstation eingeführt würde. Diesem berechtigten Anliegen kann dadurch Rechnung getragen werden, dass die durch den Notfallabschlag eingesparten Mittel auf die Fallpauschale aller nichtuniversitären Spitäler zugerechnet werden: Eine Multiplikation der rund 14000 Normfälle in Spitälern ohne Notfallstation mit dem Notfallabschlag von Fr. 200 ergibt Fr. 2800000; dividiert durch rund 145000 Normfälle in Spitälern mit Notfallstation ergibt einen Zuschlag von rund Fr. 20 pro Normfall. Die Fallpauschale für nichtuniversitäre Spitäler mit Notfallstation (mit Leistungsauftrag für das Basispaket Chirurgie und Innere Medizin am Spitalstandort gemäss Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik) ist deshalb statt auf Fr. 9460 auf Fr. 9480 und die Fallpauschale für die übrigen nichtuniversitären Spitäler ohne Notfallstation statt auf Fr. 9260 auf Fr. 9280 festzusetzen.

9.1.5.2 Fallpauschale für Universitätsklinik Balgrist

Für die schweizweit tätige Spezialklinik Universitätsklinik Balgrist, die auf Schäden und Schmerzen am Bewegungsapparat und Rückenmark spezialisiert ist, ist ein sachgerechter Wirtschaftlichkeitsvergleich auf der Grundlage der gegenwärtigen Tarifstruktur SwissDRG Version 1.0 nicht möglich. Die Universitätsklinik Balgrist weist ein überdurchschnittlich hohes Sockeldefizit für hochdefizitäre Fälle auf (vgl. Grafik Nr. 3), was aufgrund der hohen Spezialisierung und der Versorgungspflicht am Ende der Versorgungskette plausibel ist. Eine tarifäre Gleichbehandlung mit nichtuniversitären Spitälern wäre deshalb nicht angebracht. Die SwissDRG AG weist mit Schreiben vom 17. September 2012 darauf hin, dass keine Angaben zu einem sachgerechten Wirtschaftlichkeitsvergleich einer universitären, orthopädischen Spezialklinik

im Vergleich zu anderen Spitälern gemacht werden könnten. Die Genauigkeit der Abbildung in der Tarifstruktur SwissDRG hänge jedoch wesentlich vom Detaillierungsgrad der Schweizerischen Operationsklassifikation (CHOP) ab. Da die Orthopädie im CHOP sehr gut abgebildet ist, ist davon auszugehen, dass die Leistungen der Universitätsklinik Balgrist mit der Tarifstruktur SwissDRG sachgerechter abgebildet sind als Leistungen der grossen schweizerischen Universitätsspitäler, die über ein viel grösseres Leistungsspektrum verfügen. Es wäre deshalb nicht sachgerecht, die Universitätsklinik Balgrist mit den anderen Universitätsspitalern zu vergleichen bzw. den Benchmark für Universitätsspitäler (Erwachsene) anzuwenden. Es liegen auch keine Anzeichen für eine unwirtschaftliche Leistungserbringung durch die Universitätsklinik Balgrist vor. Unter diesen Umständen ist es sachgerecht, für die Universitätsklinik Balgrist auf ihre eigenen Fallkosten des Jahres 2010 von Fr. 9175 abzustellen. Unter Berücksichtigung des Zuschlagfaktors 2010 zu 2012 für Zürcher Spitäler von 12,49% ergibt dies Fallkosten 2012 von Fr. 10320 (genau Fr. 10321; kaufmännische Rundung auf Fr. 10).

Die Universitätsklinik Balgrist beantragt auf diesem Betrag einen Zuschlag von 4–5%, da ihre Effizienz im schweizweiten Vergleich sehr hoch sei. Ohne Benchmark lässt sich die Effizienz der Universitätsklinik Balgrist indessen nicht messen bzw. vergleichen. Im KVG-System sind Effizienz und Ineffizienz grundsätzlich über ein Benchmarking zu berücksichtigen. Ein allgemeiner Effizienzzuschlag auf den spitalindividuellen Kosten lässt sich KVG-methodisch somit nicht rechtfertigen, weshalb dem Anliegen der Universitätsklinik Balgrist nicht stattgegeben werden kann.

9.1.5.3 Fallpauschale für Schweizerisches Epilepsie-Zentrum (EPI-Klinik)

Die schweizweit tätige Spezialklinik Schweizerisches Epilepsie-Zentrum (EPI-Klinik) ist schweizweit die führende Institution für die Abklärung, Behandlung und Betreuung von Epilepsien bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Sie weist ein sehr eingeschränktes Leistungsspektrum auf. Sowohl ein Wirtschaftlichkeitsvergleich mit anderen Spitälern als auch die tatsächliche Vergütung hängen direkt davon ab, ob die Tarifstruktur SwissDRG diese Leistungen sachgerecht abbilden kann oder nicht. Von der EPI-Klinik wird bestritten, dass ihre Leistungen sachgerecht abgebildet werden. Die Gesundheitsdirektion hat deshalb mit SwissDRG AG die Fragestellung vertieft geprüft, inwieweit die Tarifstruktur SwissDRG Version 1.0 die Epilepsie-Leistungen bereits sachgerecht abzubilden vermag. Zentrales Kriterium hierfür wäre die Kostenhomogenität der Epilepsieleistungen in den verschiedenen Schweizer Spitälern und damit die Aussage, wieweit SwissDRG Version 1.0 die Kostenstreuung zu erklären vermag. Die SwissDRG AG hat ihre inter-

nen Kennziffern zur Kostenhomogenität der Epilepsie-DRG indessen nicht bekanntgegeben. Gleichzeitig empfiehlt sie, zum gegenwärtigen Zeitpunkt bei Epilepsie-DRGs Fallkostenvergleiche nur unter Spitälern mit gleichem Leistungsauftrag vorzunehmen. Die Tarifstruktur SwissDRG Version 1.0 hat bezüglich Leistungen im Zusammenhang mit Epilepsie-Patientinnen und -Patienten noch nicht den für eine Tarifsetzung erforderlichen Entwicklungsstand wie in anderen medizinischen Fachgebieten erreicht. Damit ist es auch nicht sachgerecht, für die EPI-Klinik auf den Benchmark für nichtuniversitäre Spitäler abzustellen. Mangels anderer Spezialkliniken für Epilepsie in der Schweiz muss daher auf die spitalindividuellen Fallkosten zurückgegriffen werden.

Dabei ist es sachgerecht, die neusten zur Verfügung stehenden Fallkosten aus dem Jahr 2011 von Fr. 9148 heranzuziehen. Die EPI-Klinik erklärt dieses Ergebnis mit einem ausserordentlich guten Geschäftsgang 2011 mit einer hohen Auslastung und beantragt, auch die höheren Fallkosten des Jahres 2010 (Fr. 10014) beizuziehen. Ein solches Vorgehen wäre indessen nicht sachgerecht, da als Massnahme zur Absicherung gegen ungeplante (von der EPI nicht verschuldete und von SwissDRG bisher nicht abbildbare, sehr hohe) CMI-Veränderungen auf die neusten Leistungsdaten 2011 abzustellen ist (vgl. Beilage 2) und symmetriebedingt auch die Kostendaten 2011 zur Anwendung gelangen müssen. Zudem hat die EPI-Klinik selbst den Nachweis erbracht, dass mit dem Patientinnen- bzw. Patientengut eine hohe Auslastung und damit einhergehend eine Wirtschaftlichkeit wie im Jahr 2011 möglich ist.

Auf der Grundlage der Fallkosten 2011 von Fr. 9148 sind die Fallkosten 2012 unter Berücksichtigung der Zuschlagfaktoren von 2011 zu 2012 für Anlagenutzung (10%) und Fallzusammenführung (1%) auf Fr. 10150 festzulegen (genau Fr. 10154; kaufmännische Rundung auf Fr. 10). Als Massnahme zur Absicherung gegen ungeplante CMI-Veränderungen ist es sodann sachgerecht, für entsprechende Veränderungen des Jahres 2012 um mehr als $\pm 2\%$ gegenüber dem Jahr 2011 einen Ausgleich vorzusehen. Aufgrund der erst im späteren Frühjahr 2013 vorliegenden Daten des Jahres 2012 wird feststellbar sein, ob eine solche CMI-Veränderung stattgefunden hat. Diesfalls soll die Fallpauschale 2012 rückwirkend nachkalkuliert und angepasst werden können, sodass der tatsächliche CMI des Jahres 2012 mit der endgültigen Fallpauschale 2012 zu denselben Erträgen führt wie der CMI des Jahres 2011 mit der Fallpauschale von Fr. 10150. Die sich ergebende Tariffdifferenz soll von den Berechtigten rückwirkend nachgefordert werden können. Die Nachkalkulation der Fallpauschale 2012 ist dabei wie folgt durchzuführen:

Fallpauschale 2012 = Fr. 10150 / (1+ [CMI₂₀₁₂ - 1,587] / 1,587)
falls (CMI₂₀₁₂ - 1,587) / 1,587 > $\pm 0,02$

2013 wird die Tarifstruktur Version 2.0 angewendet werden, die gemessen an den Leistungen 2011 zu einem Rückgang des CMI um 26,7% führen wird. Es ist deshalb sachgerecht, die auf den Daten 2011 beruhende Fallpauschale von Fr. 10 150 (SwissDRG V1.0) nach gleichen Kriterien wiederum ertragsneutral auf das Jahr 2013 bzw. SwissDRG Version 2.0 umzurechnen, was eine Fallpauschale von Fr. 13 850 ergibt.

Als Massnahme zur Absicherung gegen ungeplante CMI-Veränderungen ist es darüber hinaus gerechtfertigt, allfällige CMI-Veränderungen des Jahres 2013 und der Folgejahre nach der gleichen Methodik wie vorstehende beschrieben auszugleichen. Zu Beginn eines jeden Jahres wird die EPI-Klinik feststellen können, ob eine solche CMI-Veränderung für das Vorjahr vorliegt:

Beispiel Fallpauschale 2013 = Fr. 13 850 / (1 + [CMI₂₀₁₃ – 1,163] / 1,163)
falls (CMI₂₀₁₂ – 1,163) / 1,163 > +/-0,02.

9.1.5.4 Fallpauschale für Stadtspital Waid (Akutgeriatrie)

Das Stadtspital Waid beantragt einen Tarif von Fr. 9890 und begründet dies damit, dass SwissDRG Version 1.0 noch nicht alle Kostenunterschiede zu erklären vermöge und für ältere Patientinnen und Patienten trotz Schweregradbereinigung mit SwissDRG höhere Fallkosten anfallen würden. Deshalb benötige das Stadtspital Waid aufgrund seines – im Vergleich zum Kantonsspital Winterthur oder Universitätsspital Zürich – älteren Patientengutes eine höhere Fallpauschale.

Die Kostenträgerrechnung des Spitals belegt, dass spitalintern ältere Patientinnen und Patienten höhere Fallkosten aufweisen als jüngere Patientinnen und Patienten. Daraus lässt sich aber aus verschiedenen Gründen nicht schliessen, es handle sich um berechnete Mehrkosten, die eine höhere Fallpauschale zur Folge haben müsste. Erstens beruhen die Auswertungen auf den Kosten- und Leistungsdaten 2011. Diese Daten erfüllen gerade beim Stadtspital Waid nicht die Anforderungen der Gesundheitsdirektion bzw. der nationalen Kodierrichtlinien, da Mängel in der Datenqualität sowohl bei den internen Verlegungen (zwischen Akutgeriatrie und übrigen Leistungsbereichen) als auch bei der CHOP-Kodierung zu einem verfälschten CMI führen. Zweitens wäre es nicht sachgerecht, von den Kosten- und Leistungsdaten eines einzelnen Spitals auf die Aussagekraft und Qualität der Tarifstruktur SwissDRG zu schliessen und das betreffende Spital finanziell besserzustellen. Es liegen schweizweit keine Indizien oder Aussagen der SwissDRG AG vor, wonach die Tarifstruktur die Leistungen für ältere Patientinnen und Patienten nicht genügend abzubilden vermag.

Daher ist das Stadtspital Waid tarifarisch gleichzustellen wie die übrigen nichtuniversitären Spitäler.

9.1.5.5 Fallpauschale für ausserkantonale und EU-EFTA-Patientinnen und -Patienten

Der VZK beantragt, für ausserkantonale und EU/EFTA-Einwohnerinnen und -Einwohner sei generell ein Zuschlag von 10% auf den Fallpauschalen festzusetzen. Dieser Antrag wird vom VZK nicht weiter begründet. Für Schweizer Patientinnen und Patienten sieht das KVG zur Vergütung der Pflichtleistungen der OKP keine Differenzierung der Pauschalen nach den Herkunftskantonen vor. EU/EFTA-Patientinnen und -Patienten dürfen sodann gestützt auf die entsprechenden bilateralen Abkommen gegenüber OKP-Versicherten in der Schweiz nicht diskriminiert werden (vgl. Art. 95a KVG). Somit ist ein Zuschlag auf die Fallpauschalen für EU/EFTA-Patientinnen und -Patienten abzulehnen.

9.1.6 Überblick über die DRG-Fallpauschalen für Zürcher Spitäler

Die für die auf der Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik aufgeführten Spitäler und Geburtshäuser mit Standort im Kanton Zürich im vertragslosen Zustand festzusetzenden Fallpauschalen (für Schweregrad 1.0, einschliesslich Investitionsanteil) mit Wirkung ab 1. Januar 2012 stellen sich zusammengefasst wie folgt dar:

| | in Franken |
|-----------------------------------|------------|
| 1. Universitätsspital Zürich | 11 300 |
| 2. Kinderspital Zürich | 12 800 |
| 3. Universitätsklinik Balgrist | 10 320 |
| 4. Kantonsspital Winterthur | 9 480 |
| 5. Stadtspital Triemli | |
| 6. Klinik Hirslanden | |
| 7. GZO AG Spital Wetzikon | |
| 8. Spital Uster | |
| 9. Spital Limmattal | |
| 10. Spital Bülach | |
| 11. Spital Zollikerberg | |
| 12. Stadtspital Waid | |
| 13. Spital Männedorf | |
| 14. See-Spital Standort Horgen | |
| 15. Spital Affoltern | |
| 16. Paracelsus-Spital Richterswil | |
| 17. Schulthess-Klinik | 9 280 |
| 18. See-Spital Standort Kilchberg | |
| 19. Uroviva Klinik für Urologie | |
| 20. Klinik Susenberg | |
| 21. Adus Medica | |
| 22. Limmatklinik | |
| 23. Geburtshaus Zürcher Oberland | 9 830 |
| 24. Geburtshaus Delphys | |
| 25. Geburtshaus Weinland | |

| | |
|--------------------------------|---|
| 26. Schweiz. Epilepsie-Zentrum | bis 31. Dezember 2012: Fr. 10 150 Weicht der CMI des Jahres 2012 um mehr als +/-2% vom CMI 2011 ab, wird die Fallpauschale entsprechend der CMI-Veränderung im Sinne der Erwägungen rückwirkend angepasst und die Tariffdifferenz kann von den Berechtigten rückwirkend nachgefordert werden. ab 1. Januar 2013: Fr. 13 850 Weicht der CMI eines Kalenderjahres um mehr als +/-2% vom CMI 2011 ab, wird die Fallpauschale entsprechend der CMI-Veränderung im Sinne der Erwägungen rückwirkend angepasst und die Tariffdifferenz kann von den Berechtigten rückwirkend nachgefordert werden. |
|--------------------------------|---|

9.2 Tagespauschalen

9.2.1 Tagespauschalen im Falle unbewerteter DRG

In der Tarifstruktur SwissDRG sind vergleichsweise wenige DRG noch nicht mit einem Kostengewicht bewertet. Die unbewerteten DRG gemäss Anlage 3 des Fallpauschalen-Katalogs SwissDRG Version 1.0 sind zum Einstands- bzw. Fabrikabgabepreis zu vergüten und bedürfen keiner weiteren Regelung.

Für die übrigen unbewerteten DRG gemäss Anlage 1 des Fallpauschalen-Katalogs ist in den Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG (Version 4/2011) vorgesehen, dass die Vergütung zwischen den Tarifpartnern in den Tarifverträgen festzulegen ist. Die Vergütung der DRG A16A (Transplantation von Darm oder Pankreas) sowie Z02Z (Leberspende [Lebendspende]) ist in einem nationalen Vertrag zwischen H+ und dem Schweizerischen Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) geregelt (Vertrag betreffend Fallabwicklung und Abgeltung von nicht durch SwissDRG geregelten Leistungen im Zusammenhang mit der Transplantation solider Organe).

Die übrigen unbewerteten DRG in Anlage 1 des Fallpauschalen-Katalogs betreffen im Kanton Zürich hauptsächlich das USZ. Dieses stellt den Antrag, für die fraglichen unbewerteten Fallgruppen (DRG) sei der Tarif nach dem Vorschlag des Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) festzusetzen. Die dem vom CHUV vorgeschlagenen Tarif zugrunde liegende Bewertungsmethodik ist jedoch nicht erkennbar, weshalb nicht darauf abgestützt werden kann. Die fraglichen DRG zeichnen sich durch eine geringe Fallzahl und eine hohe Varianz bezüg-

lich der Aufenthaltsdauer aus. Eine Bewertung mittels einheitlichen Kostengewichts pro Fall kann somit nicht erfolgen. Vor diesem Hintergrund ist es sachgerecht, auf die durchschnittlichen Einnahmen des USZ pro Pflage- und Patientin bzw. Patient abzustellen. Gestützt darauf ist für die fraglichen DRG eine Tagespauschale von Fr. 2533 festzulegen, die sich an der für das USZ geltenden Fallpauschale von Fr. 11 300, dem durchschnittlichen Kostengewicht von 1,5240 sowie der Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten von 7,8 Tagen 2010 orientiert, wobei für Ein- und Austrittstag insgesamt nur eine Tagespauschale zu verrechnen ist ($\text{Fr. } 2533 = \text{Fr. } 11\,300 \times 1,5240 / (7,8 \text{ Tage} - 1 \text{ Tag})$).

9.2.2 Tarif für die Verlegung gesunder Säuglinge

Gemäss Art. 29 Abs. 2 Bst. d KVG gelten die Pflege und der Aufenthalt des gesunden Neugeborenen als KVG-Pflichtleistungen, solange es sich mit der Mutter im Spital (oder Geburtshaus) aufhält. Gesunde Säuglinge, die von einem Spital oder Geburtshaus in ein anderes Spital oder Geburtshaus verlegt werden, gelten ebenfalls als stationäre Fälle, die gemäss Art. 49a Abs. 1 KVG anteilmässig vom Kanton und den Versicherern zu übernehmen sind. In den Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG (Version 4/2011) ist festgehalten, dass bei einer Verlegung der Mutter mit dem gesunden Neugeborenen vom aufnehmenden Leistungserbringer keine SwissDRG-Fallpauschale für das Neugeborene abgerechnet werden kann und die Leistungen gemäss aktuell gültigen ambulanten Tarifverträgen abzurechnen sind. Soweit für Pflege und Aufenthalt keine vertraglich vereinbarten und genehmigten Tarife bestehen, ist für die Tariffestsetzung auf die zwischen den HSK-Versicherern und der Interessengemeinschaft der Geburtshäuser der Schweiz vereinbarte Tagespauschale von Fr. 230 abzustellen. Diese Regelung ist auf das Jahr 2012 zu beschränken, da die ab 1. Januar 2013 gültige SwissDRG Version 2.0 für verlegte, gesunde Säuglinge ein DRG bzw. ein Kostengewicht vorsieht und deshalb ab diesem Zeitpunkt keine besondere Regelung mehr notwendig ist. Für gesunde Säuglinge, die von einem Spital oder Geburtshaus in ein anderes Spital oder Geburtshaus verlegt werden, sind somit für 2012 die medizinischen Leistungen (wie Ärztin bzw. Arzt, Hebamme, Medikamente usw.) gemäss ambulanten Tarifverträgen und die Leistungen für Pflege und Aufenthalt mit einer Pauschale von Fr. 230 pro Kalendertag zu vergüten, wobei für Ein- und Austrittstag jeweils die ungekürzten Pauschalen gelten. Alle Vergütungen sind gestützt auf Art. 49a Abs. 1 KVG anteilmässig vom Kanton und den Versicherern zu übernehmen.

9.2.3 Tagespauschalen für Behandlungen der Leistungsgruppe PAL Palliative Care Kompetenzzentrum

Spitäler oder Abteilungen mit Spezialisierungen auf Palliative Care können von der SwissDRG-Anwendung ausgenommen werden, falls dafür sowohl ein ausdrücklicher Leistungsauftrag (Leistungsgruppe PAL) vorliegt als auch die daraus folgenden Kosten und Leistungen transparent ausgeschieden und ausgewiesen werden können. Vor diesem Hintergrund wurde den betroffenen Spitälern mit RRB Nr. 1493/2011 freigestellt, ab 1. Januar 2012 statt mit Fallpauschalen nach SwissDRG mittels Tagespauschalen abzurechnen, sofern der Gesundheitsdirektion ein entsprechender Entscheid bis spätestens 31. Januar 2012 mitgeteilt wird.

Das USZ, das Spital Zollikerberg, das Spital Männedorf, das Kinderspital Zürich und das Paracelsus-Spital Richterswil entschieden sich für Fallpauschalen nach SwissDRG, das KSW, das Spital Bülach, das Spital Affoltern und die Klinik Susenberg hingegen für Tagespauschalen. Jene Spitäler, die sich für eine Abrechnung über Fallpauschalen nach SwissDRG entschieden haben (USZ, Spital Zollikerberg, Spital Männedorf, Kinderspital Zürich und Paracelsus-Spital Richterswil), sind deshalb zu verpflichten, die Fallpauschalen nach SwissDRG abzurechnen. Über die Tarifhöhe für die übrigen Spitäler (KSW, Spital Bülach, Spital Affoltern und Klinik Susenberg) ist wie eingangs erwähnt in einem separaten Beschluss zu befinden. Bis dahin gelten die mit RRB Nr. 1493/2011 provisorisch festgesetzten Tagespauschalen und Modalitäten weiterhin.

9.3 Modalitäten

9.3.1 Allgemein

Die für die operative Umsetzung der Tarife notwendigen weiteren Modalitäten (Rechnungsstellung, Datenübermittlung, Handhabung der internen und externen Verlegung usw.) sind entweder im KVG und seinen Ausführungsverordnungen (insbesondere Art. 42 KVG und Art. 59 und 59a KVV) oder im nationalen Regelwerk von SwissDRG hinreichend geregelt, weshalb keine zusätzlichen Festlegungen erforderlich sind.

Nach den Schlussbestimmungen der KVV-Änderung vom 22. Oktober 2008 (revidierte Fassung vom 2. November 2011) haben die Tarifpartner bei der Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen Instrumente zur Überwachung der Entwicklung der Kosten und Leistungsmengen (Monitoring) sowie Korrekturmassnahmen zu vereinbaren. Können sich die Tarifpartner im Falle eines Vergütungsmodells vom Typus DRG nicht auf gesamtschweizerisch einheitliche Korrekturmass-

nahmen einigen, muss der Leistungserbringer die nach Abs. 2ter der Schlussbestimmungen der KVV-Änderung vom 22. Oktober 2008 (revidierte Fassung vom 2. November 2011) zu berechnenden Mehrerträge rückvergüten, wobei diese zwischen Leistungserbringern und Versicherern zu vereinbaren sind. Verschiedene Leistungserbringer beantragen, die hierfür benötigten Daten (Fallzahlen, CMI) seien im vorliegenden Beschluss präventiv festzulegen. Sie übersehen dabei, dass die Umsetzungsmodalitäten nach Abs. 2ter der Schlussbestimmungen der KVV-Änderung vom 22. Oktober 2008 (revidierte Fassung vom 2. November 2011) zwischen Leistungserbringern und Versicherern vertraglich zu vereinbaren oder jedenfalls vorgängig zu verhandeln sind.

9.3.2 Festlegung einer Kodierrevisionsstelle

Gemäss Ziff. 4.1.4 des Reglements für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG ist die Revisionsstelle gemeinsam von den Vertragsparteien zu bestimmen. Können sich diese nicht einigen, legt der Regierungsrat die Kodierrevisionsstelle fest. Sinn und Zweck dieser Regelung ist, dass sich das Spital mit sämtlichen Versicherern auf eine einzige Kodierrevisionsstelle einigt. Damit können Doppelspurigkeiten vermieden und somit auch Mittel gespart werden.

Die Klinik Hirslanden hat in einer von allen Versicherern unterzeichneten Vereinbarung PricewaterhouseCoopers als Kodierrevisionsstelle bestimmt. Die übrigen Spitäler haben keine entsprechenden Vereinbarungen eingereicht, weshalb für sie – wie mit Schreiben der Gesundheitsdirektion vom 26. November 2012 vorgeschlagen – die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich als Kodierrevisionsstelle zu bestimmen ist. Soweit tarifsuisse beantragt, es sei nicht die Gesundheitsdirektion, sondern eine oder mehrere bei dieser arbeitende Personen mit Namen zu bestimmen, ist festzuhalten, dass im Falle der Beendigung des oder der Arbeitsverhältnisse eine Lücke entstehen könnte. Für die Sicherstellung der Kodierrevisionsstelle ist es deshalb sachgerecht und genügend, die Gesundheitsdirektion als zuständig zu erklären, weshalb dem Einwand von tarifsuisse nicht stattzugeben ist.

Zudem ist festzuhalten, dass die Kosten der Revision gemäss Ziff. 4.1.5. des Reglements für die Durchführung der Kodierrevision zulasten des Spitals gehen und als anrechenbare Kosten in die Tarifberechnung mit einzubeziehen sind.

10. Tarifgenehmigungen

10.1 Grenzen des Verhandlungsprimats

Nach der Konzeption des KVG haben die Tarifpartner Tarifverhandlungen zu führen (in zeitlicher Hinsicht Vertrags- und Verhandlungsprimat). Die Tarifverträge müssen – soweit sie nicht landesweit gelten sollen – von den Kantonsregierungen genehmigt werden. Es fragt sich deshalb, inwieweit der Regierungsrat an vereinbarte Tarife gebunden ist.

Nach dem eingangs erwähnten Art. 46 Abs. 4 Satz 2 KVG hat die Genehmigungsbehörde zu prüfen, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht. Als gesetzliche Vorgabe für die Vertragsprüfung gilt auch hier der Benchmark-Artikel Art. 49 Abs. 1 letzter Satz KVG, wonach sich die Spitaltarife an der Entschädigung jener Spitäler zu orientieren haben, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Ausgangspunkt für die Genehmigung der Höhe der vereinbarten Tarife sind somit für die wirtschaftliche Beurteilung die behördlich geprüften bzw. ermittelten Fallpauschalen, d. h. im konkreten Fall die festzusetzenden Tarife gemäss vorstehender Ziff. 9. Insofern besteht kein Ermessensspielraum (mehr). Es stellt sich lediglich noch die Frage, inwieweit von diesen Tarifen unter dem Gesichtspunkt der Billigkeit abgewichen werden darf.

Mit der Prüfung der Billigkeit sollen nach Lehre und Rechtsprechung einerseits die Interessen der Versicherten gewahrt und andererseits aber auch verhindert werden, dass allenfalls von einer Partei unter dem Druck der anderen ungerechtfertigte Zugeständnisse gemacht werden (Eugster Gebhard, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, Zürich 2010, Art. 46 KVG N. 13). Im Interesse der Versicherten liegen insbesondere auch die von den Vertragspartnern und den zuständigen Behörden zu beachtenden gesetzlichen Vorgaben von Art. 43 Abs. 6 KVG, wonach bei der Tarifierung darauf zu achten ist, dass eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird. Da die Tarife bei der dualen Spitalfinanzierung über Versicherungsprämien und Steuern und somit letztlich vom Versicherten finanziert werden, sind Tarife, die den Benchmark übersteigen, grundsätzlich nur im Rahmen einer engen Bandbreite tolerierbar. Analoges gilt auch für nach unten abweichende Tarife: Hier ist darauf zu achten, dass zu tiefe Tarife die Qualität der Leistungserbringung nicht beeinträchtigen und längerfristig die Existenz des Leistungserbringers nicht bedrohen.

Widerspricht ein Tarifvertrag diesen Vorgaben, ist dieser nicht zu genehmigen bzw. es liegt kein rechtsgültiger Tarifvertrag und somit ein tarifloser Zustand vor (kein materielles Verhandlungsprimat über die Vorgaben des KVG hinaus).

10.2 Vertragsgenehmigungen

Damit Tarifverträge genehmigt werden können, müssen sie sich – wie eingangs dargestellt – am Benchmark orientieren. Abweichungen vom Benchmark müssen entsprechend begründet sein. Nachdem mit der Einführung der Spitalfinanzierung 2012 für die Tarifpartner eine neue Ausgangslage geschaffen wurde, werden in diesem ersten Genehmigungsverfahren ausnahmsweise noch abweichende Tarife ohne Begründungen akzeptiert, solange sie den Benchmark nicht um mehr als 2% überschreiten oder bei tieferen Tarifen die Versorgungssicherheit nicht gefährden.

Folgende Tarifverträge entsprechen grundsätzlich den in diesem Verfahren aufgestellten Regeln und können deshalb mit Ausnahme der dieser Liste nachgestellten Vorbehalte nach Art. 46 KVG genehmigt werden:

1. Vertrag zwischen dem Universitätsspital Zürich und der Assura Kranken- und Unfallversicherung sowie der Supra Krankenversicherung betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
2. Vertrag zwischen dem Kantonsspital Winterthur und der Helsana Versicherungen AG et al. betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
3. Vertrag zwischen dem Kantonsspital Winterthur und der Sanitas Grundversicherungen AG et al. betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
4. Vertrag zwischen dem Kantonsspital Winterthur und der KPT Krankenkasse AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
5. Vertrag zwischen dem Verband Zürcher Krankenhäuser und der Helsana Versicherungen AG et al. betreffend Tarife ab 1. Januar 2012 für folgende Spitäler: Spital Affoltern, Spital Bülach, GZO Spital Wetzikon AG, Spital Limmattal, Spital Männedorf, Paracelsus-Spital, Spital Uster, See-Spital Standort Horgen, Spital Zollikerberg und Stadtspital Waid.
6. Vertrag zwischen dem Verband Zürcher Krankenhäuser und der Sanitas Grundversicherungen AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012 für folgende Spitäler: Spital Affoltern, Spital Bülach, GZO Spital Wetzikon AG, Spital Limmattal, Spital Männedorf, Paracelsus-Spital, Spital Uster, See-Spital Standort Horgen, Spital Zollikerberg und Stadtspital Waid.
7. Vertrag zwischen dem Verband Zürcher Krankenhäuser und der KPT Krankenkasse AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012 für folgende Spitäler: Spital Affoltern, Spital Bülach, GZO Spital Wetzikon AG, Spital Limmattal, Spital Männedorf, Paracelsus-Spital, Spital Uster, See-Spital Standort Horgen, Spital Zollikerberg und Stadtspital Waid.

8. Vertrag zwischen dem Verband Zürcher Krankenhäuser und der Assura Kranken- und Unfallversicherung sowie der Supra Krankenversicherung betreffend Tarife ab 1. Januar 2012 für folgende Spitäler: GZO Spital Wetzikon AG, Paracelsus-Spital, See-Spital Standort Horgen, Spital Affoltern, Spital Bülach, Spital Limmattal, Spital Männedorf, Spital Uster, Spital Zollikerberg, Stadtspital Waid, Kantonsspital Winterthur und Limmatklinik.
9. Vertrag zwischen der Schulthess Klinik und der Helsana Versicherungen AG et al. betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
10. Vertrag zwischen der Schulthess Klinik und der Sanitas Grundversicherungen AG et al. betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
11. Vertrag zwischen der Schulthess Klinik und der KPT Krankenkasse AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
12. Vertrag zwischen der Schulthess Klinik und der Assura Kranken- und Unfallversicherung sowie der Supra Krankenversicherung betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
13. Vertrag zwischen dem Kinderspital Zürich – Eleonorenstiftung und der Helsana Versicherungen AG et al. betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
14. Vertrag zwischen dem Kinderspital Zürich – Eleonorenstiftung und der Sanitas Grundversicherungen AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
15. Vertrag zwischen dem Kinderspital Zürich – Eleonorenstiftung und der KPT Krankenkasse AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
16. Vertrag zwischen der Uniklinik Balgrist und der Helsana Versicherungen AG et al. betreffend DRG-Tarife ab 1. Januar 2012.
17. Vertrag zwischen der Uniklinik Balgrist und der Sanitas Grundversicherungen AG betreffend DRG-Tarife ab 1. Januar 2012.
18. Vertrag zwischen der Uniklinik Balgrist und der KPT Krankenkasse AG betreffend DRG-Tarife ab 1. Januar 2012.
19. Vertrag zwischen der Uniklinik Balgrist und der Assura Kranken- und Unfallversicherung betreffend DRG-Tarife ab 1. Januar 2012.
20. Vertrag zwischen der Uniklinik Balgrist und der Supra Krankenversicherung betreffend DRG-Tarife ab 1. Januar 2012.
21. Vertrag zwischen der Klinik Uroviva und der Helsana Versicherungen AG et al. betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
22. Vertrag zwischen der Klinik Uroviva und der Sanitas Grundversicherungen AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
23. Vertrag zwischen der Klinik Uroviva und der KPT Krankenkasse AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
24. Vertrag zwischen der Uroviva Spezialklinik für Urologie und der Assura Kranken- und Unfallversicherung sowie der Supra Krankenversicherung betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.

25. Vertrag zwischen der Stiftung Klinik Susenberg und der Helsana Versicherungen AG et al. betreffend DRG-Tarife ab 1. Januar 2012 mit Ausnahme von Anhang 2 Abs. 1, 3 und 5 des Vertrages.
26. Vertrag zwischen der Stiftung Klinik Susenberg und der Sanitas Grundversicherungen AG betreffend DRG-Tarife ab 1. Januar 2012 mit Ausnahme von Anhang 2 Abs. 1, 3 und 5 des Vertrages.
27. Vertrag zwischen der Stiftung Klinik Susenberg und der KPT Krankenkasse AG et al. betreffend DRG-Tarife ab 1. Januar 2012 mit Ausnahme von Anhang 2 Abs. 1, 3 und 5 des Vertrages.
28. Vertrag zwischen der Limmatklinik AG und der Helsana Versicherungen AG et al. betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
29. Vertrag zwischen der Limmatklinik AG und der Sanitas Grundversicherungen AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
30. Vertrag zwischen der Limmatklinik AG und der KPT Krankenkasse AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
31. Vertrag zwischen der Interessengemeinschaft der Geburtshäuser der Schweiz (IGGH-CH) und der Helsana Versicherungen AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012 für Geburtshäuser mit Standort Kanton Zürich.
32. Vertrag zwischen der Interessengemeinschaft der Geburtshäuser der Schweiz (IGGH-CH) und der Sanitas Grundversicherungen AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012 für Geburtshäuser mit Standort Kanton Zürich.
33. Vertrag zwischen der Interessengemeinschaft der Geburtshäuser der Schweiz (IGGH-CH) der KPT Krankenkasse AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012 für Geburtshäuser mit Standort Kanton Zürich.
34. Vertrag zwischen der Interessengemeinschaft der Geburtshäuser der Schweiz (IGGH-CH) und der Assura Kranken- und Unfallversicherung sowie der Supra Krankenversicherung betreffend Tarife ab 1. Januar 2012 für Geburtshäuser mit Standort Kanton Zürich.

10.3 Nicht zu genehmigende Vertragsklauseln und Geltungsbereich

Einige der erwähnten Verträge enthalten nachstehende Vertragsklauseln, die dem KVG widersprechen und entweder nur unter Vorbehalt zu genehmigen oder von der Genehmigung auszunehmen sind:

a) Tarifierstellung vor Vertragsgenehmigung

Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts sind die von den Tarifparteien vereinbarten Tarife – sofern sie nicht als provisorische Tarife festgesetzt werden – erst bzw. nur dann anwendbar, wenn sie von der Kantonsregierung (nach Anhörung der Preisüberwachung) genehmigt wurden, weil dem Genehmigungsentscheid konstitutive Wirkung zukommt. Soweit in den vorstehend erwähnten Verträgen bestimmt wird, dass der vertraglich vereinbarte Tarif bereits während der

Dauer des Genehmigungsverfahrens zur Anwendung gelangen soll, sind die entsprechenden Vertragsbestimmungen von der Genehmigung auszunehmen.

b) Meistbegünstigungsklausel

Gemäss Art. 46 Abs. 3 Bst. d KVG sind Meistbegünstigungsklauseln nicht zulässig. Soweit in den vorstehend erwähnten Verträgen bestimmt wird, dass der niedrigste vom Spital mit einem anderen Versicherer vereinbarte und genehmigte Tarif auch für den Vertrag zur Anwendung gelangen soll, sofern der entsprechende Tarif unter dem vorliegend vereinbarten liegt und dass ein sich aus einer Festsetzung ergebender tieferer Tarif anstelle des vereinbarten Tarifs gelten soll (Meistbegünstigungsklausel), sind die entsprechenden Vertragsbestimmungen von der Genehmigung auszunehmen.

c) Datenübermittlung

Soweit in den vorstehend erwähnten Verträgen bestimmt wird, dass im Rahmen des elektronischen Datenaustausches die Weitergabe weiterer Informationen geregelt werden kann oder eine vollständige Übermittlung der Diagnosen vorgesehen ist, sind die entsprechenden Vertragsbestimmungen nur unter Vorbehalt zu genehmigen, dass bei der Weitergabe von Informationen die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen beachtet werden und eine vollständige Übermittlung der Diagnosen nur im Rahmen von Art. 59 und 59a KVV zulässig ist.

d) Geltungsbereich der Tarifverträge

Bezüglich des Geltungsbereichs der Tarifverträge ist festzuhalten, dass dieser auf alle Leistungsgruppen gemäss Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik beschränkt ist und es ist klarzustellen, dass die Leistungsgruppe PAL Palliative Care Kompetenzzentrum in den Spitälern KSW, Spital Bülach, Spital Affoltern und Klinik Susenberg vom Geltungsbereich dieser Verträge ausgenommen ist.

10.4 Nicht genehmigungsfähige Tarifverträge

Folgende Verträge sehen Fallpauschalen vor, die mehr als 2% über den festzusetzenden Tarifen (vgl. Ziff. 9.1.6.) liegen:

1. Vertrag zwischen der Stadt Zürich für das Stadtspital Triemli und der Helsana Versicherungen AG et al. betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
2. Vertrag zwischen der Stadt Zürich für das Stadtspital Triemli und der Sanitas Grundversicherungen AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
3. Vertrag zwischen der Stadt Zürich für das Stadtspital Triemli und der KPT/CPT betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.

4. Vertrag zwischen dem Verband Zürcher Krankenhäuser und der Assura Kranken- und Unfallversicherung sowie der Supra Krankenversicherung betreffend Tarife ab 1. Januar 2012 für folgende Spitäler:
 - a) Stadtspital Triemli
 - b) Schweizerisches Epilepsie-Zentrum
 - c) See-Spital Standort Kilchberg
5. Vertrag zwischen der Klinik Hirslanden Zürich und der Helsana Versicherungen AG et al. betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
6. Vertrag zwischen der Klinik Hirslanden Zürich und der Sanitas Grundversicherungen AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
7. Vertrag zwischen der Klinik Hirslanden Zürich und der KPT Krankenkasse AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
8. Vertrag zwischen der Klinik Hirslanden und der Assura Kranken- und Unfallversicherung sowie der Supra Krankenversicherung betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
9. Vertrag zwischen dem Verband Zürcher Krankenhäuser und der Helsana Versicherungen AG et al. betreffend Tarife ab 1. Januar 2012 für das See-Spital Standort Kilchberg.
10. Vertrag zwischen dem Verband Zürcher Krankenhäuser und der Sanitas Grundversicherungen AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012 für das See-Spital Standort Kilchberg.
11. Vertrag zwischen dem Verband Zürcher Krankenhäuser und der KPT Krankenkasse AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012 für das See-Spital Standort Kilchberg.

Diese Vereinbarungen bzw. die darin zur Abgeltung der Leistungen vorgesehenen Fallpauschalen widersprechen insbesondere dem Wirtschaftlichkeitsgebot im Sinne von Art. 46 Abs. 4 KVG und sind deshalb nicht zu genehmigen. Für diese, zwischen den erwähnten Tarifpartnern abzurechnenden Leistungen liegt somit ein tarifloser Zustand im Sinne von Art. 47 Abs. 1 KVG vor. Entsprechend gelten auch für diese Tarifpartner die vorstehend erwähnten, festzusetzenden Fallpauschalen. Es steht den Verhandlungsparteien frei, bei der Gesundheitsdirektion einen Tarifvertrag mit rückwirkender Geltung ab 1. Januar 2012 zur Genehmigung einzureichen, der den Benchmark nicht um mehr als 2% überschreitet.

11. Geltungsdauer der festgesetzten Tarife

Die Geltungsdauer einer Tariffestsetzung durch den Regierungsrat ist von Bundesrechts wegen grundsätzlich nicht zu befristen. Wird dies trotzdem getan, so ist auf Ablauf der Frist ein neuer Tarif festzusetzen, falls in der Zwischenzeit kein Vertrag zustande gekommen ist (vgl. BVGE 2010/62 E. 6.13 mit Hinweisen). Um den automatischen Eintritt eines tariflosen Zustands zu vermeiden, sind die Fallpauschalen vorliegend ab dem 1. Januar 2012 mit unbefristeter Geltungsdauer festzusetzen. Sie gelten somit bis zum Vorliegen eines neuen, genehmigten Tarifvertrags bzw. bis zur Festsetzung von neuen Tarifen nach Scheitern von Vertragsverhandlungen.

Der Regierungsrat ist sich bewusst, dass die Anlagenutzungskosten im Hinblick auf ein Genehmigungs- oder Festsetzungsverfahren ab dem 1. Januar 2013 neu zu beurteilen und gegebenenfalls höher anzusetzen wären als für das vorliegende Festsetzungsverfahren ab 1. Januar 2012. Bei entsprechenden Gesuchen um Neufestlegung der Tarife ab dem 1. Januar 2013 müssten indessen neu auch die Benchmark-Werte auf der Grundlage der Zahlen 2011 neu berechnet bzw. berücksichtigt werden.

12. Nachforderung der Tariffdifferenz

Die mit RRB Nrn. 1493/2011 und 1143/2012 mit Wirkung ab 1. Januar 2012 angeordneten provisorischen Fallpauschalen nach SwissDRG von Fr. 9500 für nichtuniversitäre Spitäler, Fr. 11 400 für Universitäts-spitäler und Fr. 12 800 für das Kinderspital liegen teilweise über und teilweise unter den vorliegend zu genehmigenden oder festzusetzenden Fallpauschalen. Für diese Tarife wurde die rückwirkende Geltendmachung der Tariffdifferenz durch die Berechtigten vorbehalten, falls im Endentscheid endgültige Tarife genehmigt oder festgesetzt werden, die von den vorsorglich festgesetzten abweichen. Deshalb sind die Tarifpartner berechtigt zu erklären, rückwirkend ab dem 1. Januar 2012 die Differenz zwischen den mit RRB Nrn. 1493/2011 und 1143/2012 angeordneten provisorischen Fallpauschalen nach SwissDRG und den vorliegend zu genehmigenden oder festzusetzenden Fallpauschalen nachzufordern.

13. Tariffestlegung für Tarifverträge, die Ende 2012 ausgelaufen sind

Mit den vorliegenden Vertragsgenehmigungen fallen die auf 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten provisorischen Fallpauschalen für die zu genehmigenden, bis 31. Dezember 2012 befristeten Tarifverträge rückwirkend dahin. Für die unter die fraglichen Verträge fallenden Leistungen besteht somit seit 1. Januar 2013 ein tarifloser Zustand.

Der Kanton hat darüber zu wachen, dass Verträge auch tatsächlich abgeschlossen und ihm zur Genehmigung vorgelegt werden; herrscht ein vertragsloser Zustand, hat er zur Durchsetzung des Tarifschutzes den Tarif hoheitlich festzulegen (vgl. RUKV 2006 KV 359 S. 115 ff., E. 2.2.). Mit dem rückwirkenden Dahinfallen der provisorischen Tarife könnten für alle Spitäler und Versicherer mit für das Jahr 2012 genehmigten Tarifen ab sofort keine Leistungen mehr fakturiert werden. Im Interesse einer geordneten Spitalversorgung und -finanzierung sind deshalb für die erwähnten Tarifpartner von Amtes wegen mit Wirkung ab 1. Januar 2013 dieselben Fallpauschalen festzusetzen, wie sie auch für die Tariffestsetzung ab 1. Januar 2012 gemäss Ziff. 9.1.6. festgesetzt werden. Diese Fallpauschalen gelten rückwirkend ab 1. Januar 2013 im Sinne vorsorglicher Massnahmen provisorisch. Sofern kein Tarifpartner bis spätestens 1. Juli 2013 bei der Gesundheitsdirektion ein Gesuch um Genehmigung oder Festsetzung von abweichenden, rückwirkend ab 1. Januar 2013 geltenden Fallpauschalen stellt, gelten diese Fallpauschalen ab 1. Januar 2013 im Interesse der Rechtssicherheit endgültig. Für die provisorischen Tarife ist für den Fall, dass endgültig abweichende Tarife genehmigt oder festgesetzt werden, die rückwirkende Geltendmachung der Tariffdifferenz durch die Berechtigten vorzubehalten.

14. Parteientschädigung

Verschiedene Tarifpartner beantragen eine Parteientschädigung. Gemäss § 17 Abs. 2 VRG werden im Verfahren vor den Verwaltungsbehörden keine Parteientschädigungen zugesprochen. Es sind deshalb keine Parteientschädigungen zuzusprechen.

15. Instanzenzug

Gegen den vorliegenden Entscheid kann beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde erhoben werden (Art. 53 Abs. 1 KVG in Verbindung mit Art. 31 ff. Bundesgesetz über das Bundesverwaltungsgericht [SR 173.32]).

16. Weitergeltung der vorsorglichen Massnahmen im Falle der Anfechtung der mit Wirkung ab 1. Januar 2012 endgültig festgesetzten Fallpauschalen

Wie erwähnt, setzte der Regierungsrat für die Dauer der vorliegenden Verfahren betreffend Tarifgenehmigung oder -festsetzung mit Wirkung ab 1. Januar 2012 provisorische Fallpauschalen von Fr. 9500 für nichtuniversitäre Spitäler, Fr. 11400 für Universitätsspitäler und Fr. 12800 für das Kinderspital fest. Diese vorsorglichen Massnahmen bleiben während des Laufs der Rechtsmittelfrist und während eines

allenfalls anschliessenden Rechtsmittelverfahrens in Kraft. Erst mit dem Eintritt der formellen Rechtskraft in der Hauptsache wird die vorsorgliche Massnahme (automatisch) dahinfallen, sofern die anordnende Behörde oder die Rechtsmittelinstanz nichts Gegenteiliges beschlossen hat (Kölz/Bosshart/Röhl, Kommentar zum Verwaltungsrechtspflegegesetz des Kantons Zürich, 2. Aufl., Zürich 1999, § 6 N. 31). Gemäss Art. 55 Abs. 1 des Verwaltungsverfahrensgesetzes hat eine Beschwerde aufschiebende Wirkung. Diese Wirkung tritt erst mit Erhebung der Beschwerde, nicht aber bereits mit Beginn der Rechtsmittelfrist ein (vgl. statt vieler Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2. Aufl., Zürich 1998, N. 647). In der Zeit zwischen der Eröffnung der Verfügung und der Einreichung der Beschwerde besteht daher keine aufschiebende Wirkung. Der Entscheid ist, solange kein Rechtsmittel erhoben worden ist, zwar nicht vollstreckbar (Art. 39 Bst. a VwVG), aber wirksam. Auch im vorliegenden Verfahren ist es deshalb sachgerecht, für den Bestand der vorsorglichen Massnahmen das anzunehmen, was im kantonalen Verfahrensrecht gilt: Die vorsorglichen Massnahmen fallen erst mit Eintritt der formellen Rechtskraft und damit mit Eintritt der Vollstreckbarkeit weg. Zur Vermeidung einer unklaren Rechtslage ist daher festzuhalten, dass die mit RRB Nrn. 1493/2011 und 1143/2012 im Sinne vorsorglicher Massnahmen angeordneten provisorischen Fallpauschalen nach SwissDRG für die Dauer der Rechtsmittelfrist und eines sich allenfalls daran anschliessenden Rechtsmittelverfahrens in Kraft bleiben.

17. Finanzielle Würdigung

Die in diesem Beschluss geregelten Tarife ab 1. Januar 2012 beruhen auf einem Wirtschaftlichkeitsvergleich des 40. Perzentils. Damit ist gewährleistet, dass das Budget der Jahre 2012 und 2013 in der Leistungsgruppe Nr. 6300 bis auf Weiteres bzw. unter Vorbehalt allfällig höher ausfallender endgültiger Tarife eingehalten werden kann. Tarife auf der Grundlage dieses Beschlusses ergäben auch für die Planjahre 2014 bis 2016 im geltenden KEF keine Veränderungen.

18. Ausblick spätere Tariffestsetzungen

Die Vergütung der Behandlungen der Leistungsgruppe PAL Palliative Care Kompetenzzentrum – soweit sie nicht über Fallpauschalen erfolgt –, der Leistungsgruppe AVA Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker sowie der Behandlungen gemäss Zürcher Spitalliste 2012 Rehabilitation und Psychiatrie bilden nicht Gegenstand dieses Beschlusses und werden in gesonderten Beschlüssen geregelt.

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion
beschliesst der Regierungsrat:

I. Für die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden – mit Ausnahme der Leistungen, für die ein von der zuständigen Behörde genehmigter Tarifvertrag vorliegt – für die auf der Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik aufgeführten Spitäler und Geburtshäuser mit Standort im Kanton Zürich im vertragslosen Zustand mit Wirkung ab 1. Januar 2012 folgende Fallpauschalen (für Schweregrad 1,0, einschliesslich Investitionsanteil) festgesetzt:

| | in Franken |
|-----------------------------------|---|
| 1. Universitätsspital Zürich | 11 300 |
| 2. Kinderspital Zürich | 12 800 |
| 3. Universitätsklinik Balgrist | 10 320 |
| 4. Kantonsspital Winterthur | 9 480 |
| 5. Stadtspital Triemli | |
| 6. Klinik Hirslanden | |
| 7. GZO AG Spital Wetzikon | |
| 8. Spital Uster | |
| 9. Spital Limmattal | |
| 10. Spital Bülach | |
| 11. Spital Zollikerberg | |
| 12. Stadtspital Waid | |
| 13. Spital Männedorf | |
| 14. See-Spital Standort Horgen | |
| 15. Spital Affoltern | |
| 16. Paracelsus-Spital Richterswil | |
| 17. Schulthess-Klinik | 9 280 |
| 18. See-Spital Standort Kilchberg | |
| 19. Uroviva Klinik für Urologie | |
| 20. Klinik Susenberg | |
| 21. Adus Medica | |
| 22. Limmatklinik | |
| 23. Geburtshaus Zürcher Oberland | 9 830 |
| 24. Geburtshaus Delphys | |
| 25. Geburtshaus Weinland | |
| 26. Schweiz. Epilepsie-Zentrum | bis 31. Dezember 2012: Fr. 10 150 Weicht der CMI des Jahres 2012 um mehr als +/-2% vom CMI 2011 ab, wird die Fallpauschale entsprechend der CMI-Veränderung im Sinne der Erwägungen rückwirkend angepasst und die Tariffdifferenz kann von den Berechtigten rückwirkend nachgefordert werden |

ab 1. Januar 2013: Fr. 13850

Weicht der CMI eines Kalenderjahres um mehr als +/-2% vom CMI 2011 ab, wird die Fallpauschale entsprechend der CMI-Veränderung im Sinne der Erwägungen rückwirkend angepasst und die Tariffdifferenz kann von den Berechtigten rückwirkend nachgefordert werden.

II. Davon ausgenommen sind die Tarife für Leistungen der Leistungsgruppe AVA Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker im Spital Sune-Egge und der Leistungsgruppe PAL Palliative Care-Kompetenzzentrum in den Spitälern Kantonsspital Winterthur, Spital Bülach, Spital Affoltern und Klinik Susenberg.

III. Für unbewertete DRG gemäss Anlage 1 des Fallpauschalen-Katalogs SwissDRG wird – mit Ausnahme von Leistungen, für die ein von der zuständigen Behörde genehmigter Tarifvertrag vorliegt – eine Tagespauschale von Fr. 2533 festgesetzt, wobei für Ein- und Austrittstag insgesamt nur eine Tagespauschale verrechnet werden darf.

IV. Für gesunde Säuglinge, die von einem Spital oder Geburtshaus in ein anderes Spital oder Geburtshaus verlegt werden, werden – mit Ausnahme der Leistungen, für die ein von der zuständigen Behörde genehmigter Tarifvertrag vorliegt – für das Jahr 2012 die medizinischen Leistungen (wie Ärztin bzw. Arzt, Hebamme, Medikamente usw.) gemäss ambulanten Tarifverträgen und die Leistungen für Pflege und Aufenthalt mit einer Pauschale von Fr. 230 pro Kalendertag vergütet, wobei für Ein- und Austrittstag jeweils die ungekürzten Pauschalen gelten. Alle Vergütungen sind gestützt auf Art. 49a Abs. 1 KVG anteilmässig vom Kanton und den Versicherern zu übernehmen.

V. Nachstehende Spitälern oder Abteilungen mit Spezialisierungen auf Palliative Care und entsprechendem Leistungsauftrag (Leistungsgruppe PAL) werden verpflichtet, die Leistungen über Fallpauschalen nach SwissDRG abzurechnen:

1. Universitätsspital Zürich
2. Spital Zollikerberg
3. Spital Männedorf
4. Kinderspital Zürich
5. Paracelsus-Spital Richterswil

VI. Für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG wird – ausgenommen für die Klinik Hirslanden – für alle Spitälern und Geburtshäuser der Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik mit Standort im Kanton Zürich die Gesundheitsdirektion als Kodierrevisionsstelle festgelegt.

VII. Folgende Vereinbarungen betreffend Tarife für die stationären, akutsomatischen Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden genehmigt:

1. Vertrag zwischen dem Universitätsspital Zürich und der Assura Kranken- und Unfallversicherung sowie der Supra Krankenversicherung betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
2. Vertrag zwischen dem Kantonsspital Winterthur und der Helsana Versicherungen AG et al. betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
3. Vertrag zwischen dem Kantonsspital Winterthur und der Sanitas Grundversicherungen AG et al. betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
4. Vertrag zwischen dem Kantonsspital Winterthur und der KPT Krankenkasse AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
5. Vertrag zwischen dem Verband Zürcher Krankenhäuser und der Helsana Versicherungen AG et al. betreffend Tarife ab 1. Januar 2012 für folgende Spitäler: Spital Affoltern, Spital Bülach, GZO Spital Wetzikon AG, Spital Limmattal, Spital Männedorf, Paracelsus-Spital, Spital Uster, See-Spital Standort Horgen, Spital Zollikerberg und Stadtspital Waid.
6. Vertrag zwischen dem Verband Zürcher Krankenhäuser und der Sanitas Grundversicherungen AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012 für folgende Spitäler: Spital Affoltern, Spital Bülach, GZO Spital Wetzikon AG, Spital Limmattal, Spital Männedorf, Paracelsus-Spital, Spital Uster, See-Spital Standort Horgen, Spital Zollikerberg und Stadtspital Waid.
7. Vertrag zwischen dem Verband Zürcher Krankenhäuser und der KPT Krankenkasse AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012 für folgende Spitäler: Spital Affoltern, Spital Bülach, GZO Spital Wetzikon AG, Spital Limmattal, Spital Männedorf, Paracelsus-Spital, Spital Uster, See-Spital Standort Horgen, Spital Zollikerberg und Stadtspital Waid.
8. Vertrag zwischen dem Verband Zürcher Krankenhäuser und der Assura Kranken- und Unfallversicherung sowie der Supra Krankenversicherung betreffend Tarife ab 1. Januar 2012 für folgende Spitäler: GZO Spital Wetzikon AG, Paracelsus-Spital, See-Spital Standort Horgen, Spital Affoltern, Spital Bülach, Spital Limmattal, Spital Männedorf, Spital Uster, Spital Zollikerberg, Stadtspital Waid, Kantonsspital Winterthur und Limmatklinik.
9. Vertrag zwischen der Schulthess Klinik und der Helsana Versicherungen AG et al. betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
10. Vertrag zwischen der Schulthess Klinik und der Sanitas Grundversicherungen AG et al. betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
11. Vertrag zwischen der Schulthess Klinik und der KPT Krankenkasse AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.

12. Vertrag zwischen der Schulthess Klinik und der Assura Kranken- und Unfallversicherung sowie der Supra Krankenversicherung betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
13. Vertrag zwischen dem Kinderspital Zürich – Eleonorenstiftung und der Helsana Versicherungen AG et al. betreffend DRG-Tarife ab 1. Januar 2012 vom 24. Januar 2012 einschliesslich Änderungen vom 1. Februar 2013.
14. Vertrag zwischen dem Kinderspital Zürich – Eleonorenstiftung und der Sanitas Grundversicherungen AG betreffend DRG-Tarife ab 1. Januar 2012 vom 25. Januar 2012 einschliesslich Änderungen vom 30. Januar 2013.
15. Vertrag zwischen dem Kinderspital Zürich – Eleonorenstiftung und der KPT Krankenkasse AG betreffend DRG-Tarife ab 1. Januar 2012 vom 31. Januar 2012 einschliesslich Änderungen vom 7. Februar 2013.
16. Vertrag zwischen der Uniklinik Balgrist und der Helsana Versicherungen AG et al. betreffend DRG-Tarife ab 1. Januar 2012.
17. Vertrag zwischen der Uniklinik Balgrist und der Sanitas Grundversicherungen AG betreffend DRG-Tarife ab 1. Januar 2012.
18. Vertrag zwischen der Uniklinik Balgrist und der KPT Krankenkasse AG betreffend DRG-Tarife ab 1. Januar 2012.
19. Vertrag zwischen der Uniklinik Balgrist und der Assura Kranken- und Unfallversicherung betreffend DRG-Tarife ab 1. Januar 2012.
20. Vertrag zwischen der Uniklinik Balgrist und der Supra Krankenversicherung betreffend DRG-Tarife ab 1. Januar 2012.
21. Vertrag zwischen der Klinik Uroviva und der Helsana Versicherungen AG et al. betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
22. Vertrag zwischen der Klinik Uroviva und der Sanitas Grundversicherungen AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
23. Vertrag zwischen der Klinik Uroviva und der KPT Krankenkasse AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
24. Vertrag zwischen der Uroviva Spezialklinik für Urologie und der Assura Kranken- und Unfallversicherung sowie der Supra Krankenversicherung betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
25. Vertrag zwischen der Stiftung Klinik Susenberg und der Helsana Versicherungen AG et al. betreffend DRG-Tarife ab 1. Januar 2012 mit Ausnahme von Anhang 2 Abs. 1, 3 und 5 des Vertrages.
26. Vertrag zwischen der Stiftung Klinik Susenberg und der Sanitas Grundversicherungen AG betreffend DRG-Tarife ab 1. Januar 2012 mit Ausnahme von Anhang 2 Abs. 1, 3 und 5 des Vertrages.
27. Vertrag zwischen der Stiftung Klinik Susenberg und der KPT Krankenkasse AG et al. betreffend DRG-Tarife ab 1. Januar 2012 mit Ausnahme von Anhang 2 Abs. 1, 3 und 5 des Vertrages.

28. Vertrag zwischen der Limmatklinik AG und der Helsana Versicherungen AG et al. betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
29. Vertrag zwischen der Limmatklinik AG und der Sanitas Grundversicherungen AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
30. Vertrag zwischen der Limmatklinik AG und der KPT Krankenkasse AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
31. Vertrag zwischen der Interessengemeinschaft der Geburtshäuser der Schweiz (IGGH-CH) und der Helsana Versicherungen AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012 für Geburtshäuser mit Standort Kanton Zürich.
32. Vertrag zwischen der Interessengemeinschaft der Geburtshäuser der Schweiz (IGGH-CH) und der Sanitas Grundversicherungen AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012 für Geburtshäuser mit Standort Kanton Zürich.
33. Vertrag zwischen der Interessengemeinschaft der Geburtshäuser der Schweiz (IGGH-CH) der KPT Krankenkasse AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012 für Geburtshäuser mit Standort Kanton Zürich.
34. Vertrag zwischen der Interessengemeinschaft der Geburtshäuser der Schweiz (IGGH-CH) und der Assura Kranken- und Unfallversicherung sowie der Supra Krankenversicherung betreffend Tarife ab 1. Januar 2012 für Geburtshäuser mit Standort Kanton Zürich.

Soweit in vorstehenden Verträgen eine Meistbegünstigungsklausel oder eine Tarifierung vor Vertragsgenehmigung durch den Regierungsrat verankert sind, werden die entsprechenden Vertragsbestimmungen nicht genehmigt. Soweit eine Übermittlung der vollständigen Diagnosecodes vorgesehen ist, wird festgestellt, dass eine Übermittlung von Diagnosen nur im Rahmen von Art. 59 und 59a KVV zulässig ist.

VIII. Folgende Vereinbarungen betreffend Tarife für die stationären, akutsomatischen Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden nicht genehmigt:

1. Vertrag zwischen der Stadt Zürich für das Stadtspital Triemli und der Helsana Versicherungen AG et al. betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
2. Vertrag zwischen der Stadt Zürich für das Stadtspital Triemli und der Sanitas Grundversicherungen AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
3. Vertrag zwischen der Stadt Zürich für das Stadtspital Triemli und der KPT/CPT betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.

4. Vertrag zwischen dem Verband Zürcher Krankenhäuser und der Assura Kranken- und Unfallversicherung sowie der Supra Krankenversicherung betreffend Tarife ab 1. Januar 2012 für folgende Spitäler:
 - a) Stadtspital Triemli
 - b) Schweizerisches Epilepsie-Zentrum
 - c) See-Spital Standort Kilchberg
5. Vertrag zwischen der Klinik Hirslanden Zürich und der Helsana Versicherungen AG et al. betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
6. Vertrag zwischen der Klinik Hirslanden Zürich und der Sanitas Grundversicherungen AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
7. Vertrag zwischen der Klinik Hirslanden Zürich und der KPT Krankenkasse AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012.
8. Vertrag zwischen der Klinik Hirslanden und der Assura Kranken- und Unfallversicherung sowie der Supra Krankenversicherung betreffend Tarife ab 1. Januar 2012
9. Vertrag zwischen dem Verband Zürcher Krankenhäuser und der Helsana Versicherungen AG et al. betreffend Tarife ab 1. Januar 2012 für das See-Spital Standort Kilchberg.
10. Vertrag zwischen dem Verband Zürcher Krankenhäuser und der Sanitas Grundversicherungen AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012 für das See-Spital Standort Kilchberg.
11. Vertrag zwischen dem Verband Zürcher Krankenhäuser und der KPT Krankenkasse AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012 für das See-Spital Standort Kilchberg.

IX. Die Tarifpartner sind berechtigt, rückwirkend ab dem 1. Januar 2012 die Differenz zwischen den mit RRB Nrn. 1493/2011 und 1143/2012 angeordneten provisorischen Tarifen und den nach Dispositiv I bis IV festgesetzten oder nach Dispositiv VII genehmigten Tarifen nachzufordern.

X. Für die gemäss Dispositiv VII genehmigten Tarifverträge 2012 gelten im Sinne vorsorglicher Massnahmen mit Wirkung ab 1. Januar 2013 die gemäss Dispositiv I bis IV festgesetzten Tarife provisorisch.

XI. Die provisorischen Tarife nach Dispositiv X gelten definitiv, sofern nicht für die im Tarifvertrag 2012 geregelten Leistungen bis 1. Juli 2013 bei der Gesundheitsdirektion ein Gesuch um Genehmigung oder Festsetzung von rückwirkend ab 1. Januar 2013 geltenden, abweichenden Tarifen gestellt wird.

XII. Für die provisorisch geltenden Tarife nach Dispositiv X wird für den Fall, dass endgültig Tarife genehmigt oder festgesetzt werden, die von den provisorisch festgesetzten abweichen, die rückwirkende Geldendmachung der Tariffdifferenz durch die Berechtigten vorbehalten.

XIII. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

XIV. Gegen diesen Beschluss kann innert 30 Tagen ab Eröffnung beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde erhoben werden. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; dieser Beschluss und die als Beweismittel angeführten Urkunden sind beizulegen, soweit der Beschwerdeführer sie in Händen hat.

XV. Die mit RRB Nrn. 1493/2011 und 1143/2012 im Sinne vorsorglicher Massnahmen angeordneten provisorischen Fallpauschalen nach SwissDRG (Fr. 9500 für nichtuniversitäre Spitäler, Fr. 11 400 für Universitätsspitäler und Fr. 12 800 für das Kinderspital) bleiben für die Dauer der Rechtsmittelfrist und eines sich allenfalls daran anschliessenden Rechtsmittelverfahrens in Kraft.

XVI. Dispositiv I bis XV werden im Amtsblatt veröffentlicht.

XVII. Mitteilung unter Beilage der Zusammenfassung der Parteidarstellungen (Beilage 1) sowie der Berechnungen der Fallkosten einschliesslich der technischen Erläuterungen zu Epilepsie-DRG (Beilage 2), für sich sowie zuhanden der Rechtsträger der Spitäler bzw. bei Verbänden zuhanden deren Mitglieder (E):

Spitäler und Geburtshäuser:

- Universitätsspital Zürich, Rämistrasse 100, 8091 Zürich
- Kantonsspital Winterthur, Brauerstrasse 15, Postfach 834, 8401 Winterthur
- Stadtspital Triemli, Birmensdorferstrasse 497, 8063 Zürich
- Klinik Hirslanden, Witellikerstrasse 40, 8032 Zürich
- GZO AG Spital Wetzikon, Spitalstrasse 66, Postfach, 8620 Wetzikon
- Spital Uster, Brunnenstr. 42, Postfach, 8610 Uster
- Spital Limmattal, Urdorferstrasse 100, 8952 Schlieren
- Spital Bülach, Spitalstr. 24, 8180 Bülach
- Spital Zollikerberg, Trichtenhauserstrasse 20, 8125 Zollikerberg
- Stadtspital Waid, Tièchestrasse 99, 8037 Zürich
- Spital Männedorf AG, Asylstrasse 10, 8708 Männedorf
- Schulthess Klinik, Lengghalde 2, 8008 Zürich
- Kinderspital Zürich, Steinwiesstrasse 75, 8032 Zürich
- See-Spital Horgen und Kilchberg, Asylstrasse 19, Postfach, 8810 Horgen

- Universitätsklinik Balgrist, Forchstrasse 340, 8008 Zürich
 - Spital Affoltern, Sonnenbergstrasse 27, 8910 Affoltern a. A.
 - Paracelsus-Spital Richterswil, Bergstrasse 16, 8805 Richterswil
 - Schweizerisches Epilepsie-Zentrum, Bleulerstrasse 60, 8008 Zürich
 - Uroviva Klinik für Urologie, Zürichstrasse 5, 8180 Bülach
 - Klinik Susenberg, Schreiberweg 9, 8044 Zürich
 - Adus Medica AG, Breitestrasse 11, 8157 Dielsdorf
 - Limmatklinik AG, Hardturmstrasse 133, 8005 Zürich
 - Geburtshaus Zürcher Oberland, Schürlistrasse 3, 8344 Bäretswil
 - Geburtshaus Delphys, Friedaustasse 12, 8003 Zürich
 - Geburtshaus Weinland, Grabenackerstrasse 5, 8450 Andelfingen
- Versicherer:
- Agrisano Krankenkasse AG, Laurstrasse 10, 5201 Brugg
 - Aquilana Versicherungen, Bruggerstrasse 46, 5401 Baden
 - Arcosana AG, Trischenstrasse 21, 6002 Luzern
 - ASSURA assurance maladie et accident, Avenue C.-F. Ramuz 70, 1009 Pully
 - Atupri Krankenkasse, Zieglerstrasse 29, 3000 Bern 65
 - avanex Versicherungen AG, Postfach, 8081 Zürich
 - Compact Grundversicherungen AG, Jäbergasse 3, Postfach 2010, 8021 Zürich
 - Concordia AG, Bundesplatz 15, 6002 Luzern
 - CSS Kranken-Versicherung AG, Tribschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern
 - Easy Sana Assurance Maladie SA, Rue du Nord 5, 1920 Martigny
 - EGK Grundversicherungen, Brislachstrasse 2, Postfach, 4242 Laufen
 - Groupe Mutuel Krankenversicherung, Rue du Nord 5, 1920 Martigny
 - Helsana Versicherungen AG, Postfach, 8081 Zürich
 - Intras Assurance-maladie SA, 10, rue Blavignac, 1227 Carouge
 - KMU-Krankenversicherung, Bachtelstrasse 5, 8410 Winterthur
 - Kolping Krankenkasse AG, Ringstrasse 16, Postfach 198, 8600 Dübendorf
 - KPT Krankenkasse AG, Tellstrasse 18, Postfach 8624, 3001 Bern
 - Krankenkasse SLKK, Hofwiesenstrasse 370, Postfach 5652, 8050 Zürich
 - Mutuel Assurances SA, Rue du Nord 5, 1920 Martigny
 - ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG, Bahnhofstrasse 9, 7302 Landquart
 - PHILOS Assurance maladie, Rue du Nord 5, 1920 Martigny
 - Progrès Versicherungen AG, Postfach, 8081 Zürich
 - Provita Gesundheitsversicherung AG, Brunngasse 4, Postfach, 8401 Winterthur
 - Sana24 AG, Weltpoststrasse 19, 3015 Bern

- Sanagate AG, Tribschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern
 - Sanitas Krankenversicherung, Jäbergasse 3, Postfach 2010, 8021 Zürich
 - Sansan Versicherungen AG, Postfach, 8081 Zürich
 - Stiftung Krankenkasse Wädenswil, Schönenbergstrasse 28, 8820 Wädenswil
 - SUPRA Caisse Maladie, Chemin de Primerose 35, 1007 Lausanne
 - SWICA Krankenversicherung, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur
 - Visana AG, Weltpoststrasse 19/21, Postfach 253, 3000 Bern
 - Vivao Sympany AG, Spiegelgasse 12, 4001 Basel
 - Wincare Versicherungen, Konradstrasse 14, Postfach 299, 8401 Winterthur
- Übrige:
- Dr. Andreas C. Albrecht, Vischer AG, Aeschenvorstadt 4, Postfach 526, 4010 Basel
 - Dr. Vincent Augustin, Fryberg Augustin Schmid Rechtsanwälte und Notare, Quaderstrasse 8, 7000 Chur
 - Dr. Jakob Weilenmann, bbp Bartelt, Bapst & Partner, Obere Halde 14, 8546 Islikon
 - Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK), Postfach, 8610 Uster
 - IGGH-CH, Geburtshaus Aquila, chemin de la Bergerie 41, 1806 St. Léger
 - tarifsuisse ag, Lagerstrasse 107, 8021 Zürich
 - santésuisse, Römerstrasse 20, Postfach 1561, 4502 Solothurn
 - Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), Haus der Kantone, Speichergasse 6, Postfach 684, 3000 Bern 7
 - Bundesamt für Gesundheit BAG, 3003 Bern
 - Preisüberwachung, Effingerstrasse 27, 3003 Bern
 - sowie an die Gesundheitsdirektion.



Vor dem Regierungsrat
Der stv. Staatsschreiber:

Hösli

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| 1. Ausgangslage | 1 |
| 2. Eröffnung Tarifgenehmigungs- und -festsetzungsverfahren | 2 |
| 3. Festlegung provisorischer Tarife und Bestätigung durch Bundesverwaltungsgericht | 3 |
| 4. Einreichung weiterer Daten und Stellungnahmen zu Ausführungen der Gegenparteien | 3 |
| 5. Empfehlungen der Preisüberwachung und Anhörung Patientenschutzorganisationen | 4 |
| 6. Schlussstellungnahme und endgültige Genehmigungs- und Festsetzungsanträge | 6 |
| 7. Im Festsetzungsentscheid zu klärende Punkte | 9 |
| 8. Grundsätze der Tarifierung | 11 |
| 8.1 Allgemeine Grundsätze der Tarifierung | 11 |
| 8.2 Spezielle Grundsätze für stationäre Spitaltarife | 11 |
| 8.3 Ablösung Kostenabgeltungsprinzip durch Leistungsfinanzierung | 12 |
| 8.4 Benchmarking auf dem 40. Perzentil als Massstab für effiziente Leistungserbringung | 14 |
| 9. Tariffestsetzung | 16 |
| 9.1 DRG Fallpauschalen Schweregrad 1.0 | 16 |
| 9.1.1 Bildung Kategorien vergleichbarer Spitäler | 16 |
| 9.1.2 Massgebendes Datenmaterial | 21 |
| 9.1.3 Ermittlung benchmarkrelevante Kosten | 22 |
| 9.1.3.1 Allgemeines | 22 |
| 9.1.3.2 Abzüge für Überkapazitäten und Intransparenz | 23 |
| 9.1.3.3 Abzüge für Zusatzleistungen und kalkulatorische Zinsen auf dem Umlaufvermögen | 23 |
| 9.1.3.4 Gemeinwirtschaftliche Leistungen | 24 |
| 9.1.3.5 Zuschläge auf Betriebskosten 2010 | 29 |
| 9.1.4 Benchmark | 31 |
| 9.1.4.1 Benchmark für nichtuniversitäre Spitäler | 31 |
| 9.1.4.2 Benchmark für universitäre Spitäler (Erwachsene) | 32 |
| 9.1.4.3 Benchmark für universitäre Kinderspitäler | 33 |
| 9.1.4.4 Benchmark für Geburtshäuser | 34 |
| 9.1.5 Abweichung vom Benchmark-Wert für Spezialfälle | 35 |
| 9.1.5.1 Tariffdifferenzierung für nichtuniversitäre Spitäler mit oder ohne Notfallstation | 35 |

| | | |
|---------|---|----|
| 9.1.5.2 | Fallpauschale für Universitätsklinik Balgrist | 37 |
| 9.1.5.3 | Fallpauschale für Schweizerisches Epilepsie-Zentrum (EPI-Klinik) | 38 |
| 9.1.5.4 | Fallpauschale für Stadtspital Waid (Akutgeriatrie) | 40 |
| 9.1.5.5 | Fallpauschale für ausserkantonale und EU-EFTA-Patienten | 41 |
| 9.1.6 | Überblick über die DRG-Fallpauschalen für Zürcher Spitäler | 41 |
| 9.2 | Tagespauschalen | 42 |
| 9.2.1 | Tagespauschalen im Falle unbewerteter DRG | 42 |
| 9.2.2 | Tarif für die Verlegung gesunder Säuglinge | 43 |
| 9.2.3 | Tagespauschalen für Behandlungen der Leistungsgruppe PAL Palliative Care Kompetenzzentrum | 44 |
| 9.3 | Modalitäten | 44 |
| 9.3.1 | Allgemein | 44 |
| 9.3.2 | Festlegung einer Kodierrevisionsstelle | 45 |
| 10. | Tarifgenehmigungen | 46 |
| 10.1 | Grenzen des Verhandlungsprimats | 46 |
| 10.2 | Vertragsgenehmigungen | 47 |
| 10.3 | Nicht zu genehmigende Vertragsklauseln und Geltungsbereich | 49 |
| 10.4 | Nicht genehmigungsfähige Tarifverträge | 50 |
| 11. | Geltungsdauer der festgesetzten Tarife | 52 |
| 12. | Nachforderung der Tariffdifferenz | 52 |
| 13. | Tariffestlegung für Tarifverträge, die Ende 2012 ausgelaufen sind | 52 |
| 14. | Parteientschädigung | 53 |
| 15. | Instanzenzug | 53 |
| 16. | Weitergeltung der vorsorglichen Massnahmen im Falle der Anfechtung der mit Wirkung ab 1. Januar 2012 definitiv festgesetzten Fallpauschalen | 53 |
| 17. | Finanzielle Würdigung | 54 |
| 18. | Ausblick spätere Tariffestsetzungen | 54 |