

Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich

Sitzung vom 31. März 2021

327. Krankenversicherung (TARMED, Festsetzungsverfahren Taxpunktwert für freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte ab 1. Januar 2018; eingereichte Daten)

A. Ausgangslage

Für die Verrechnung von ambulant erbrachten ärztlichen Leistungen der Spitäler sowie der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte gilt seit 2004 die gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur TARMED. Diese enthält rund 4600 Tarifpositionen, die ärztliche Leistungen benennen und ihnen aufgrund einer Bewertung Taxpunkte zuordnen. Die Höhe der Vergütung einer Behandlung ergibt sich aus der Multiplikation der Anzahl Taxpunkte der erbrachten Leistungen mit dem jeweils gültigen Taxpunktwert.

Weil sich die Tarifpartner nicht auf eine Erneuerung der Tarifstruktur einigen konnten, passte der Bundesrat diese mit Wirkung ab 1. Januar 2018 an und legte sie als gesamtschweizerische Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen fest (Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung, SR 832.102.5, Änderung vom 18. Oktober 2017).

Der für die Höhe der Vergütung massgebliche Taxpunktwert ist im Bereich der Krankenversicherung auf kantonaler Ebene auszuhandeln oder festzusetzen. Der Regierungsrat hat mit Beschluss Nr. 837/2017 die Verträge über den Taxpunktwert zu TARMED für Arztpraxen im Kanton Zürich um ein Jahr bis zum 31. Dezember 2017 verlängert. Mit Eingabe vom 27. Oktober 2017 beantragte die Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich (AGZ) die Festsetzung eines provisorischen Taxpunktworth von Fr. 0.92 ab 1. Januar 2018. In der Folge setzte der Regierungsrat im Sinne einer vorsorglichen Massnahme für die Dauer der Genehmigungs- oder Festsetzungsverfahren mit Wirkung ab 1. Januar 2018 provisorisch einen Taxpunktworth von Fr. 0.89 fest, wobei die rückwirkende Geltendmachung einer allfälligen Differenz zwischen dem provisorischen und dem definitiven Tarif durch die Berechtigten vorbehalten blieb (RRB Nr. 1227/2017).

Mit Schreiben vom 28. August 2018 beantragte die AGZ gegenüber sämtlichen Versicherern die Festsetzung eines Taxpunktworth von Fr. 1.02 mit Wirkung ab 1. Januar 2018. Zur Berechnung des beantragten Taxpunktworth stützte sich die AGZ auf Daten der «Rollenden Kostenstudie» (RoKo) und auf das «Gestehungskostenmodell 2.5 der Ärztekasse». Das Modell leitet die Gestehungskosten pro Arztpraxis her, die bei der

Erbringung von TARMED-Leistungen anfallen. Gestützt auf diese Kosten und ein Referenzeinkommen von Fr. 229 397 (einschliesslich Arbeitgeberanteile und Sozialleistungen) wird für jede Arztpraxis ein Taxpunkt看wert bestimmt. Anschliessend werden die Arztpraxen aufgrund der berechneten Höhe der Taxpunktwerte in aufsteigender Folge aufgelistet (Benchmarking). Der beantragte Taxpunkt看wert von Fr. 1.02 wurde so gewählt, dass die hergeleiteten Kosten und das Referenzeinkommen der Ärztin oder des Arztes bei 45 % aller Arztpraxen kostendeckend vergütet würden (45. Perzentil).

In den Stellungnahmen vom 5., 14. und 30. November 2018 beantragten die Versicherergemeinschaften die Festsetzung eines Taxpunkt看werts von höchstens Fr. 0.89 (CSS), höchstens Fr. 0.86 (tarifsuisse) und Fr. 0.89 (HSK). Es wurde festgehalten, dass die RoKo-Daten sowie das Gestehungskostenmodell 2.5 mangelhaft und intransparent seien und somit die Anforderungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) nicht erfüllt würden. Bemängelt wurde u. a. auch, dass die Anzahl der an der RoKo-Studie teilnehmenden Arztpraxen deutlich unter der effektiven Anzahl abrechnender Arztpraxen läge.

Mit Schreiben vom 15. März 2019 teilte die Gesundheitsdirektion den Tarifpartnern mit, dass die bisher eingereichten Unterlagen für eine datengestützte Festsetzung ungenügend seien und deshalb eine Datenerhebung und eine Instruktionsverhandlung geplant sei. Mit Schreiben vom 2. April 2019 stellte sie den Tarifpartnern ein mögliches Datenerhebungstool im Excel-Format zu. An der Instruktionssitzung vom 17. April 2019, an der sowohl die AGZ als auch die tarifsuisse, CSS und HSK vertreten waren, hielt die Gesundheitsdirektion fest, dass gemäss Art. 59c der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) zwecks Wirtschaftlichkeitsprüfung eines Tarifs transparente Kostendaten vorliegen müssten und dass in Tariffestsetzungsverfahren der Mitwirkungspflicht der Parteien erhebliche Bedeutung zukomme. Auf der Grundlage des Erhebungstools der Gesundheitsdirektion wurden zudem die Anforderungen an aussagekräftige Kostendaten für eine Festsetzung des TARMED-Taxpunkt看werts besprochen. Schliesslich wurde von der Gesundheitsdirektion festgehalten, dass grundsätzlich eine Tariffestsetzung sowohl auf der Grundlage des präsentierten Erhebungstools als auch mittels RoKo-Daten mit Ergänzungen möglich sei, sofern die diskutierten Anforderungen bestmöglich umgesetzt würden. Bezüglich Repräsentativität äusserte sich die Gesundheitsdirektion dahingehend, dass sowohl eine Vollerhebung als auch eine repräsentative Stichprobe möglich sei.

Mit Schreiben vom 4. Juni 2019 erklärte die AGZ, dass die RoKo-Daten als Ausgangslage für die Tariffestsetzung verwendet werden sollen. Eine neue Erhebung, wie durch die Gesundheitsdirektion an der Instruktionssitzung vorgeschlagen, sowie eine Zusatzerhebung zu den RoKo-Daten

sei abzulehnen. Die verfahrensrechtliche Mitwirkungspflicht gälte für die AGZ, nicht aber für die einzelnen Ärztinnen und Ärzte, womit Letztere nicht verpflichtet wären, zusätzliche Daten zu erheben. Jedoch gelte für die Ärztinnen und Ärzte eine Pflicht zur Datenbekanntgabe an das Bundesamt für Statistik, das seinerseits die Daten an die Kantonsbehörde für die Beurteilung der Tarife weitergeben könne. Zudem sei eine Vollerhebung im ambulanten Bereich gesetzlich nicht vorgesehen und aufgrund der Anzahl freipraktizierender Ärztinnen und Ärzte unrealistisch. «Eine Stichprobenerhebung der vorhandenen Daten» sei zu begrüssen.

Die Gesundheitsdirektion hielt mit Schreiben vom 22. Juli 2019 an die Parteien fest, dass sie die von ihr gemäss Datenerhebungstool verlangten Ergänzungen zu den RoKo-Daten für eine Tariffestsetzung als notwendig erachte. Sie wies darauf hin, dass die Daten in einer Vollerhebung oder einer repräsentativen Stichprobe zu erfassen seien. Zudem müssten die einzelnen Arztpraxen in den gelieferten Daten identifizierbar sein. Hierzu sei im Datensatz jeder Arztpraxis eine anonyme Nummer zuzuordnen und der Gesundheitsdirektion in einem separaten Dokument ein Verbindungsschlüssel zur Identifikation der Arztpraxen offenzulegen. Weiter nannte die Gesundheitsdirektion eine Reihe von Anforderungen an die Kosten- und Leistungsdaten, die sich aus Art. 59c KVV ergäben. Abschliessend wurde der AGZ eine Frist angesetzt, um die Daten entweder gemäss Erhebungstool der Gesundheitsdirektion oder einem alternativen Erhebungstool samt Kostenrechnungsmodell, das die verlangten Anforderungen erfüllt, einzureichen. Auf Ersuchen der AGZ erläuterte die Gesundheitsdirektion an der Sitzung vom 4. Oktober 2019, an der auch die Versicherer vertreten waren, die Anforderungen an diese Daten im Detail.

Am 4. November 2019 reichte die AGZ ein Kostenrechnungsmodell (Gestehungskostenmodell 2.6) ein, das wiederum auf den RoKo-Daten basierte. Das Modell entsprach in seiner Methodik dem bereits mit dem Festsetzungsbegehren eingereichten Gestehungskostenmodell 2.5, lediglich gewisse Parameter wurden erneuert. Eventualiter beantragte die AGZ, den TARMED-Taxpunkt看 auf Basis der Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren des Bundesamts für Statistik (= MAS-Daten; Medical Ambulatory Structure) festzusetzen, falls eine Festsetzung auf Basis der RoKo-Daten nicht möglich sein sollte. Mit Schreiben vom 12. November 2019 wurde der AGZ Frist bis zum 31. Januar 2020 zur Einreichung der zum Modell zugehörigen Daten angesetzt und die Eingabe der AGZ vom 4. November 2019 samt Modell den Versicherern zugestellt. Die zugehörigen RoKo-Daten wurden von der AGZ sodann am 30. Januar 2020 eingereicht. Die AGZ wies darauf hin, dass die eingereichten Daten repräsentative Stichproben darstellten, und ersuchte um Gelegenheit zur Stellungnahme, falls die Gesundheitsdirektion diesbezüglich

zu einem anderen Schluss kommen sollte. Ein Verbindungsschlüssel, mit dem eine eindeutige Zuordnung der RoKo-Daten zu den einzelnen Arztpraxen möglich gewesen wäre, wurde nicht mitgesandt. Diesbezüglich hatte die AGZ bereits am 4. November 2019 auf Geschäftsgeheimhaltungsinteressen der einzelnen Arztpraxen verwiesen und geltend gemacht, dass aus der Verknüpfung mit anderen Daten keine Aussage über die Datenqualität möglich sei. Im Übrigen fehle eine rechtliche Grundlage dazu.

Da nicht auszuschliessen war, dass gestützt auf die eingereichten RoKo-Daten in Verbindung mit weiteren Datenquellen Rückschlüsse auf einzelne Arztpraxen und dementsprechend auf einzelne Personen möglich gewesen wäre, wurden die Daten, wie von der AGZ beantragt, nicht an die Versicherer weitergeleitet. Zwecks Wahrung des rechtlichen Gehörs der Versicherer wurden die Parteien mit Schreiben vom 13. Februar 2020 eingeladen, bezüglich einer Dateneinsicht in den Räumlichkeiten der Gesundheitsdirektion und den dabei einzuhaltenden Modalitäten Stellung zu nehmen. Die AGZ erklärte sich mit Schreiben vom 25. Februar 2020 mit den Modalitäten mehrheitlich einverstanden. Demgegenüber beantragten die tarifsuisse und die HSK in ihren Stellungnahmen vom 12. bzw. 16. März 2020, die Unterlagen seien ihnen zuzustellen. Die Versicherer – einschliesslich der CSS mit Stellungnahme vom 28. Februar 2020 – hielten dafür, dass die geplanten Modalitäten der Dateneinsicht (wie Einschränkung der Dauer der Einsichtnahme sowie der Mitnahme von ausschliesslich Handaufzeichnungen) das rechtliche Gehör in einem unverhältnismässigen Umfang einschränken würden. Da keine Einigkeit bestand, wurden die Parteien mit Schreiben vom 20. April 2020 eingeladen, je zu den Eingaben der Gegenparteien Stellung zu nehmen. Die AGZ wurde zudem ersucht, zur Repräsentativität der eingereichten RoKo-Daten Stellung zu nehmen. Mit Eingabe vom 2. Juni 2020 beantragte die AGZ, die Anträge der Versicherer um Zustellung der Daten seien abzuweisen; im Falle einer Gutheissung der Anträge der Versicherer seien die Daten «aus dem Recht zu weisen und unwiderruflich auf allen Datenträgern zu löschen». Zur Repräsentativität der eingereichten Daten äusserte sich die AGZ nicht. Die tarifsuisse beantragte in ihrer Stellungnahme vom 20. Mai 2020, die Daten seien ihr zuzustellen oder andernfalls aus dem Recht zu weisen. Eventualiter beantragte die tarifsuisse verschiedene Lockerungen der Modalitäten betreffend Dateneinsicht. Die CSS beantragte mit Stellungnahme vom 4. Juni 2020, die Daten seien den Versicherer zuzustellen; eventualiter mit der Auflage, dass die Daten ausschliesslich im Rahmen des vorliegenden Tariffestsetzungsverfahrens zu verwenden seien. Andernfalls seien die Daten aus dem Recht zu weisen. Subeventualiter beantragte die CSS verschiedene Lockerungen der Modalitäten betreffend Dateneinsicht. Die HSK

beantragte mit Stellungnahme vom 23. April 2020, die Daten seien den Versicherern zuzustellen. Die Versicherer hielten zudem fest, dass gemäss Datenbeschrieb die durch die Gesundheitsdirektion gestellten Anforderungen nicht erfüllt seien.

Mit Schreiben vom 4. November 2020 bezog sich die AGZ auf den rechtskräftigen TARMED-Festsetzungsentscheid vom 25. August 2020 des Regierungsrates des Kantons Zug und nahm Stellung, weshalb die Erwägungen des Zuger Regierungsrates, wonach die RoKo-Daten als ungeeignet für eine Festsetzung des TARMED-Taxpunktswerts eingestuft wurden, im Kanton Zürich keine Relevanz hätten. Gleichzeitig reichte die AGZ ein überarbeitetes Benchmarking ein. Gemäss Angaben der AGZ wurden dabei die eingereichten Datensätze nach Strukturmerkmalen gewichtet, um die Repräsentativität der Daten zu verbessern.

Die Gesundheitsdirektion ersuchte daraufhin die AGZ mit Schreiben vom 11. November 2020, den zitierten Festsetzungsentscheid des Kantons Zug einzureichen, um dann die Eingaben den Versicherern zur Stellungnahme zuzustellen. Mit Schreiben vom 17. Dezember 2020 stellte die Gesundheitsdirektion die Eingaben der AGZ samt Festsetzungsentscheid des Kantons Zug den Versicherern zur Stellungnahme zu. In der Folge erstreckte die Gesundheitsdirektion auf Gesuch der HSK mit Schreiben vom 22. Januar 2021 die angesetzte Frist und stellte auf Anfrage der tarifsuisse den Parteien gegenseitig die bereits im vergangenen Jahr eingereichten Stellungnahmen bezüglich Dateneinsicht zur Kenntnisnahme zu. Die CSS beantragte mit Schreiben vom 9. Februar 2021, dass die angesetzte und erstreckte Frist zur Stellungnahme einstweilen aufgehoben und nach dem Zwischenentscheid neu anzusetzen sei. Zudem beantragte sie erneut, dass ihr im Rahmen des Zwischenentscheids die eingereichten Daten der AGZ zuzustellen seien. Die Gesundheitsdirektion nahm daraufhin mit Schreiben vom 17. Februar 2021 die gegenüber den Versicherern angesetzten Fristen einstweilen ab. Die tarifsuisse stellte mit Schreiben vom 18. Februar 2021 den Antrag, dass ihr im Rahmen des Zwischenentscheids alle nicht schutzwürdigen Eingaben der AGZ zuzustellen seien. Weiter äusserte sich die tarifsuisse nochmals zu den Formalitäten einer Dateneinsicht und beantragte, dass der entsprechende Zwischenentscheid zeitnah zu erlassen sei. Weiter rügte die tarifsuisse, dass der durch die AGZ eingereichte Festsetzungsentscheid des Kantons Zug auch der CSS und HSK zugestellt worden sei, und beantragte zudem, dass die Verfahren mit den anderen Versicherern nicht zu vereinen bzw. fortan getrennt zu führen seien. Mit Eingabe vom 8. Februar 2021 beantragte die HSK erneut, dass ihr die durch die AGZ eingereichten Daten im Rahmen des Zwischenentscheids zuzustellen seien.

B. Eingereichtes Kostenrechnungsmodell und Kostendaten

Die AGZ erhebt jährlich mittels Fragebogen bei ihren Mitgliedern die RoKo-Daten, die sich an der Erfolgsrechnung der Arztpraxis orientieren. Um an der Erhebung teilnehmen zu können, hat eine Ärztin oder ein Arzt mindestens folgende acht Zahlen zu übermitteln (Pflichtangaben):

- Materialaufwand/Medikamente
- Personalaufwand
- Raumaufwand
- Kapitalaufwand
- Abschreibungen
- Versicherung/Vorsorge Ärztin oder Arzt
- Übriger Aufwand
- Ertrag aus ärztlicher Tätigkeit

Darüber hinaus sind zusätzliche Angaben möglich, die Aufwand und Ertrag weiter aufschlüsseln (ergänzende Angaben). So kann beispielsweise der Materialaufwand nach dem Aufwand für Medikamente, Labormaterial, Röntgenmaterial und Verbandsmaterial / sonstiges Material aufgeschlüsselt werden. Die Angaben im RoKo-Fragebogen beziehen sich somit auf die Gesamtkosten und den Gesamtertrag der Arztpraxis, wobei die TARMED-Leistungen lediglich eine von mehreren Kosten- und Ertragskomponenten darstellen.

Gemäss Angaben der AGZ decken die eingereichten Daten folgenden Anteil der RoKo-pflichtigen* Ärztinnen und Ärzte ab:

- Jahr 2016: 1486 von 3337 (45%)
- Jahr 2017: 1573 von 2723 (58%)

*RoKo-pflichtig sind gemäss AGZ grundsätzlich alle Ärztinnen und Ärzte, die mehr als Fr. 30 000 Umsatz aus KVG-Leistungen pro Jahr generieren und Mitglied der AGZ sind. Seit dem Erhebungsjahr 2017 können zudem juristische Personen (Institute) Mitglied der AGZ werden, wobei sodann für die Institute ebenfalls die RoKo-Pflicht gilt. Infolgedessen werden die leitenden Ärztinnen und Ärzte der jeweiligen Institute von der RoKo-Pflicht ausgenommen.

Anzumerken ist, dass der AGZ gemäss eigenen Angaben für 2016 und 2017 RoKo-Daten von insgesamt 67% bzw. 86% aller RoKo-pflichtigen Ärztinnen und Ärzte vorliegen. Da jedoch nicht alle Ärztinnen und Ärzte einer Einreichung der Daten im Rahmen des Festsetzungsverfahrens zugestimmt haben, hat die AGZ nur die Daten eingereicht, für die eine Zustimmung vorlag. Gemäss AGZ hätte die Berechnung des Taxpunkt-werts mit allen ihr zur Verfügung stehenden Daten sogar einen höheren Taxpunkt-wert zur Folge gehabt. Die geringere Anzahl der Daten wirke sich somit zuungunsten der AGZ aus. Um die Repräsentativität der eingereichten Daten zu verbessern, werden im eingereichten Modell den einzelnen Datensätzen folgende Strukturmerkmale zugeordnet:

- Praxistyp (Einzelpraxis, Gruppenpraxis, Einrichtung/Institution nach Art. 36a KVG, Andere)
- Facharztgruppe (Grundversorger, Spezialist/in, Psychiater/in)
- Altersgruppe (31 bis 40, 41 bis 50, 51 bis 60, 61 bis 70, über 70)
- Geschlecht (männlich, weiblich)
- Urbanität (Stadt, Land)

Die eingereichten Datensätze werden sodann bezüglich diesen Strukturmerkmalen mit der Grundgesamtheit (alle RoKo-pflichtigen Ärztinnen und Ärzte) abgeglichen. Stellt sich heraus, dass die Datensätze ein gewisses Strukturmerkmal nicht repräsentativ abbilden (beispielsweise wenn städtische Arztpraxen im Vergleich zu ländlichen Arztpraxen unterrepräsentiert sind), werden die unterrepräsentierten Datensätze stärker gewichtet. Dieses Verfahren korrigiert die Repräsentativität bezüglich der oben aufgeführten Strukturmerkmale.

Die RoKo-Daten weisen die mit der Erbringung von TARMED-Leistungen anfallenden Kosten und Erträge nicht direkt aus, sondern umfassen auch Kosten und Erträge von anderen Leistungen (Medikamente, Labor usw.), die nicht über das Tariffsystem TARMED abgerechnet werden. Das Gestehungskostenmodell 2.6 (Gestehungskostenmodell) leitet deshalb aus den RoKo-Daten jene Kosten und Erträge ab, die mit der Erbringung von TARMED-Leistungen in Verbindung stehen. Dies geschieht mittels verschiedener Annahmen und Schätzungen: Zuerst werden fehlende Angaben in einzelnen Datensätzen anhand von Durchschnittsberechnungen aus den restlichen Datensätzen ergänzt. Danach werden TARMED-fremde Erträge und Aufwände (Medikamente, Labor usw.) mittels verschiedener Umlageschlüssel ausgeschieden. Diese Ausscheidung der TARMED-fremden Erträge und Aufwände wird für alle Arztpraxen mit den gleichen Umlageschlüsseln vollzogen. Da die Anzahl der abgerechneten TARMED-Taxpunkte und die geleistete Arbeitszeit in den RoKo-Daten nicht ausgewiesen sind, werden diese unter Berücksichtigung von gesamtschweizerischen Produktivitäts- und Umsatzkennzahlen der NewIndex AG geschätzt. Schliesslich wird ein Taxpunktwert berechnet, mit dem die hergeleiteten TARMED-bezogenen Kosten sowie ein durch die AGZ definiertes Referenzeinkommen vergütet werden sollen.

C. Erwägungen

Das Bundesrecht hält fest, dass in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ein Tarif

- *«höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken» (Art. 59c Abs. 1 Bst. a KVV) und*
- *«höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken» (Art. 59c Abs. 1 Bst. b KVV)*

darf. Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts ist die Transparenz der Kosten und Leistungen ein zentrales Kriterium für eine wirtschaftliche Tarifgestaltung. Zu beurteilen sind die Kostengrundlagen und die durch geeignete Methoden durchgeführte Ermittlung der Kosten der Leistungen (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-4505/

2013 und C-4480/2013 vom 22. Juli 2016, S. 12). Wie die Gesundheitsdirektion an der Instruktionssitzung vom 17. April 2019 und mit Schreiben vom 22. Juli 2019 dargelegt hat, müssen deshalb die für die Festsetzung des TARMED-Taxpunktwerts herangezogenen Kostendaten im Grundsatz zwingend die folgenden zwei Anforderungen erfüllen: Erstens müssen die Leistungserbringer repräsentativ vertreten sein. Zweitens müssen die erhobenen Daten die Kosten und Erträge bezüglich der OKP-pflichtigen TARMED-Leistungen realitätsnah abbilden.

Die Repräsentativität kann entweder durch eine Vollerhebung oder mittels Ziehen einer Stichprobe aus der Menge aller betroffenen Leistungserbringern (Grundgesamtheit) sichergestellt werden. Die AGZ führt in ihrer Eingabe vom 30. Januar 2020 aus, dass die eingereichten Daten eine repräsentative Stichprobe darstellen.

Gemäss Ausführungen der AGZ vom 28. August 2018 wurden alle RoKo-pflichtigen Ärztinnen und Ärzte zur Einreichung der RoKo-Daten eingeladen. Da es im Belieben der angeschriebenen Person steht, ob sie den Fragebogen erstens überhaupt der AGZ einreichen und zweitens ihn für die Datenermittlung zuhanden der Gesundheitsdirektion freigeben möchte, ist entsprechend ein beträchtlicher Teil der Ärzteschaft (2016: 55% bzw. 2017: 42%) nicht in den RoKo-Daten vertreten bzw. davon erfasst. Folglich kann eine Selbstselektion bezüglich der Teilnahme an der RoKo-Erhebung nicht ausgeschlossen werden. Die Repräsentativität der eingereichten Daten ist somit nicht sichergestellt: Ärztinnen und Ärzte, die dank einer effizienten Leistungserbringung oder sonstigen Gründen vergleichsweise hohe Einkommen erzielen, könnten tendenziell überproportional nicht an der RoKo-Erhebung teilnehmen. Hingegen könnten jene Ärztinnen und Ärzte bzw. Arztpraxen, die ihre Leistung nicht effizient erbringen, weil sie z. B. ihre Infrastruktur nicht genügend auslasten können, tendenziell überproportional an der RoKo-Erhebung teilnehmen. Dadurch würde schliesslich ein zu hoher berechneter TARMED-Taxpunktwert resultieren.

Darüber hinaus können weitere systematische Verzerrungen nicht ausgeschlossen werden, weil verschiedene Angaben innerhalb des RoKo-Fragebogens nicht zwingend auszufüllen sind (ergänzende Angaben). Diese ergänzenden Angaben werden dann im Gestehungskostenmodell ebenfalls für die Berechnung des Taxpunktwerts herangezogen.

In der Eingabe der AGZ vom 4. November 2020 führt die AGZ an, dass externe Einflussfaktoren (Strukturmerkmale) «Einfluss auf die Rentabilität einer Arztpraxis haben und sich auf die Bereitschaft, an einer Datenerhebung teilzunehmen, auswirken können» (S. 5, Rz. 15). Die mitgelieferte Analyse zeigt dann auch, dass einige der Strukturmerkmale (Praxistyp, Facharztgruppe, Altersgruppe, Geschlecht, Urbanität) in den eingereichten Daten nicht repräsentativ abgebildet werden und dass eine

Gewichtung den berechneten Taxpunkt看 leicht senkt. Die eingereichten Daten sind somit nicht repräsentativ. Die Daten werden für diese bekannten und beobachtbaren (externen) Strukturmerkmale der Arztpraxen mittels des angewendeten statistischen Verfahrens zwar korrigiert, das Grundproblem der Selbstselektion, wonach ertragsreiche Praxen möglicherweise unterrepräsentiert sind, wird damit jedoch nicht gelöst.

Die Ärztinnen und Ärzte, die den Roko-Fragebogen nicht ausfüllen, werden gemäss AGZ zu einer Ersatzzahlung gegenüber der AGZ verpflichtet. Dies erhöht zwar einerseits den Anreiz zur Teilnahme an der Erhebung und somit die Abdeckung, andererseits kann nicht ausgeschlossen werden, dass zur Vermeidung der Ersatzzahlung der Fragebogen nur ungenau ausgefüllt wird. Dazu kommt, dass auf dem Fragenbogen kein Hinweis angeführt ist, dass eine wissentlich falsche Angabe von Kosten und Erträgen möglicherweise den Tatbestand der Urkundenfälschung (Art. 251 StGB [SR 311.0]) erfüllen könnte.

Weiter wird die Identität der Ärztinnen und Ärzte, die Daten eingereicht haben, nicht offengelegt. Auch wenn die AGZ erklärt hat, dass auf Anfrage, wenn immer möglich, die Identität offengelegt würde, wäre es zur Plausibilisierung der Daten jedoch notwendig, dass alle Arztpraxen identifiziert werden könnten. Dies würde die Möglichkeit eröffnen, die gelieferten Daten der Arztpraxen mit Daten aus anderen Quellen abzugleichen und entsprechende Erkenntnisse hinsichtlich Datenqualität (einschliesslich Repräsentativität) zu ziehen. Dies gilt – entgegen der Auffassung der AGZ – auch dann, wenn die eingereichten Daten mit zusätzlich beizuziehenden Daten nicht kongruent sind: Die Daten der Versicherer können zwangsläufig nicht in vollem Umfang mit den Daten der Ärztinnen und Ärzte übereinstimmen, da durch das Vergütungssystem «Tiers garant» die Versicherer nicht Kenntnis über alle erbrachten Leistungen haben. Gleichwohl könnten mittels Abgleich der Daten allfällige systematische Verzerrungen oder sonstige Auffälligkeiten entdeckt werden. Ohne einen Identifikationsschlüssel können die Daten somit nicht eingehend überprüft und plausibilisiert werden. Schliesslich kommt hinzu, dass Ärztinnen und Ärzte den Fragebogen im Wissen ausfüllen, dass sie von der Gesundheitsdirektion nicht identifiziert werden können und folglich keine Überprüfung der Angaben stattfinden kann. Dies ist der Glaubwürdigkeit und Genauigkeit der erhobenen Daten nicht zuträglich. Die Gesundheitsdirektion hat trotz der fehlenden Identifikationsmöglichkeit der Arztpraxen versucht, Hinweise bezüglich Qualität der eingereichten RoKo-Daten zu finden. Hierbei ist aufgefallen, dass identische Werte in verschiedenen Datensätzen vorkommen: Falls mehrere RoKo-Werte (nicht gerundet und ungleich null) zweier Datensätze identisch sind, ist nicht von einer zufälligen Übereinstimmung auszugehen. Es muss

somit angenommen werden, dass Ärztinnen und Ärzte von Gruppenpraxen basierend auf derselben Buchhaltung mehrmals identische Angaben gemacht haben. Folglich fließen auch die Gesamtergebnisse dieser Gruppenpraxen fälschlicherweise mehrmals in das Benchmarking ein. Festzuhalten ist zudem, dass einige der betroffenen Datensätze nur teilweise aus exakt identischen Werten bestehen (z. B. Personalaufwand, Materialaufwand usw.) und gewisse Werte wiederum in erheblichem Masse voneinander abweichen (insbesondere Ertrag Praxistätigkeit). Wegen der durch die AGZ vorgebrachten Geheimhaltungsinteressen werden keine konkreten Beispiele aufgeführt. Daraus kann geschlossen werden, dass die jeweiligen Datensätze nicht mit der nötigen Sachkunde oder Sorgfalt erfasst worden sind. Die gezeigten Mängel können lediglich in den Daten der Gruppenpraxen festgestellt werden, jedoch ist anzunehmen, dass die Datenqualität der Einzelpraxen grundsätzlich nicht besser ist. Zusammenfassend ergibt sich, dass betreffend Datenqualität einerseits offensichtlich erhebliche Mängel vorliegen und andererseits von weiteren Mängel ausgegangen werden muss.

Bezüglich der korrekten Abbildung der OKP-pflichtigen, TARMED-bezogenen Kosten und Erträge werden in der RoKo-Erhebung verschiedene Kennzahlen nicht erfasst, welche für die Tariffestsetzung notwendig wären. So ist nicht ersichtlich, inwieweit allfällige Erträge aus UV/IV/MV-Leistungen und belegärztlicher Tätigkeit sowie von Selbstzahlenden beim massgebenden Einkommen berücksichtigt wurden. Weiter werden die Anzahl verrechneter TARMED-Taxpunkte und die aufgewendete Arbeitszeit nicht ausgewiesen und stattdessen mit dem Gestehungskostenmodell mittels verschiedener Annahmen hergeleitet. Somit sind die mittels TARMED erzielten Aufwände und Erträge Schätzungen des Gestehungskostenmodells, welche wegen der mangelnden Identifikationsmöglichkeit der Arztpraxen nicht überprüft werden können: Einerseits wäre es wiederum notwendig, mittels Vergleichen mit weiteren Datenquellen die Plausibilität der hergeleiteten Werte zu überprüfen. Andererseits ist es nicht möglich, einzelne, zufällig ausgewählte Praxen hinsichtlich der im Modell hergeleiteten Werte durch Einsichtnahme in die Buchhaltung vor Ort zu überprüfen. Eine genaue Prüfung des Gestehungskostenmodells bzw. der hergeleiteten Werte ist deshalb nicht möglich. Eine Prüfung erübrigt sich jedoch ohnehin: Erstens wäre mangels sichergestellter Repräsentativität der vertretenen Arztpraxen selbst für den Fall, dass das Modell die relevanten Sachverhalte für die geprüften Praxen ausreichend genau abbilden würde, eine allgemeingültige Schlussfolgerung bezüglich der Aussagekraft des Gestehungskostenmodells nur bedingt möglich. Zweitens ist eine Festsetzung mittels Gestehungskostenmodells aufgrund der ungenügenden Datengrundlage ohnehin ausgeschlossen.

Zusammenfassend ergibt sich, dass Daten, deren Repräsentativität und Qualität nicht sichergestellt ist, von vornherein für eine Tariffestsetzung nicht geeignet sind. Eine Plausibilisierung der Daten – die durch den fehlenden Identifikationsschlüssel nur sehr eingeschränkt möglich ist – zeigt zudem auch Mängel bezüglich Datenqualität auf. Zudem ist nicht sichergestellt, dass die eingereichten Daten in Verbindung mit dem Kostenrechnungsmodell die Kosten und Erträge bezüglich der OKP-pflichtigen TARMED-Leistungen realitätsnah abbilden. Die Gesundheitsdirektion hat an der Instruktionssitzung vom 17. April 2019 sowie im darauffolgenden Schriftenwechsel mehrmals die Anforderungen an die Daten sowie die Notwendigkeit von Zusatzerhebungen erläutert. Es muss deshalb davon ausgegangen werden, dass die AGZ diese Mängel nicht beheben kann. Es ist auch nicht ersichtlich, inwiefern die Mängel seitens der Festsetzungsbehörde behoben werden könnten. Eine Tariffestsetzung auf dieser Datengrundlage ist deshalb ausgeschlossen. Die von der AGZ am 30. Januar 2020 eingereichten Daten der «Rollenenden Kostenstudie» sowie die Kennzahlen der NewIndex AG der Jahre 2016 und 2017 (Beilagen 1 bis 4) sind deshalb aus dem Recht zu weisen.

Die von den Versicherern gestellten Editionsbegehren bezüglich der RoKo-Daten der AGZ werden damit hinfällig.

Ob der von der AGZ eventualiter beantragte Beizug von MAS-Daten für eine Tariffestsetzung geeignet ist, wird im Rahmen des weiterlaufenden Verfahrens zu entscheiden sein und kann deshalb offenbleiben. Jedenfalls wird erst im Rahmen des Endentscheids über die Verwendung von alternativen Daten zu entscheiden sein. Betreffend den Antrag der tarifsuisse, dass die Verfahren nicht zu vereinigen bzw. fortan getrennt zu führen seien, wird ebenfalls im Rahmen des weiterlaufenden Verfahrens zu entscheiden sein.

D. Instanzenzug

Der Instanzenzug richtet sich nach demjenigen des Endentscheids. Demgemäss steht gegen diesen Zwischenentscheid das Rechtsmittel der Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht offen (Art. 53 Abs. 1 KVG in Verbindung mit Art. 31 ff. Bundesgesetz über das Bundesverwaltungsgericht [SR 173.32]).

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Die von der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich am 30. Januar 2020 eingereichten Daten der «Rollenden Kostenstudie» sowie die Kennzahlen der NewIndex AG der Jahre 2016 und 2017, die als Beilagen 1 bis 4 bezeichnet sind, werden aus dem Recht gewiesen.

II. 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 angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit der Beschwerdeführer sie in Händen hat.

III. Dispositiv I und II werden im Amtsblatt veröffentlicht.

IV. Mitteilung an

- Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich, Nordstrasse 15, 8006 Zürich (E)
- CSS Kranken-Versicherung AG, Recht & Compliance, Tribschenstrasse 21, Postfach, 6002 Luzern (E)
- Helsana Versicherungen AG, Recht & Compliance, Postfach, 8081 Zürich (E)
- tarifsuisse ag, Lagerstrasse 107, 8004 Zürich (E)
- Gesundheitsdirektion



Vor dem Regierungsrat
Die Staatsschreiberin:

Kathrin Arioli