Auszug aus dem Protokoll
des Regierungsrates des Kantons Zürich

Sitzung vom 31. August 2022

1153. Krankenversicherung (Tarif für stationär erbrachte akutsomatische Leistungen des Kantonsspitals Winterthur ab 1. Januar 2020; Festsetzung)

1 Ausgangslage

Gemäss Art. 49 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG; SR 832.10) vereinbaren die Tarifpartner für die Vergütung der stationären Behandlung in einem Spital Pauschalen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen, beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen und müssen einen Investitionsanteil umfassen. Für die Abgeltung der stationären akutsomatischen Leistungen kommt seit dem 1. Januar 2012 schweizweit das diagnosebezogene Fallpauschalensystem SwissDRG (DRG = Diagnoses Related Groups) zur Anwendung. Jeder Fallgruppe (DRG) wird ein Kostengewicht (Schweregrad) zugeordnet. Das Kostengewicht bildet den relativen Schweregrad der Fallgruppe ab. Der Betrag, der für den konkreten Einzelfall vergütet wird, berechnet sich durch Multiplikation des Kostengewichtes der DRG, die dem betreffenden Fall zugeordnet wird, mit der frankenmässigen Vergütung für Leistungen mit einem Kostengewicht von 1.0 (Basisfallwert nach SwissDRG). Im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist der Basisfallwert auf kantonaler Ebene auszuhandeln (Art. 46 Abs. 4 KVG) oder festzusetzen (Art. 47 Abs. 1 KVG).

Für die Abgeltung der stationär erbrachten Leistungen zwischen den vom Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK) vertretenen Spitälern und der tarifsuisse ag (tarifsuisse), der Einkaufsgemeinschaft HSK AG (HSK) und der CSS Kranken-Versicherung AG (CSS) kamen vom 1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2018 drei separate, vom Regierungsrat mit Beschluss Nr. 634/2016 genehmigte Tarifverträge zur Anwendung. Dabei wurde für Spitäler mit einer anerkannten Notfallstation ein Basisfallwert nach SwissDRG (nachfolgend Basisfallwert) von Fr. 9650 vereinbart, so auch für das Kantonsspital Winterthur (KSW). Die Tarifverträge wurden vom Regierungsrat mit Beschluss Nr. 677/2019 um ein Jahr bis 31. Dezember 2019 verlängert. Vor dem Hintergrund des ab 2020 drohenden tariflosen Zustands wurde gleichzeitig im Sinne einer vorsorglichen Massnahme bis zum Vorliegen eines neuen, rechtskräftigen Tarifs die provisorische Weitergeltung der Tarifverträge mit Wirkung ab 1. Januar 2020 festgesetzt, unter Vorbehalt der rückwirkenden Geltendmachung einer allfälligen Differenz zwischen den provisorischen und den definitiven Tarifen.

2 Verfahrensgeschichte

Da sich das KSW mit den Versicherer-Gruppierungen nicht auf einen Basisfallwert ab dem 1. Januar 2020 einigen konnte, ersuchte es mit drei separaten Schreiben je vom 3. Juli 2020 um Festsetzung des Basisfallwerts ab 1. Januar 2020 gegenüber der tarifsuisse, der HSK und der CSS. Dabei ersuchte das KSW die Gesundheitsdirektion, die als vertraulich bezeichneten Beilagen den Versicherer-Gruppierungen nur unter der Auflage offenzulegen, sie einzig für den Zweck des vorliegenden Verfahrens zu bearbeiten und weder Dritten zugänglich zu machen noch für einen Zweck ausserhalb des Verfahrens zu verwenden. Mit Schreiben je vom 16. Juli 2020 wurden die einzelnen Versicherer-Gruppierungen zur vertraulichen Verwendung der entsprechenden Beilagen verpflichtet und gleichzeitig zur Stellungnahme zum Festsetzungsgesuch eingeladen. Zudem wurden sie ersucht, eine Kontaktperson mit persönlicher Postanschrift bekannt zu geben, welche im Verfahren die Verantwortung für den vertraulichen Umgang mit den Unterlagen übernimmt. In der Folge stellte die Gesundheitsdirektion diesen Personen die Beilagen zum Festsetzungsgesuch des KSW am 17. August 2020 über den Webdienst «WebTransfer ZH» zu. Mit Schreiben vom 7. Oktober 2020 (CSS), 12. Oktober 2020 (HSK) und 19. Oktober 2020 (tarifsuisse) reichten die Versicherer-Gruppierungen ihre Stellungnahmen ein. Mit Schreiben je vom 22. Oktober 2020 teilte die Gesundheitsdirektion den Parteien mit, dass sie für die Festsetzung des Basisfallwerts in Betracht ziehe, Spitalkosten beizuziehen, welche die Kantone über eine Plattform der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) austauschen, und stellte verschiedene Spitalkostendaten der GDK-Plattform (im Folgenden «GDK-Spitalkostendaten») für das Datenjahr 2018 (147 Dateien mit Angaben zu 155 Spitälern) über den WebTransfer ZH persönlich und vertraulich den von den Parteien bezeichneten Kontaktpersonen zu und ersuchte die Parteien um Stellungnahme dazu. Gleichzeitig wurde das KSW ersucht, zu den drei Stellungnahmen der Versicherer-Gruppierungen Stellung zu nehmen. Mit Schreiben vom 4. November 2020 (CSS), 26. November 2020 (tarifsuisse), 15. Januar 2021 (KSW) und 18. Januar 2021 (HSK) reichten die Parteien ihre Stellungnahmen ein. Darin beantragten einzelne Parteien, Einsicht in weitere, von den Kantonen über die GDK-Plattform ausgetauschte Dokumente zu erhalten.

Am 26. November 2020 teilte die Gesundheitsdirektion der HSK telefonisch mit, sie habe aus Versehen eine Beilage des Schreibens der HSK vom 12. Oktober 2020 allen Verfahrensparteien zugestellt, welche die HSK explizit nur der Gesundheitsdirektion habe offenlegen wollen. Auf Verlangen der HSK ordnete die Gesundheitsdirektion mit Verfügung vom 16. Dezember 2020 superprovisorisch und – nach Anhörung der

Parteien – mittels Verfügung vom 25. Januar 2021 definitiv an, dass die Beilage sowie alle daraus abgeleiteten Daten, Informationen und Erkenntnisse zu löschen bzw. zu vernichten und nicht weiter zu verwenden seien. Für den Fall der Widerhandlung dagegen wurde eine Bestrafung wegen Ungehorsams gegen eine amtliche Verfügung im Sinne von Art. 292 StGB (SR 311.0) angedroht.

Mit Schreiben vom 21. Januar 2021 wurde die Preisüberwachung eingeladen, zu den Festsetzungsanträgen der Parteien Stellung zu nehmen. In der Folge ersuchte die Preisüberwachung um Zustellung weiterer Unterlagen. Mit Schreiben vom 19. Februar 2021 stellte die Gesundheitsdirektion der Preisüberwachung die gewünschten Unterlagen zu. Mit Schreiben vom 30. März 2021 reichte die Preisüberwachung ihre Empfehlung zur Festsetzung des Basisfallwerts im vorliegenden Verfahren ein. Mit Schreiben vom 21. April 2021 stellte die Gesundheitsdirektion die Empfehlung der Preisüberwachung den Parteien zur Stellungnahme zu.

Das KSW beantragte mit Schreiben vom 3. November 2020, dass drei separate Verfahren zu führen seien. Mit Schreiben vom 26. Februar 2021 wurden die Parteien von der Gesundheitsdirektion zur Stellungnahme zu einer Verfahrensvereinigung eingeladen und darauf hingewiesen, dass darüber im Rahmen eines anfechtbaren Zwischenentscheids zu entscheiden sein werde, falls die Verfahrensparteien einer Verfahrensvereinigung nicht zustimmen würden. Weil die HSK mit Schreiben vom 1. März 2021, die CSS mit Schreiben vom 2. März 2021 und die tarifsuisse mit Schreiben vom 24. März 2021 einer Verfahrensvereinigung zustimmten und das KSW nicht dagegen opponierte, teilte die Gesundheitsdirektion mit Schreiben vom 21. April 2021 mit, dass ein vereinigtes Verfahren geführt werde. Gleichzeitig lud sie die Versicherer-Gruppierungen zur Stellungnahme zur Eingabe des KSW vom 15. Januar 2021 ein.

Nachdem die Parteien Einsicht in die vollständige Datengrundlage der GDK beantragt hatten, lud die Gesundheitsdirektion die Parteien mit Schreiben vom 9. April 2021 ein, diese Daten aufgrund des eingeschränkten Nutzungsrechtes des Kantons Zürich in den Räumlichkeiten der Gesundheitsdirektion einzusehen. Die Gesundheitsdirektion hielt zugleich fest, dass die bekannt gegebenen Daten von den Parteien nicht ausserhalb des Verfahrens verwendet werden dürfen. Nach der Unterzeichnung einer entsprechenden Vertraulichkeitserklärung sahen das KSW (am 23. April und 7. Mai 2021), die HSK (am 11. Mai 2021) und die tarifsuisse (am 21. und 25. Mai 2021) die Daten in den Räumlichkeiten der Gesundheitsdirektion ein. Dabei wurde den Parteien untersagt, den von der Gesundheitsdirektion bereitgestellten Computern Daten zu entnehmen. Auf den Computern konnten aber eigene Berechnungen und Notizen erstellt werden, die im Anschluss an den Einsichtstermin der jeweiligen Partei zugestellt wurden. Die CSS verzichtete mit Schreiben vom 20. April 2021 auf eine Dateneinsicht vor Ort.

Die Tarifpartner äusserten sich in der Folge sowohl zur Einsicht in die Spitalkostendaten als auch zur Empfehlung der Preisüberwachung. Die Versicherer-Gruppierungen äusserten sich zusätzlich zur Eingabe des KSW vom 15. Januar 2021: Die CSS nahm mit Schreiben vom 20. Mai 2021 Stellung zur Empfehlung der Preisüberwachung und mit Schreiben vom 15. Juni 2021 zur Eingabe des KSW vom 15. Januar 2021. Auch die Stellungnahmen des KSW erfolgten mit je einem separaten Schreiben vom 21. Mai 2021 zur Empfehlung der Preisüberwachung bzw. vom 28. Juni 2021 zu den eingesehenen Spitalkostendaten. Die tarifsuisse äusserte sich mit Schreiben vom 27. Juli 2021 und die HSK mit Schreiben vom 28. Juni (recte: Juli) 2021 sowohl zur Empfehlung der Preisüberwachung als auch zu den eingesehenen Spitalkostendaten und zur Eingabe des KSW vom 15. Januar 2021.

3 Anhörung der Preisüberwachung

Bevor der Regierungsrat über die Festsetzung oder Genehmigung einer Preiserhöhung entscheidet, ist die Preisüberwachung anzuhören (Art. 14 Preisüberwachungsgesetz [SR 942.20]). Mit Schreiben vom 30. März 2021 empfiehlt die Preisüberwachung, die festzusetzenden Tarife anhand von Spitalkostendaten mittels eines Benchmarkings zu ermitteln. Ein Benchmarking habe im Grundsatz alle akutsomatischen Spitäler der Schweiz zu umfassen, müsse repräsentativ sein und somit auch ineffiziente Spitäler berücksichtigen. Ein Betriebsvergleich, bei dem nur bestimmte Kategorien von Spitälern miteinander verglichen würden, sei bei einer Tarifstruktur wie SwissDRG nicht notwendig und nur in einer Übergangszeit nach Einführung der Tarifstruktur zulässig gewesen. Weiter sei es zulässig, dass effiziente Spitäler mit Kosten unterhalb des Referenzwerts einen effizienzbedingten Gewinn erzielten, da der Referenzwert den Basisfallwert effizienter Spitäler reflektiere.

Für die Durchführung eines Benchmarkings und die Bestimmung eines Referenzwerts gebe es verschiedene Methoden. Gemäss Grundsatzurteilen des Bundesverwaltungsgerichts zu Festsetzungen in den Kantonen Zürich und Glarus sei die Perzentilmethode ein akzeptables Benchmarkingverfahren. Dem Kanton komme bei der Wahl des Perzentils und bei der Art der Gewichtung (nach Anzahl Spitälern, nach Anzahl Fällen oder nach Case Mix) ein Ermessensspielraum zu, wobei sich die Preisüberwachung für das 20. Perzentil und für eine Gewichtung nach Anzahl Spitälern ausspricht. Das nationale Benchmarking führe bei ineffizienten Spitälern zu ungedeckten Kosten. Dadurch entstünden Anreize zur Effizienzsteigerung.

Die Preisüberwachung leitet auf Grundlage der Kosten- und Leistungsdaten 2018 von 134 Spitälern (einschliesslich Geburtshäuser und Universitätsspitäler) für das Tarifjahr 2020 einen nationalen Referenzwert

in der Höhe von Fr. 9349 her (20. Perzentil, einschliesslich Teuerung). Auf dieser Grundlage empfiehlt die Preisüberwachung, für das KSW ab 1. Januar 2020 höchstens einen Basisfallwert von Fr. 9349 festzusetzen.

4 Definitive Festsetzungsanträge der Parteien

Die Parteien haben im Laufe des Verfahrens verschiedene Anträge gestellt. Nachfolgend werden die endgültig zur Festsetzung beantragten Basisfallwerte der Parteien aufgeführt.

4.1 Anträge des KSW

Das KSW beantragt, es sei unter Beachtung der besonderen Leistungen des KSW ein Basisfallwert von mindestens Fr. 11 294, eventualiter von mindestens Fr. 11 253 festzusetzen. Dabei sei eine nachträglich und auf den 1. Januar 2020 rückwirkende Erhöhung des festzusetzenden Tarifs vorzubehalten zur Abdeckung tarifrelevanter Mehrleistungen und Mehrkosten aufgrund der Coronapandemie.

4.2 Anträge der tarifsuisse

Die tarifsuisse beantragt für das KSW die Festsetzung eines Basisfallwerts ab dem 1. Januar 2020 von Fr. 9634.

4.3 Anträge der HSK

Die HSK beantragt, es sei eine Instruktionsverhandlung durchzuführen, an der unter Moderation der Gesundheitsdirektion nochmals Vergleichsgespräche zu führen seien. Soweit auf diesen Antrag nicht eingetreten werde bzw. im Rahmen der Instruktionsverhandlungen keine Einigung erzielt werden könne, sei ein Basisfallwert von Fr. 9658 festzusetzen.

4.4 Anträge der CSS

Die CSS beantragt für das KSW die Festsetzung eines Basisfallwerts ab dem 1. Januar 2020 von höchstens Fr. 9619. Eventualiter sei basierend auf dem Benchmarking der Preisüberwachung ein Basisfallwert von höchstens Fr. 9678 festzusetzen.

5 Prozessuale Anträge

Die Parteien haben im Laufe des Verfahrens verschiedene prozessuale Anträge gestellt, auf welche nachfolgend einzugehen ist.

5.1 Prozessuale Anträge des KSW

5.1.1 Schreiben des KSW vom 3. Juli 2020

Das KSW stellt folgende «Verfahrensanträge»:

1. *Soweit die Festsetzungsbehörde für den Zweck des gesamtschweizerischen Benchmarkings nicht auf die Daten des Vereins SpitalBenchmark (Datenjahr 2018) abstellen sollte, habe sie ein eigenes repräsentatives Benchmarking zur Ermittlung eines Referenzpreises im Sinne der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts durchzuführen; sie habe die dafür erforderlichen Kostendaten im Rahmen ihrer Untersuchungspflicht von Amtes wegen zu erheben;*
2. *die Festsetzungsbehörde habe der Gesuchstellerin den allfälligen Beizug von Datengrundlagen gemäss Verfahrensantrag Nr. 1 zu den Verfahrensakten zur Kenntnis zu bringen und ihr integrale Akteneinsicht in die beigezogenen Unterlagen zu gewähren;*
3. *zugleich mit der Offenlegung gemäss Verfahrensantrag Nr. 2 habe die Festsetzungsbehörde der Gesuchstellerin die Gelegenheit zu geben, ihr Rechtsbegehren in der Sache zu konkretisieren, allfällige weitere Anträge zum Verfahren zu formulieren und neue Beweismittel einzureichen.*

Zur Begründung der Verfahrensanträge macht das KSW geltend, der Basisfallwert für das KSW müsse gemäss den rechtlichen Vorgaben anhand eines Benchmarkings bestimmt werden. Dem KSW würden einzig die Kosten- und Leistungsdaten des Vereins SpitalBenchmark zur Verfügung stehen, um seinen Tarifantrag zu begründen. Sollte die Festsetzungsbehörde nicht auf diese Daten abstellen, habe sie die erforderliche Datengrundlage im Rahmen ihrer Untersuchungspflicht zu erheben. Diese Kostendaten oder allfällige weitere Unterlagen seien dem KSW zur Kenntnis zu bringen und ihr integrale Einsicht in die Datengrundlagen des Benchmarkings zu gewähren. Insbesondere sei es unerlässlich, dass folgende Daten offengelegt würden:

1. *Die Namen (a) der ins Benchmarking einbezogenen und (b) der aus dem Benchmarking ausgeschlossenen Spitäler;*
2. *die benchmarkingrelevanten Betriebskosten der Spitäler nach Ziff. 1 gemäss Deklaration der Spitäler;*
3. *die Personal- (insbesondere Arztkosten), Sachkosten und Anlagennutzungskosten;*
4. *allfällige Korrekturen der benchmarkingrelevanten Betriebskosten gemäss Ziff. 2 durch die Festsetzungsbehörde und deren Begründung;*
5. *die Anlagenutzungskosten nach VKL und (soweit vorhanden) REKOLE®;*
6. *die Fallzahlen und der relevante Casemix-Index (CMI).*

Weiter beantragt das KSW, dieselben Detaildaten seien auch von den Versicherer-Gruppierungen edieren zu lassen und offenzulegen, sollte die Festsetzungsbehörde auf deren Daten abstellen.

Zu diesen Anträgen ist Folgendes festzuhalten: Dem vorliegenden Tariffestsetzungsentscheid liegen die GDK-Spitalkostendaten des Jahres 2018 zugrunde (vgl. Ziff. 9.1.1), mit denen ein schweizweites Bench-

marking durchgeführt wurde (vgl. Ziff. 9.2). Die Verfahrensparteien hatten Gelegenheit, die GDK-Spitalkostendaten 2018 einzusehen und sich zu diesen zu äussern (vgl. Ziff. 2 und 9.1.2 sowie die Beilage [Spitalkostendaten und Benchmarking] zum vorliegenden Regierungsratsbeschluss). Die GDK-Spitalkostendaten umfassen die vom KSW oben aufgeführten Spezifikationen.

5.1.2 Schreiben des KSW vom 15. Januar 2021

Das KSW stellt folgende weiteren «Verfahrensanträge»:

1. *Sollte die GD an der Vornahme eines normativen Abzugs für die Mehrkosten zusatzversicherter Patienten festhalten wollen, so habe sie einen solchen normativen Abzug auf der Basis aktueller Kostendaten zu ermitteln; sie haben das Abklärungsergebnis der Gesuchstellerin offenzulegen und ihr Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben;*
2. *eventualiter (zur Verfahrensantrag Nr. 1) habe die GD der Gesuchstellerin die Datenbasis für den bisher praktizierten normativen Abzug von CHF 800 (HP) bzw. CHF 1'000 (PP) zur Stellungnahme offenzulegen;*
3. *die GD habe der Gesuchstellerin von den in Rz. 44 genannten Belegarztspitälen die vollständigen ITAR K-Formulare zur Stellungnahme offenzulegen;*
4. *sollte die GD für die Berechnung des Notfallzuschlages nicht wie beantragt auf die Daten des Vereins SpitalBenchmark abstellen, so habe sie die notwendigen Daten aus den ihr vorliegenden PRISMA-Daten zu den Akten im vorliegenden Verfahren zu nehmen und der Gesuchstellerin zur Stellungnahme offenzulegen.*

Zu den Verfahrensanträgen 1 und 2 betreffend die Mehrkosten von zusatzversicherten Personen hält das KSW fest, der von der Gesundheitsdirektion in der Vergangenheit vorgenommene pauschale Abzug von Fr. 800 bzw. Fr. 1000 für Personen mit Halbprivat- bzw. Privatversicherung sei zu hoch und deshalb sei dieser Abzug neu zu berechnen. Alternativ sei die Datengrundlage für den bisherigen normativen Abzug offenzulegen. Zum Verfahrensantrag 3 betreffend «Belegarztspitäler» macht das KSW geltend, um überprüfen zu können, ob diese Spitäler die Belegarzthonorare korrekt der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) belasten würden, müssten deren ITAR_K-Daten eingesehen werden können. Zum Verfahrensantrag 4 betreffend «Notfallmehrkosten» beantragt das KSW, die bisher praktizierte Tarifdifferenzierung zwischen Spitälern mit und ohne Notfallstation sei neu zu berechnen und insbesondere zu differenzieren für Spitäler mit einer Notfallstation Level 3 (die weiteren Ausführungen des KSW dazu sind in Ziff. 9.4.1.1 aufgeführt). Sofern die Festsetzungsbehörde dazu nicht auf die vom KSW vorgelegten Auswertungen der Daten des Vereins SpitalBenchmark abstellen wolle, habe sie die relevanten Daten aus ihrer eigenen Datenbank zu entnehmen und dem KSW zur Einsichtnahme offenzulegen.

Zu diesen Verfahrensanträgen ist Folgendes festzuhalten: Der normative Abzug für die Mehrkosten zusatzversicherter Patientinnen und Patienten wurde im Sinne des Verfahrensantrags 1 auf der Grundlage der GDK-Spitalkostendaten 2018 geprüft und hat sich bestätigt (vgl. 9.1.3 sowie Beilage Ziff. 2). Die Verfahrensparteien hatten Gelegenheit, die GDK-Spitalkostendaten 2018 einzusehen und sich zu diesen zu äussern (vgl. Ziff. 2 und 9.1.2 sowie die Beilage zum vorliegenden Regierungsratsbeschluss). Eine Offenlegung des Abklärungsergebnisses vor dem Endentscheid wäre nicht verhältnismässig gewesen und hätte den vorliegenden Entscheid unnötig verzögert. Mit der Neuberechnung des normativen Abzugs hat sich die Offenlegung der früheren Datengrundlage gemäss Verfahrensantrag 2 erübrigt. Im Rahmen der Dateneinsicht in die GDK-Spitalkostendaten 2018 konnte das KSW die gemäss Verfahrensantrag 3 gewünschten Datensätze einsehen.

Auf den mit Verfahrensantrag 4 beantragten Zuschlag für das Führen der Notfallstation ist unter Ziff. 9.4 vertieft einzugehen.

5.2 Prozessuale Anträge der tarifsuisse

Mit Schreiben vom 19. Oktober 2020 und 27. Juli 2021 stellt die tarifsuisse folgende «Verfahrensanträge»:

1. *Die Festsetzungsbehörde habe die Gesuchstellerin zur Herausgabe des für die Tariffestsetzung notwendigen transparenten, vollständigen und differenzierten Leistungs- und Kostendatenmaterials gemäss den im Gesuch begründeten Editionsanträgen zu verpflichten.*
2. *Den Gesuchgegnerinnen ist nach Eingang der edierten Leistungs- und Kostendaten das rechtliche Gehör zu gewähren und sämtliche Unterlagen zuzustellen.*
3. *Sollte die Festsetzungsbehörde beim Benchmarking nicht auf die Daten von tarifsuisse abstellen, habe sie den Bezug von Datengrundlagen zu den Verfahrensakten zur Kenntnis zu bringen und den Gesuchgegnerinnen integrale Akteneinsicht in die beigezogenen Unterlagen zu gewähren sowie sämtliche Unterlagen zuzustellen und Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.*

Zusätzlich stellt die tarifsuisse folgende «Editionsanträge»:

- *Editionsantrag 1: Einsichtnahme in elektronischer Form in die von der Festsetzungsbehörde verwendeten Benchmarkingdaten.*
- *Editionsantrag 2: Einsichtnahme in elektronischer Form der detaillierten Einzellohnkostendaten und Anlagenutzungskosten der Gesuchstellerin.*
- *Editionsantrag 3: Edition der für die Bestimmung des Zuschlages erforderlichen Lohndaten des KSW*
- *Editionsantrag 4: Einsichtnahme in elektronischer Form in die PRISMA-Daten / Fallkostendaten, die Basis für die Auswertungen der Gesuchstellerin sind.*

- *Editionsantrag 5: Einsichtnahme in elektronischer Form in die für die Berechnung des Zuschlages für die Kindermedizin von der Festsetzungsbehörde verwendeten Daten.*
- *Editionsantrag 6: Einsichtnahme in elektronischer Form in die für die Berechnung des Zuschlages aufgrund breiten Leistungsspektrums von der Festsetzungsbehörde verwendeten Daten.*
- *Editionsantrag 7: Sollte der Abzug für Mehrkosten ZV neu berechnet werden, so sind den Gesuchgegnern die dazu verwendeten Datengrundlagen zur Stellungnahme zu unterbreiten.*
- *Editionsantrag 8: Sollten der Gesuchstellerin neue Daten zur Verfügung gestellt werden, so sind den Gesuchgegnerinnen diese Datengrundlagen ebenfalls zuzustellen und zur Stellungnahme zu unterbreiten.*
- *Editionsantrag 9: Sollten der Gesuchstellerin die PRISMA Daten zur Verfügung gestellt werden, so sind den Gesuchgegnerinnen diese Datengrundlagen ebenfalls zuzustellen und zur Stellungnahme zu unterbreiten.*
- *Editionsantrag 10: Einsichtnahme in elektronischer Form in die Fallkostendaten, die Basis für die Auswertungen der Gesuchstellerin sind.*
- *Editionsantrag 11: Einsichtnahme in elektronischer Form in die Datengrundlagen für den Zuschlag Kinderklinik, der von der Gesuchstellerin geltend gemacht wird.*

Zu diesen Verfahrens- und Editionsanträgen ist Folgendes festzuhalten: Verfahrensantrag 1 ist im nachfolgenden Absatz anhand der spezifischen Editionsanträge zu prüfen. Die Stellungnahmen und die Datengrundlagen des KSW wurden – im Sinne von Verfahrensantrag 2 – jeweils der tarifsuisse übermittelt. Betreffend Verfahrensantrag 3 ist festzuhalten, dass die tarifsuisse die verwendete Datengrundlage einsehen konnte (vgl. Ziff. 2). Aufgrund der eingeschränkten Nutzungsrechte des Kantons Zürich an den GDK-Spitalkostendaten (vgl. Ziff. 2, 9.1.2 und 16) konnten den Parteien verschiedene Daten nicht zugestellt werden.

Der tarifsuisse wurde im Sinne von Editionsantrag 1 Einsicht in die von der Festsetzungsbehörde verwendeten Spitalkostendaten gewährt (vgl. Ziff. 2). Editionsantrag 2 bezieht sich auf das vom KSW geltend gemachte höhere Kostenniveau im Kanton Zürich. Dies wird unter Ziff. 9.3.1 abgehandelt. Editionsantrag 3 bezieht sich auf die vom KSW erwähnten Mehrkosten für die zukünftig zu vergütende Umkleidezeit, welche aber in der Folge vom KSW nicht weiter spezifiziert wurden und deshalb nicht weiter zu prüfen ist. Die Editionsanträge 4 und 10 beziehen sich auf die vom KSW geltend gemachten Vorhaltekosten der spezialisierten Notfallstation, Editionsanträge 5 und 11 auf die vom KSW geltend gemachten Mehrkosten der Kindermedizin und Editionsantrag 6 auf die vom KSW geltend gemachten Kosten aufgrund seines breiten Leistungsspektrums. Diese Themen werden unter Ziff. 9.4 abgehandelt und die entsprechen-

den Editionsanträge erweisen sich mithin als hinfällig. Editionsantrag 7 bezieht sich auf den vom KSW gestellten Antrag auf Überprüfung des pauschalen Abzugs für Personen mit Zusatzversicherung. Hierzu ist auf die Ausführungen unter Ziff. 9.1.3 zu verweisen. Editionsanträge 8 und 9 beziehen sich auf die Anträge des KSW auf Offenlegung der Kostendaten der «Belegarztspitäler» und der Daten zur Berechnung des Notfallzuschlags. Dazu ist festzuhalten, dass die tarifsuisse – im Sinne ihres Verfahrensantrags 3 – die verwendete Datengrundlage einsehen und dazu Stellung nehmen konnte.

5.3 Prozessuale Anträge der HSK

Mit Schreiben vom 12. Oktober 2020 stellt die HSK folgenden «Verfahrensantrag»:

4. Hauptantrag: Es sei eine lnstruktionsverhandlung der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich anzuordnen, in dessen Rahmen und unter deren Moderation die Parteien nochmals versuchen einen Basisfallwert ab 1. Januar 2020 zu vereinbaren.

Mit Schreiben vom 28. Juni (recte Juli) 2021 stellt sie folgende prozessuale Anträge:

1. *Sollten die GDK-Spitalkostendaten 2018 im vorliegenden Festsetzungsverfahren als Datengrundlage für die Berechnung der Baserate verwendet werden, sollten dies vorgängig nochmals geprüft und allenfalls korrigiert werden.*
2. *Anschliessend sollten die Datengrundlagen nochmals den Gesuchsgegnerinnen uneingeschränkt in maschinenlesbarer und digitalisierter Form zur Verfügung gestellt, bzw. ihr Gelegenheit gegeben werden, eine entsprechende Stellungnahme abzugeben.*

Zu den «Rechtsbegehren 1 und 2» vom 28. Juli 2021 führt die HSK Folgendes aus:

– *Insbesondere erachten die Gesuchsgegnerinnen es als notwendig, dass eine externe, neutrale Stelle, eine systematische Analyse der Daten im File «XX_Korrektur» durchführt.*
– *Dabei sind die von der GDK geforderten Datenplausibilisierungsregeln einheitlich anzuwenden. Allfällige Abweichungen sind transparent und nachvollziehbar zu dokumentieren.*
– *Die Gesuchsgegnerinnen beantragen, dass nach der erfolgten Überprüfung und Korrektur, die GDK-Spitalkostendaten 2018 nochmals uneingeschränkt in maschinenlesbarer und digitalisierter Form den Gesuchsgegnerinnen zur Verfügung gestellt werden.*
– *In der Folge ist den Gesuchsgegnerinnen eine angemessene Frist zur Stellungnahme einzuräumen.*

Eine Instruktionsverhandlung im Sinne von Verfahrensantrag 4 war aus den unter Ziff. 7 aufgeführten Gründen nicht erforderlich. Zu den weiteren Anträgen ist festzuhalten, dass die Rückmeldung der Verfah-

rensparteien zu den GDK-Spitalkostendaten überprüft wurden, was zu Anpassungen bei den benchmarkingrelevanten Basiswerten einzelner Spitäler geführt hat (siehe dazu die Ausführungen unter Ziff. 9.1.2 und die Beilage zum vorliegenden Regierungsratsbeschluss). Eine Begutachtung der GDK-Spitalkostendaten durch eine externe, neutrale Stelle erscheint nicht als sinnvoll, da alle Verfahrensparteien Anmerkungen zu diesen Daten anbringen konnten, wodurch sämtliche Perspektiven – jene der Leistungserbringer und auch der Versicherer-Gruppierungen – berücksichtigt werden konnten. Dadurch wird eine fundierte Beurteilung sichergestellt. Zu den bereinigten GDK-Spitalkostendaten wurden die Verfahrensparteien nicht erneut eingeladen, Stellung zu nehmen. Der Mehrwert eines solchen, zusätzlichen Schriftenwechsels wäre im Verhältnis zum dazu anfallenden Aufwand minim gewesen. Selbst wenn wenige weitere Anpassungen der Daten erfolgt wären, hätte dies das Ergebnis des breit abgestützten Benchmarkings und damit die Höhe des festzusetzenden Basisfallwerts kaum beeinflusst (vgl. Ziff. 9.2 und die Beilage zum vorliegenden Regierungsratsbeschluss). Schliesslich ist festzuhalten, dass sich die Verfahrensparteien zweimal zu den GDK-Spitalkostendaten äussern und somit hinreichend Stellung nehmen konnten.

5.4 Prozessuale Anträge der CSS

Mit Schreiben vom 7. Oktober 2021 stellt die CSS folgenden «Editionsantrag»:

Sollte aber die Gesundheitsdirektion wider Erwarten eine andere Auffassung vertreten und weitere Abklärungen im Rahmen ihrer Untersuchungspflicht tätigen, so ist nicht nur der Gesuchstellerin, sondern im Sinn der Verfahrensfairness beiden Parteien das rechtliche Gehör zu gewähren. Dabei hat die Gesundheitsdirektion die eingeholten Akten, Unterlagen und Kostendaten, mithin sämtliche getätigten Abklärungen den Parteien umfassend offen zu legen und zur Kenntnis zu bringen, damit sie die Möglichkeit haben, innert angemessener Zeit eine entsprechende Stellungnahme mit angepassten Rechtsbegehren einzureichen (Art. 29 Abs. 2 BV; BVGer-Urteil 0-2664/2014 vom 31. März 2016, E. 12.2). Allfällige für die Festsetzung zusätzlich beigezogene Daten der Betriebsvergleiche wären wie folgt elektronisch zur Verfügung zu stellen (USB-Stick):

- *Die Namen (a) der ins Benchmarking einbezogenen und (b) der aus dem Benchmarking ausgeschlossenen Spitäler;*
- *die benchmarkingrelevanten Betriebskosten der Spitäler nach Lemma 1 gemäss Deklaration der Spitäler;*
- *die Personal- (insbesondere Arztkosten), Sachkosten und Anlagennutzungskosten;*
- *die allfälligen Korrekturen der benchmarkingrelevanten Betriebskosten gemäss Lemma 2 durch die Festsetzungsbehörde und deren Begründung;*

– *die Anlagenutzungskosten nach VKL und (soweit vorhanden) REKOLE®;*
– *die Anzahl Spitäler, die Anzahl Pflegetage, die Fallzahlen und der relevante CMI.*

Erst die Kenntnis dieser (und gegebenenfalls weiterer) Daten würde es gestatten ein Benchmarking kritisch auf seine Sachgerechtigkeit zu prüfen.

Eventualiter Editionsbegehren USB-Stick: Daten der Betriebsvergleiche

Zu diesem Editionsbegehren ist festzuhalten, dass dem vorliegenden Tariffestsetzungsentscheid die GDK-Spitalkostendaten des Jahres 2018 zugrunde liegen (vgl. Ziff. 9.1.1). Die Verfahrensparteien hatten Gelegenheit, die GDK-Spitalkostendaten 2018 einzusehen und sich zu diesen zu äussern (vgl. Ziff. 2 und 9.1.2 sowie die Beilage [Spitalkostendaten und Benchmarking] zum vorliegenden Regierungsratsbeschluss). Aufgrund der eingeschränkten Nutzungsrechte des Kantons Zürich an den GDK-Spitalkostendaten konnten den Parteien verschiedene Daten nicht zugestellt werden (vgl. Ziff. 2, 9.1.2 und 16).

Mit Schreiben vom 11. November 2021 beantragt die CSS schliesslich Folgendes:

Die GDK-Spitalkostendaten umfassen auch Anlagenutzungskosten, die nicht nach VKL ausgewiesen werden, was aus Sicht der CSS KVG-widrig ist. Zudem dokumentiert das oben illustrierte Beispiel vom Maison de naissance Les Cigognes Sàrl (Kanton JU), dass die ITAR_Ks offensichtlich nicht in allen Kantonen sorgfältig kontrolliert und plausibilisiert werden. Die kantonalen Berechnungsmethoden sind nicht einheitlich. Manche Kantone scheiden z. B. richtigerweise den ausserordentlichen Aufwand aus den benchmarkrelevanten Betriebskosten aus und andere nicht. Für einen schweizweiten repräsentativen Benchmark müssen die einzelnen Berechnungen einheitlich vorgenommen werden. Insgesamt genügen daher die GDK-Spitalkostendaten den gesetzlichen Anforderungen nicht in allen Belangen, so dass in diesem Verfahren nicht darauf abgestützt werden kann. Demgegenüber verfügt die CSS über transparente rechtskonforme Berechnungsrichtlinien, welche bei allen Spitälern einheitlich angewendet werden. Sinngemäss ist der Basisfallpreis auf höchstens CHF 9610.- mit einer anerkannten Notfallstation, bzw. auf CHF 9'410.- für Spitäler ohne eine solche, festzusetzen. Darüberhinausgehende Rechtsbegehren des Gesuchstellers sind dagegen allesamt abzuweisen.

Zu diesem Verfahrensantrag ist Folgendes festzuhalten: Im Rahmen der Dateneinsicht hatte die CSS die Möglichkeit, die Datengrundlage einzusehen und zu kommentieren (vgl. Ziff. 2). Die Bereinigung der

Datengrundlage ist ausführlich in der Beilage zu diesem Regierungsratsbeschluss dokumentiert, so auch der Umgang mit dem genannten Spital. Die Tarifherleitung ist unter Ziff. 9 offengelegt.

5.5 Fazit zu den prozessualen Anträgen der Parteien

Zusammenfassend ist zu den prozessualen Anträgen der Parteien festzuhalten, dass diese im Wesentlichen berücksichtigt wurden. Im Übrigen erweist sich der Sachverhalt für die Tariffestsetzung als hinreichend geklärt, weshalb mit weiteren Untersuchungen keine neuen, entscheidrelevanten Erkenntnisse mehr gewonnen werden könnten.

6 Im Festsetzungsentscheid zu klärende Punkte

Die Verfahrensparteien sind sich einig, dass der festzusetzende Basisfallwert für das KSW mittels eines Benchmarkings zu ermitteln ist. Dies entspricht der Rechtsprechung, wonach die Wirtschaftlichkeitsprüfung bei der Festsetzung eines Basisfallwerts grundsätzlich durch den Vergleich der schweregradbereinigten Fallkosten der Spitäler zu erfolgen hat (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 7. April 2014, 2014/3, E. 2.8.4.4). Streitig und vom Regierungsrat zu entscheiden sind indessen die nachfolgend aufgeführten Punkte; die dabei verwendeten Begriffe entsprechen der schematischen Darstellung des Bundesverwaltungsgerichts in der Beilage zum Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 7. April 2014, 2014/3, S. 90 (jurispub.admin.ch/publiws/download;jsessionid=F12F9F8738DE27A5A3CDCE1CE9DD2CBF?decisionId=c7825940-ff77-4329-b631-7441fbd80154).

6.1 Bestimmung der benchmarkingrelevanten Betriebskosten je Spital

Thema	Streitpunkte	Erwägung
Massgebendes Datenmaterial	Bestimmung der Datengrundlage, die für das Benchmarking zu verwenden ist: – GDK-Spitalkostendaten oder – Daten der Spitäler oder – Daten der Versicherer-Gruppierungen	9.1.1
Bereinigung der GDK-Spitalkostendaten	– Ausschluss von Spitälern mit gemäss Standortkanton nicht plausiblen Daten – Umgang mit unvollständigen GDK-Spitalkostendaten – Berichtigung offensichtlicher Rechnungsfehler – Beurteilung der Abbildung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) – Beurteilung der Arzthonorarkosten für zusatzversicherte Personen – Beurteilung der Rückmeldungen zu den ITAR_K-Daten der Zürcher Spitäler (integriertes Tarifmodell auf Grundlage der Kostenträgerrechnung) – Berücksichtigung der Daten von Spitälern mit verschiedenen Standorten	Beilage zum RRB

Thema	Streitpunkte	Erwägung
Abzug Kosten für Leistungserbringung an Personen mit Zusatzversicherung	– Pauschaler Abzug von Fr. 800 für Personen mit Halbprivatversicherung bzw. von Fr. 1000 für Personen mit Privatversicherung gemäss Empfehlung GDK oder – Abzug der tatsächlich von den Spitälern ausgewiesenen Kosten	9.1.3
Gemeinwirtschaftliche Leistungen	Abzug der Kosten für Forschung und universitäre Lehre gemäss – Empfehlung der Preisüberwachung oder – Empfehlung der GDK oder – den von den Spitälern ausgewiesenen Kosten	9.1.4
Anlagenutzungskosten	Bewertung der Anlagenutzungskosten – nach Vorgaben der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; SR 832.104) oder – nach «REKOLE» (Revision der Kostenrechnung und der Leistungserfassung; Branchenstandard von «H+ Die Spitäler der Schweiz» zum betrieblichen Rechnungswesen der Schweizer Spitäler) Ausschluss von Spitälern mit einem Anlagenutzungskostenanteil an den Gesamtkosten von unter 5%	9.1.5

6.2 Benchmarking

Thema	Streitpunkte	Erwägung
Geburtshäuser	Benchmarking – unter Berücksichtigung aller Spitäler mit verwendbaren Daten oder – unter Ausschluss der Geburtshäuser	9.2.1
Massstab für effiziente Leistungserbringung	Gewichtung im Benchmarking – nach Anzahl Fällen oder – nach Case Mix oder – nach Anzahl Spitälern (bzw. keine Gewichtung) Bestimmung des Perzentils	9.2.2

6.3 Ermittlung des Referenzwerts

Thema	Streitpunkte	Erwägung
Zuschlag der Teuerung	Höhe des Teuerungszuschlags auf dem Benchmark	9.3.1
Zuschlag entsprechend regionalem Kostenniveau	Zuschlag oder kein Zuschlag auf den Benchmark aufgrund des Kostenniveaus im Kanton Zürich	9.3.2

6.4 Spitalindividuelle Zuschläge

Thema	Streitpunkte	Erwägung
Zuschlag für das KSW aufgrund spitalindividueller Besonderheiten	– Zuschlag für das Führen einer Notfallstation auf «Level 3» gemäss Leistungsauftrag des Kantons Zürich – Zuschlag für die Kinderklinik und – Zuschlag für breites Leistungsspektrum	9.4

Auf die einzelnen Parteivorbringen wird, soweit für den Entscheid erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden sowie der in der Beilage zu diesem Regierungsratsbeschluss anzuführenden Erwägungen eingegangen.

7 Voraussetzungen für eine Tariffestsetzung gegeben

Können sich Leistungserbringer und Versicherer nicht auf die Erneuerung eines Tarifvertrages einigen, so kann die Kantonsregierung gemäss Art. 47 Abs. 3 KVG den bestehenden Vertrag um ein Jahr verlängern. Kommt innerhalb dieser Frist kein Vertrag zustande, so setzt sie nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest. Voraussetzung dafür ist, dass die Verhandlungen zwischen den Parteien gescheitert sind.

Es ist unbestritten, dass die Parteien erfolglos Verhandlungen über einen neuen Tarifvertrag geführt haben. Die Voraussetzungen für eine Tariffestsetzung sind daher erfüllt. Eine Verlängerung des Tarifs gemäss Art. 47 Abs. 2 KVG fällt vorliegend ausser Betracht, da die Tarifverträge mit RRB Nr. 677/2019 bereits einmal um ein Jahr verlängert worden sind (vgl. Ziff. 1). Der Antrag der HSK, es sei eine Instruktionsverhandlung anzuordnen, an der die Parteien unter Moderation der Gesundheitsdirektion nochmals versuchen sollten, einen Basisfallwert ab 1. Januar 2020 zu vereinbaren, ist abzuweisen. Die Parteien haben in den Schreiben des KSW vom 3. Juli 2020 sowie der HSK vom 12. Oktober 2020 ausgeführt, intensiv verhandelt zu haben, sie konnten sich jedoch nicht einigen. Zudem hat der Regierungsrat bereits mit der Verlängerung des Tarifvertrags eine Chance für eine vertragliche Lösung eingeräumt. Vor diesem Hintergrund sind die Erfolgschancen einer nochmaligen, durch die Gesundheitsdirektion zu moderierenden Verhandlungsrunde klein. Zudem würde dadurch der Festsetzungsentscheid verzögert.

8 Grundsätze der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Spitaltarife haben sich gemäss Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG an der Entschädigung jener Spitäler zu orientieren, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Das Bundesverwaltungsgericht hält fest, dass die Wirtschaftlichkeitsprüfung grundsätzlich durch den Vergleich der schweregradbereinigten Fallkosten der Spitäler zu erfolgen hat (z. B. Urteil des

Bundesverwaltungsgerichts vom 7. April 2014, 2014/3, E. 2.8.4.4). Zentrales Element eines sachgerechten Benchmarkings ist namentlich die Auswahl des massgebenden Benchmarkspitals aus einer genügend repräsentativen Vergleichsmenge. Ein sachgerechtes Benchmarking muss zudem auf soliden Daten der in den Vergleich einbezogenen Spitäler beruhen (E. 10.1.6). Das Bundesverwaltungsgericht räumt den Tarifpartnern sowie der Festsetzungsbehörde bei der Durchführung von Benchmarkings einen erheblichen Spielraum ein (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 11. September 2014, 2014/36, E. 5.4).

Art. 59c Abs. 1 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) führt in Präzisierung der vorne erwähnten KVG-Bestimmung aus, dass der Tarif höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung (Bst. a) und höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten (Bst. b) decken darf. Im Zusammenhang mit Betriebsvergleichen im stationären Bereich beziehen sich die «ausgewiesenen Kosten der Leistung» gemäss Art. 59c Abs. 1 Bst. a KVV nicht auf die individuellen Kosten eines Leistungserbringers, dessen Tarif zu beurteilen ist, sondern auf die Kosten jenes Leistungserbringers, der den schweizweiten Benchmark bildet. Folglich sind Effizienzgewinne von Leistungserbringern mit einem benchmarkingrelevanten Basiswert unterhalb des gesetzeskonform bestimmten Benchmarks zulässig (vgl. Lino Etter, in: Basler Kommentar, Krankenversicherungsgesetz, Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, 2020, S. 658 N. 49 zu Art. 46 KVG mit Hinweisen auf die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zum stationären Bereich).

9 Tariffestsetzung ab 1. Januar 2020

Die Anwendung eines Benchmarkings zur Tariffestsetzung, bei dem die schweregradbereinigten Fallkosten der Spitäler miteinander verglichen werden, ist unbestritten (vgl. Ziff. 6). Der Vergleich funktioniert wie folgt: Zuerst wird für jedes im Betriebsvergleich berücksichtigte Spital hergeleitet, wie hoch der Basisfallwert sein müsste, damit alle relevanten Kosten des Spitals der OKP genau gedeckt wären. Dieser spitalindividuelle Wert wird «benchmarkingrelevanter Basiswert» oder «schweregradbereinigte Fallkosten» genannt. Im anschliessenden Betriebsvergleich ist festzulegen, welches Spital schweregradbereinigte Fallkosten ausweist, die gerade noch als effizient gelten. Diese Kosten gelten dann als «Benchmark», an welchem sich der festzusetzende Basisfallwert zu orientieren hat.

Streitig ist, wie der benchmarkingrelevante Basiswert für jedes Spital im Detail zu ermitteln ist und welcher Effizienzmassstab im anschliessenden Betriebsvergleich angelegt werden soll. Die im Verfahren vorgebrachten Streitpunkte sind vorne (Ziff. 6) tabellarisch aufgeführt und werden im Folgenden geprüft.

9.1 Bestimmung der benchmarkingrelevanten Betriebskosten und des Basiswerts für jedes Spital

9.1.1 Massgebendes Datenmaterial

Nach Art. 49 Abs. 7 KVG sind die Spitäler verpflichtet, zur Ermittlung der Betriebs- und Investitionskosten nach einheitlicher Methode eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik zu führen. Etabliert hat sich dabei der vom Branchenverband «H+ Die Spitäler der Schweiz» (H+) erarbeitete Standard für das betriebliche Rechnungswesen im Spital REKOLE (Revision der Kostenrechnung und der Leistungserfassung) und der darauf beruhende Kostenausweis nach ITAR_K (Integriertes Tarifmodell auf Kostenträgerrechnungsbasis). Im ITAR_K werden die für das Benchmarking relevanten Betriebskosten eines Spitals entsprechend den Empfehlungen von H+ hergeleitet. Weil für die Spitäler der Schweiz flächendeckend Kostenausweise im ITAR_K-Format vorliegen, bilden diese die Ausgangsdatengrundlage für das Benchmarking sowohl des Vereins SpitalBenchmark als auch der drei Versicherer-Gruppierungen und der Preisüberwachung. Auch die GDK-Spitalkostendaten beruhen auf dem Kostenausweis nach ITAR_K.

Das Bundesverwaltungsgericht hat im Leitentscheid vom 7. April 2014 betreffend stationäre Spitaltarife des Luzerner Kantonsspitals erwogen, dass es angesichts der Bedeutung und Verbreitung, die REKOLE und ITAR_K zwischenzeitlich erlangt haben, nicht sinnvoll erscheine, deren Anwendbarkeit grundsätzlich infrage zu stellen (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 7. April 2014, 2014/3, E. 3.4.3). Als Kostenmodell findet die Darstellung nach ITAR_K breite Anwendung. Nicht durchgesetzt hat sich hingegen die Verwendung des ITAR_K als Tarifmodell. Sowohl die GDK als auch die Versicherer-Gruppierungen leiten die schweregradbereinigten Fallkosten abweichend vom ITAR_K-Tarifmodell ab.

Die GDK-Spitalkostendaten 2018 umfassen Angaben von 155 Akutspitälern (einschliesslich Geburtshäuser) aus allen Kantonen. Pro Leistungserbringer sind im Datensatz folgende Dokumente enthalten, wobei teilweise mehrere Spitalstandorte in einem Dokument abgebildet sind: (1) Kostenausweis nach ITAR_K, (2) Anlagespiegel, (3) Abstimmbrücke, (4) Formular der GDK zur Prüfung der Plausibilität der Kostendaten der Spitäler durch die Standortkantone, (5) ein Rückmeldeformular des Spitals zur Plausibilisierung des Kantons sowie (6) die Berechnung der schweregradbereinigten Fallkosten entsprechend der Empfehlungen der GDK zur Wirtschaftlichkeitsprüfung vom 27. Juni 2019 (gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/EM_Wirtschaftlichkeitspruefung_V5.0_20190627_def_d.pdf), die vom Vorgehen nach dem ITAR_K-Berechnungsmodell in einigen Punkten abweicht und deshalb die Bezeichnung «Korrekturdokument» trägt. Sämtliche Dokumente liegen im Microsoft-Excel-Format vor.

Das KSW, die tarifsuisse und die HSK haben festgehalten, dass für einzelne Spitäler die ITAR_K-Daten, welche ihnen vorlägen, nicht identisch seien mit den ITAR_K-Daten der GDK-Spitalkostendaten desselben Spitals. Es wäre wünschenswert, dass pro Spital nur eine einzige, möglichst korrekte Version der ITAR_K-Daten vorläge. Es ist nachvollziehbar, dass unterschiedliche ITAR_K-Daten vorliegen, denn die Spitäler stellen die ITAR_K-Daten verschiedenen Anspruchsgruppen wohl zu verschiedenen Zeitpunkten zu. Es ist deshalb nicht ausgeschlossen, dass dazwischen auch Anpassungen an der Kostenrechnung vorgenommen werden, über welche dann nicht alle Parteien informiert sind.

Allein gestützt auf die Feststellung, dass für einzelne Spitäler unterschiedliche ITAR_K-Daten vorhanden sind, kann vorliegend nicht beurteilt werden, welcher Datensatz am besten geeignet ist. Jedenfalls liegen keine Anzeichen vor, dass die GDK-Spitalkostendaten für ein Benchmarking weniger gut geeignet wären als die Daten des Vereins SpitalBenchmark, auf die sich das KSW stützt, oder die Daten der Versicherer-Gruppierungen, die diese bei den Spitälern erhoben haben. Für die Verwendung der GDK-Spitalkostendaten spricht insbesondere, dass diese auch der Bundesrat für seinen Betriebsvergleich nach Art. 49 Abs. 8 KVG für 2018 verwendet hat (bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Spitalbehandlung/fallkosten-der-spitaeler-und-geburtshaeuser.html). Zudem hat die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich direkten Zugriff auf die GDK-Spitalkostendaten, wohingegen die Daten der Verfahrensparteien erst beschafft werden müssten. Der Basisfallwert für das KSW ist deshalb gestützt auf die GDK-Spitalkostendaten festzusetzen.

Alle Verfahrensparteien beantragen, für die Tarife 2020 auf die Kostendaten des Jahres 2018 abzustellen. Dies entspricht der Rechtsprechung, wonach für das Tarifjahr x grundsätzlich auf die Kostenermittlung des Jahres x-2 abzustellen ist (Urteile des Bundesverwaltungsgerichts vom 7. April 2014, 2014/3, E. 3.5, und vom 11. September 2014 2014/36, E. 4.2). Der Basisfallwert ab 2020 ist deshalb gestützt auf die GDK-Spitalkostendaten des Jahres 2018 festzusetzen.

Die HSK bemängelt, die Dateneinsichtnahme vor Ort in den Räumlichkeiten der Gesundheitsdirektion stelle eine unverhältnismässige Einschränkung des rechtlichen Gehörs dar. Der Anspruch auf Akteneinsicht garantiert lediglich das Recht, die Akten am Sitz der Behörde einzusehen; ein Recht, die Akten nach Hause zu nehmen, besteht nicht (vgl. Alain Griffel, Kommentar zum Verwaltungsrechtspflegegesetz des Kantons Zürich [nachfolgend: VRG-Kommentar], 3. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2014, N. 17 zu § 8). Wie die Gesundheitsdirektion in ihren Schreiben vom 22. Oktober 2020 und vom 9. April 2021 dargelegt hat, verfügt der Kanton Zürich nur über ein eingeschränktes Nutzungsrecht an den interkantonalen Spitalkostendaten, die über die GDK zwischen den Kantonen

schweizweit über eine elektronische Datenplattform ausgetauscht werden (GDK-Plattform). Indem die Gesundheitsdirektion sämtlichen Verfahrensparteien die vollständige Datengrundlage im Rahmen der Dateneinsicht in den Räumlichkeiten der Gesundheitsdirektion zugänglich gemacht hat, wurde der Wahrung des rechtlichen Gehörs hinreichend Genüge getan.

9.1.2 Bekanntgabe und Bereinigung der GDK-Spitalkostendaten 2018

Im Schriftenwechsel haben die Verfahrensparteien konkrete Rückmeldungen zu den GDK-Spitalkostendaten gemacht. In der Beilage (Spitalkostendaten und Benchmarking) zum vorliegenden Regierungsratsbeschluss werden diese Rückmeldungen geprüft, Berichtigungen dokumentiert sowie Auswertungen und Berechnungen vorgenommen. Wie erwähnt (vgl. Ziff. 2) sind die Nutzungsrechte des Kantons Zürich an den interkantonalen Daten, die über die GDK-Plattform zwischen den Kantonen ausgetauscht werden, eingeschränkt. Insbesondere dürfen keine Kostendaten an Dritte weitergegeben werden. Davon ausgenommen ist die Bekanntgabe von Daten an direkte Verfahrensbeteiligte, soweit dies zur sachgerechten und gesetzeskonformen Durchführung der Verfahren (wie die Einräumung des rechtlichen Gehörs) notwendig ist. Die Beilage zum vorliegenden Regierungsratsbeschluss ist deshalb vertraulich und nur den Verfahrensparteien zuzustellen. Die Parteien sind sodann zu berechtigen, auch die Herleitungen der schweregradbereinigten Fallkosten anzufordern, welche die Grundlage für das Benchmarking bilden. Darin wird auch auf spitalindividuelle Änderungen im Vergleich zu den GDK-Spitalkostendaten verwiesen, die gestützt auf die Rückmeldungen der Parteien erfolgten. Falls um Übermittlung dieses Datensets ersucht wird, sind diese ebenfalls vertraulichen Daten im Excel-Format an jene Personen zuzustellen, die während des Verfahrens im Sinne des Schreibens der Gesundheitsdirektion vom 16. Juli 2020 von den Parteien als Kontaktperson bezeichnet wurden (bzw. an deren Nachfolgerin oder Nachfolger).

Vor diesem Hintergrund sind die im Rahmen des Schriftenwechsels der Verfahrensparteien erfolgten Rückmeldungen zu den GDK-Spitalkostendaten unter konkreter Nennung der Spitäler in der Beilage zum vorliegenden Regierungsratsbeschluss auszugliedern und vom Öffentlichkeitsprinzip auszunehmen (vgl. Ziff. 16). Dies gilt auch für die den Kontaktpersonen auf Verlangen der Parteien zuzustellenden Datensets im Excel-Format. Weiter gehört dazu auch die rechtliche Würdigung der Rückmeldungen samt den zu einzelnen Spitälern vorgenommenen Berichtigungen. Zudem sind die im vorliegenden Beschluss erwähnten Spitäler lediglich in anonymisierter Form aufzuführen: Dabei werden die für das Benchmarking verwendeten Spitäler mit Nummern (1 bis 140) und die vom Benchmarking ausgeschlossenen Spitäler mit Grossbuchstaben

(A bis O) bezeichnet. Dabei ist – im Sinne der Verpflichtung gegenüber der GDK – sicherzustellen, dass die Daten nicht ausserhalb des konkreten Verfahrens verwendet werden. Die Verfahrensparteien sind deshalb zu verpflichten, die Beilage zu diesem Beschluss – einschliesslich des Datensets im Excel-Format betreffend Herleitungen der schweregradbereinigten Fallkosten – nur im Zusammenhang mit dem vorliegenden Verfahren zur Festsetzung des Basisfallwerts für das KSW zu verwenden und die daraus erfahrenen Tatsachen und Erkenntnisse weder in anderen Tarifverfahren zu verwenden noch an Drittpersonen weiterzugeben. Zwecks Einhaltung dieser Vorgabe ist den Verfahrensparteien die Bestrafung wegen Ungehorsams gegen eine amtliche Verfügung im Sinne von Art. 292 StGB (Bestrafung mit Busse bis Fr. 10000) im Widerhandlungsfall anzudrohen.

Die Bereinigung der GDK-Spitalkostendaten in der Beilage zu diesem Beschluss soll die Ausgangslage schaffen, um anschliessend für jedes Vergleichsspital einen möglichst realitätsnahen und möglichst nach einheitlicher Methode hergeleiteten benchmarkingrelevanten Basiswert zu ermitteln (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 11. September 2014, 2014/36, E. 6.2ff.). In diesem Sinn werden in Ziff. 1 der Beilage die technischen Rückmeldungen der Parteien zu den GDK-Spitalkostendaten aufgezeigt und, wo nötig, bei der Herleitung der schweregradbereinigten Fallkosten Anpassungen vorgenommen. Dies betrifft folgende Bereiche; die Bereinigung führt zu dem jeweils in Klammern zusammengefassten Ergebnis:

1.1. Nicht plausible Daten gemäss Standortkanton
(Ausschluss von 14 Spitälern)
1.2. Unvollständige GDK-Spitalkostendaten
(Ausschluss von 1 Spital)
1.3. Rechnungsfehler
(Korrektur bei 15 Spitälern)
1.4. Abbildung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen
(Korrektur bei 1 Spital)
1.5. Arzthonorarkosten für zusatzversicherte Personen
(keine Ausschlüsse oder Korrekturen)
1.6. Rückmeldungen zu den ITAR_K-Daten der Zürcher Spitäler
(keine Ausschlüsse oder Korrekturen)
1.7. Daten von Spitälern mit verschiedenen Standorten
(keine Ausschlüsse oder Korrekturen)

Wird in der Beilage ein Spital aus einem datentechnischen Grund vom Betriebsvergleich ausgeschlossen, so wird auf weitere Anmerkungen zu diesen Daten nicht weiter eingegangen. Weiter wird ausschliesslich das GDK-Korrekturdokument angepasst und in der Beilage zu diesem Regierungsratsbeschluss aufgeführt, nicht aber die ITAR_K-Daten. Da-

durch bleiben die Anpassungen nachvollziehbar. Anmerkungen, die nicht die Daten an sich, sondern die Methode zur Herleitung der benchmarkingrelevanten Betriebskosten betreffen, werden nicht in der Beilage, sondern in den nachfolgenden Kapiteln aufgeführt.

Zur Bereinigung der GDK-Spitalkostendaten, die in der Beilage erfolgt, ist festzuhalten, dass REKOLE den Spitälern beim Führen der Kostenrechnung einen gewissen Interpretationsspielraum lässt und auch lassen muss, denn die einzelnen Spitäler unterscheiden sich in Bezug auf ihre Unternehmensstruktur und Geschäftsstrategie teilweise erheblich. Diese Heterogenität spiegelt sich in den Kostenrechnungen wider. Es kann vorliegend nicht das Ziel sein, spitalindividuelle Besonderheiten auszugleichen, zumal eine grosse Anzahl an Spitälern berücksichtigt wird, weshalb punktuelle Besonderheiten – wenn überhaupt – nur minime Auswirkungen auf das Endergebnis haben.

Weiter ist darauf hinzuweisen, dass die Kostenrechnungen der Spitäler nicht nur auf exakt kalkulierbaren Ausgaben beruhen, sondern auch zu einem bedeutenden Teil auf Annahmen fussen, die gemäss Bundesverwaltungsgericht jedoch fundiert und realitätsnah sein sollten (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 11. September 2014, 2014/36, E. 6.3 f.). Aus diesem Grund ist den Kantonen bei der Prüfung der Kostenrechnungen der im Kanton gelegenen Spitäler ein entsprechender Ermessensspielraum einzuräumen, zumal sie im engen Austausch mit den Spitälern ihres Kantons stehen und deren Besonderheiten kennen. Bei der Bereinigung der GDK-Spitalkostendaten in der Beilage wird deshalb der Beurteilung der Kostenrechnungen durch die Kantone grosses Gewicht beigemessen.

Nach der Bereinigung im Sinne der Beilage zu diesem Beschluss umfasst der Datensatz die Kostenrechnungen von total 140 Spitalstandorten, die im Folgenden zur Bestimmung des Basisfallwerts für das KSW zu berücksichtigen sind.

9.1.3 Abzug Kosten für Leistungserbringung an Personen mit Zusatzversicherung

Bei der Bestimmung der benchmarkingrelevanten Betriebskosten müssen sämtliche Kosten, die bei der Erbringung von Nicht-OKP-Leistungen angefallen sind, ausgeschieden werden. Dazu gehören Mehrkosten, die im Zusammenhang mit den Mehrleistungen für Personen mit Zusatzversicherung angefallen sind (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 11. September 2014, 2014/36, E. 4.9.2).

Zwischen den Verfahrensparteien ist streitig, ob die Mehrkosten für Leistungen an Personen mit Zusatzversicherung entsprechend dem Kostenausweis in den ITAR_K-Daten zu berücksichtigen sind oder ob stattdessen ein pauschaler Abzug vorzunehmen ist, und wenn ja, in welcher Höhe.

9.1.3.1 Ausführungen des KSW

Das KSW beantragt, für Leistungen an zusatzversicherten Personen die in den Kostenrechnungen ausgewiesenen Mehrkosten abzuziehen und nicht auf die von der GDK empfohlenen Pauschalabzüge von Fr. 800 für Personen mit Halbprivatversicherung und Fr. 1000 für Personen mit Privatversicherung abzustellen. Die Vornahme eines normativen Abzugs lasse sich nicht länger begründen, da die Spitäler ihre tatsächlichen Mehrkosten zwischenzeitlich durchgehend auf der Grundlage von ITAR_K und REKOLE ausweisen würden.

Eine im Rahmen der Dateneinsicht vom KSW vorgenommene Auswertung der GDK-Spitalkostendaten 2018 habe gezeigt, dass die tatsächlichen Mehrkosten für zusatzversicherte Personen (halbprivat und privat) lediglich bei höchstens Fr. 718 pro Fall (bzw. Fr. 605 pro schweregradbereinigten Fall) liegen. Eine analoge Auswertung der Daten des Vereins SpitalBenchmark würde entsprechende schweregradbereinigte Mehrkosten von Fr. 425 für Personen mit einer Halbprivatversicherung und von Fr. 569 für Personen mit einer Privatversicherung aufzeigen. Mit dem überhöhten GDK-Pauschalabzug von Fr. 800 bzw. Fr. 1000 pro Zusatzversicherungsfall würden den benchmarkingrelevanten Betriebskosten bis zu 53 Mio. Franken ungerechtfertigt entzogen. Dass die tatsächlichen Mehrkosten für Personen mit Zusatzversicherung heute tiefer seien, korreliere auch mit der seit Jahren sinkenden durchschnittlichen Aufenthaltsdauer stationärer Patientinnen und Patienten. Würden sich die behandelten Personen nicht mehr gleich lange im Spital aufhalten, so würden sich entsprechend auch ihre von der Aufenthaltsdauer abhängigen Mehrkosten reduzieren.

Für den Fall, dass die Festsetzungsbehörde an einem normativen Abzug für Zusatzversicherte festhalten wolle, beantragt das KSW, dass der Abzug transparent und auf Basis aktueller Kostendaten zu ermitteln und dem KSW zur Stellungnahme zu unterbreiten sei. Eventualiter sei die Datenbasis für den bisher praktizierten, normativen Abzug von Fr. 800 und Fr. 1000 für Personen mit Halbprivatversicherung und Privatversicherung zur Stellungnahme offenzulegen. Sollte die Festsetzungsbehörde weder auf die in den ITAR_K-Daten von den Spitälern ausgewiesenen, effektiven Mehrkosten abstützen, noch den Pauschalabschlag neu berechnen, sei ein Zuschlag zum Benchmark von Fr. 25 vorzunehmen.

9.1.3.2 Ausführungen der Versicherer-Gruppierungen

Alle Versicherer-Gruppierungen machen geltend, die Höhe der in den ITAR_K-Daten ausgewiesenen Mehrkosten für zusatzversicherte Personen streue stark. Dies weise darauf hin, dass diese Kosten von den Spitälern sehr unterschiedlich erfasst würden. Darüber hinaus seien diese Kosten nicht transparent ausgewiesen. Die tarifsuisse macht geltend, es sei kein plausibles Konzept erkennbar.

Alle Versicherer-Gruppierungen legen Dokumentationen zu ihrem Benchmarking vor. Diesen kann entnommen werden, dass die Versicherer-Gruppierungen den von der GDK empfohlenen pauschalen Abzug von Fr. 800 für Personen mit Halbprivat- und Fr. 1000 für Personen mit Privatversicherung vornehmen, sofern die vom Spital im ITAR_K ausgewiesenen Mehrkosten tiefer sind. Sind die in den ITAR_K-Daten von den Spitälern ausgewiesenen Kosten höher als der Normabzug gemäss GDK, so werden die höheren Kosten berücksichtigt.

Die tarifsuisse begründet dieses Vorgehen damit, dass gemäss Rechtsprechung normative Abzüge immer dann vorzunehmen seien, wenn keine transparenten Daten vorliegen würden. Zudem dürfe den Leistungserbringern aufgrund mangelnder Datentransparenz kein finanzieller Vorteil erwachsen, was die Berücksichtigung des jeweils höheren Abschlags rechtfertige. Die tarifsuisse und die CSS führen weiter aus, dass die Erträge aus dem Zusatzversicherungsgeschäft der Spitäler ein Vielfaches der Abzüge pro Fall betragen würden. Die tarifsuisse schlägt vor, dass alternativ zum Pauschalabzug auch auf einen Abzug der Erlöse aus dem Zusatzversicherungsgeschäft abgestellt werden könnte. Die CSS weist darauf hin, dass der pauschale Abschlag gemäss GDK-Empfehlung vom Bundesverwaltungsgericht geschützt worden sei und somit angewendet werden könne.

9.1.3.3 Empfehlung der Preisüberwachung

Die Preisüberwachung berücksichtigt für Personen mit Zusatzversicherung die in den ITAR_K-Daten von den Spitälern ausgewiesenen Mehrkosten und zieht diesen Betrag bei der Herleitung der benchmarkingrelevanten Betriebskosten ab. Bei Spitälern, die offensichtlich zusatzversicherte Patientinnen und Patienten behandeln, dafür jedoch keine Kosten ausweisen, nimmt die Preisüberwachung den normativen Abzug gemäss GDK-Empfehlung vor.

9.1.3.4 Rechtliches

Das Bundesverwaltungsgericht hält fest, dass Mehrkosten, die im Zusammenhang mit den Mehrleistungen für Personen mit Zusatzversicherung anfallen, nicht in den Vergleich der schweregradbereinigten Fallkosten einfliessen dürfen (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 11. September 2014, 2014/36, E. 4.9.2). Die Ermittlung der benchmarkingrelevanten Betriebskosten beruhe in der Praxis zum Teil auf tatsächlich angefallenen und exakt kalkulierbaren Ausgaben und zu einem nicht unbedeutenden Teil auf Annahmen, die Bestandteil jeder Kostenrechnung seien (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 11. September 2014, 2014/36, E. 6.3 f.). Im Leitentscheid über die Festsetzung des Basisfallwerts ab 2012 für die Stadtzürcher Spitäler Triemli und Waid hat das Bundesverwaltungsgericht die Methode des Abzugs

von Fr. 800 für Personen mit Halbprivatversicherung und Fr. 1000 für Personen mit Privatversicherung als vertretbar erachtet (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 11. September 2014, 2014/36, E. 15.6). Der entsprechende Abzug wurde vom Bundesverwaltungsgericht in der Folge verschiedentlich mit Verweis auf den Umstand geschützt, dass zur Bestimmung dieser Mehrkosten eine einheitliche und allseitig akzeptierte Methode anzustreben sei (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-3803/2013, C-3812/2013 vom 23. September 2015, E. 6.4.2 und 6.4.3).

Die GDK-Empfehlungen verweisen darauf, dass idealerweise bei der Ermittlung der benchmarkingrelevanten Betriebskosten die tatsächlichen Mehrkosten für Leistungen im Rahmen von Zusatzversicherungen in Abzug zu bringen wären. Allerdings sei ein normativer Abzug unumgänglich, da eine Kostenrechnung diese Anforderung nicht ausreichend erreichen könne. Vor diesem Hintergrund ist deshalb ein normativer Abzug sachgerecht, der auf die durchschnittlichen Fallkostenunterschiede zwischen ausschliesslich grundversicherten und zusatzversicherten Personen der einzelnen Spitäler abstellt. Dadurch wird sichergestellt, dass der Abzug der Kosten für die Leistungserbringung für Personen mit Zusatzversicherung nach einheitlicher Methode erfolgt. Dieser normative Abzug ist bei allen Spitälern vorzunehmen, und zwar unabhängig davon, ob spitalindividuell ein höherer oder tieferer Abzug in den ITAR_K-Daten deklariert wurde.

Dass der normative Abzug gerechtfertigt ist, ergibt sich auch aus Folgendem: Die Beilage zu diesem Regierungsratsbeschluss zeigt unter Ziff. 2 die Ergebnisse einer von der Gesundheitsdirektion vorgenommenen Auswertung bezüglich Mehrkosten von Personen mit Zusatzversicherung auf Grundlage der GDK-Spitalkostendaten 2018. Werden für jedes Spital die schweregradbereinigten Fallkosten zwischen Personen mit nur Grundversicherung und solchen mit Zusatzversicherung miteinander verglichen, bevor bei Letzteren ein Abzug für die entsprechenden Mehrkosten vorgenommen wird, so resultieren im Durchschnitt Mehrkosten von Fr. 858 für zusatzversicherte Personen (halbprivat und privat). Diese Auswertung entspricht bezüglich des Vorgehens grundsätzlich dem Vorgehen des KSW. Das unterschiedliche Ergebnis ist hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass vorliegend Spitäler von der Analyse ausgeschlossen werden, die für nur grundversicherte Fälle höhere schweregradbereinigte Fallkosten ausweisen als für Fälle mit Zusatzversicherung (vor Abschlag). Dies ist nicht plausibel, denn während an Personen mit und ohne Zusatzversicherung jeweils dieselben KVG-Leistungen zu denselben Kosten erbracht werden, fallen bei Personen mit Zusatzversicherung darüber hinaus Kosten für nicht KVG-pflichtige Leistungen an. Aus diesem Grund wurden insgesamt 39 Spitäler von der Auswertung der Mehrkosten für Personen mit Zusatzversicherung

ausgeschlossen. Entsprechend erscheint der von der GDK vorgeschlagene pauschale Abschlag von Fr. 800 für Personen mit Halbprivatversicherung und Fr. 1000 für Personen mit Privatversicherung als sachgerecht. Festzuhalten bleibt, dass diese 39 Spitäler allerdings nicht vom Benchmarking ausgeschlossen werden. Die Zuordnung der Kosten auf die Bereiche «KVG-Fälle mit nur Grundversicherung» und «KVG-Fälle mit Zusatzversicherung» ist bei diesen Spitälern zwar nicht plausibel, insgesamt jedoch sind deren Kosten plausibel genug, um in einem über hundert Spitäler umfassenden Benchmarking berücksichtigt zu werden.

In den GDK-Spitalkostendaten für 2018, die im vorliegend durchzuführenden Benchmarking zu berücksichtigen sind, sind für drei Spitäler die Fälle mit Halbprivatversicherung und Privatversicherung nicht differenziert ausgewiesen (Spitäler 51, 131 und 137). Ersatzweise ist bei diesen Spitälern für alle Fälle mit Zusatzversicherung ein Abschlag von Fr. 900 vorzunehmen, was dem Durchschnitt des Abschlags für Personen mit Halbprivatversicherung und für Personen mit Privatversicherung entspricht. Bei allen anderen Spitälern ist der differenzierte Abschlag von Fr. 800 bzw. Fr. 1000 vorzunehmen.

9.1.4 Gemeinwirtschaftliche Leistungen

Nach Art. 49 Abs. 3 KVG dürfen die Tarife der OKP keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten. Dazu gehören insbesondere die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen (Bst. a) sowie die Forschung und universitäre Lehre (Bst. b). Diese Kosten sind deshalb bei der Herleitung der benchmarkingrelevanten Betriebskosten auszuscheiden.

9.1.4.1 Ausführungen des KSW

Das KSW weist darauf hin, dass REKOLE-zertifizierte Spitäler eine detaillierte Erhebung über die Kosten für die universitäre Lehre und Forschung durchführen und diese Kosten auf einem eigenen Kostenträger ausweisen müssen. REKOLE sehe vor, dass die effektiv angefallenen Kosten für universitäre Lehre und Forschung ausgeschieden würden. Der nach der Grösse des Spitals abgestufte pauschale Abschlag der Preisüberwachung sei abzulehnen (berechnet als von der Grösse eines Spitals abhängigen Prozentsatz des Personalaufwands).

9.1.4.2 Ausführungen der tarifsuisse

Die tarifsuisse hält fest, dass die Kosten für universitäre Lehre und Forschung für jedes Spital individuell zu ermitteln und zu überprüfen seien. Eine blosse Bestätigung der Kostenermittlung gemäss REKOLE genüge dafür nicht, denn REKOLE gebe zur Ermittlung dieser Kosten keine präzise und überprüfbare Methode vor. Die Kosten für weitere gemeinwirtschaftliche Leistungen seien nicht überprüfbar, da sie lediglich aggregiert in einem einzigen Kostenträger ausgewiesen würden.

Weiter weist die tarifsuisse darauf hin, dass neben der universitären Lehre und Forschung auch andere Kosten für die Erbringung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen gemäss Art. 49 Abs. 3 Bst. a KVG nicht tarifrelevant seien. Dazu zähle insbesondere die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen. Daneben gebe es noch zahlreiche andere gemeinwirtschaftliche Leistungen wie Transplantationskoordination, Palliativpflege, Sozialdienst, Epidemievorsorge oder Rechtsmedizin.

Im Rahmen ihres Benchmarkings habe die tarifsuisse die Spitäler um Hintergrundinformationen zu den Kosten für universitäre Lehre und Forschung ersucht sowie erfragt, wie viele Stellenprozente für Assistenzärztinnen und Assistenzärzte vorhanden seien. Der grösste Teil der Spitäler habe diese Fragen aber nicht beantwortet. Deshalb nehme die tarifsuisse in ihrem Benchmarking weiterhin pauschale Abzüge für Kosten für universitäre Lehre und Forschung entsprechend der Methode der Preisüberwachung vor, und zwar bei jenen Spitälern, deren Kostenausweis in Bezug auf die universitäre Lehre und Forschung als intransparent erachtet werden. Davon werde abgewichen, wenn das Spital selbst einen noch höheren Abzug vornehme. Einzig bei den Universitätsspitälern sei immer auf die von den Spitälern ausgewiesenen Kosten abgestellt worden, selbst dann, wenn diese nicht transparent und nicht nachvollziehbar gewesen seien.

9.1.4.3 Ausführungen der HSK

Die HSK verweist bezüglich des Abzugs für universitäre Lehre und Forschung auf die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts, wonach grundsätzlich die tatsächlichen Kosten für universitäre Lehre und Forschung auszuscheiden seien. Die HSK äussert diesbezüglich aber auch Vorbehalte. Das Abstellen auf die ausgewiesenen Kosten für die universitäre Lehre und Forschung sei nicht in jedem Fall sachgerecht, da diese Kosten oft nicht genügend transparent ausgewiesen seien und deren Berechnungsmethode nicht bekannt sei.

Aufgrund der fehlenden Transparenz sei keine Möglichkeit gegeben, die ausgewiesenen Kosten für universitäre Lehre und Forschung vollumfänglich zu überprüfen. Soweit keine transparenten und überprüfbaren Daten vorhanden seien, sei ein normativer Abzug sachgerecht.

9.1.4.4 Ausführungen der CSS

Die CSS erläutert, dass sie grundsätzlich keine normativen Abzüge vornehme, wenn die Leistungserbringer die Kosten für universitäre Lehre und Forschung auf einem eigenen Kostenträger ausweisen würden. In ihrem Benchmarking nimmt die CSS deshalb einen normativen Abzug gemäss der Methode der Preisüberwachung vor, wenn ein Spital die Kosten für universitäre Lehre und Forschung nicht auf einem eigenen Kostenträger ausscheidet und wenn die andernorts ausgewiesenen Kosten tiefer ausfallen.

9.1.4.5 Empfehlung der Preisüberwachung

Die Preisüberwachung hält fest, dass die Kosten für universitäre Lehre und Forschung in den Kostenrechnungen der Spitäler im ITAR_K-Format auf einem separaten Kostenträger ausgewiesen und somit bereits ausgeschieden sein sollten. Bei Spitälern, die diese Vorgabe jedoch nicht befolgten, seien bei der Herleitung der benchmarkingrelevanten Betriebskosten die Kosten für universitäre Lehre und Forschung anteilsmässig abzuziehen. Bei Spitälern, die keine Kosten für universitäre Lehre und Forschung ausweisen, nimmt die Preisüberwachung einen normativen Abzug vor. Die Preisüberwachung berechnet diesen als Anteil am Personalaufwand (ohne Arzthonorare) eines Spitals und in Abhängigkeit von dessen Grösse, gemessen an der Bettenzahl: Bei Spitälern mit 1–74 Betten beträgt der Abzug 0,8%, bei Spitälern mit 75–124 Betten 1,5% und bei Spitälern mit 125 und mehr Betten 3,5% der Personalkosten.

9.1.4.6 Rechtliches

Die Kosten gemeinwirtschaftlicher Leistungen sind nach Art. 49 Abs. 3 KVG nicht von der OKP zu tragen. Da auch im Betriebsvergleich nur Kosten der OKP-Leistungen zu berücksichtigen sind, müssen die Kosten gemeinwirtschaftlicher Leistungen vor dem Vergleich ausgeschieden werden. Zu den gemeinwirtschaftlichen Leistungen gehören nach Art. 49 Abs. 3 KVG Spitalkapazitäten, die ausschliesslich aus regionalpolitischen Gründen aufrechterhalten werden, sowie Kosten für Forschung und universitäre Lehre. Die Aufzählung ist nicht abschliessend (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 11. September 2014, 2014/36, E. 4.9.3).

Die Spitäler sind verpflichtet, die Kosten für OKP-pflichtige Leistungen transparent auszuweisen. Es steht ihnen nicht frei, ob sie die Kosten für Forschung und universitäre Lehre ausscheiden wollen oder einen normativen Abzug bevorzugen (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 7. April 2014, 2014/3, E. 6.4.4). Ein normativer Abzug ist nur dann vorzunehmen, wenn es nicht gelingt, die entscheiderheblichen Daten zu erhalten. In diesem Fall muss der normative Abzug so angesetzt sein, dass das Spital mit Sicherheit keinen Vorteil daraus ziehen kann, dass es keine transparenten Daten geliefert hat (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 7. April 2014, 2014/3, E. 6.5).

In einem jüngeren Urteil vom 15. Mai 2019 (C-4374/2017, C 4461/2017, E. 7.3.4.3) weist das Bundesverwaltungsgerichts darauf hin, dass nach wie vor Richtlinien fehlen würden, nach welcher Methode und nach welchen Kriterien gemeinwirtschaftliche Kosten auszuscheiden seien. Auch fehlten insgesamt normative Vorgaben des Verordnungsgebers zur Kosten- und Leistungsermittlung. Solange diese Vorgaben fehlen würden, dürfe bei der Prüfung des Vorgehens der Vorinstanz kein zu strenger Massstab angelegt werden.

Die Diskussion der Parteien bezüglich der gemeinwirtschaftlichen Leistungen beschränkt sich im Wesentlichen auf die Thematik der Forschung und der universitären Lehre. Unbestritten ist dabei, dass die Kosten für universitäre Lehre und Forschung bei der Herleitung der benchmarkingrelevanten Kosten auszuscheiden sind. Umstritten ist jedoch, ob dabei auf die von den Spitälern ausgewiesenen Kosten abgestellt werden soll oder ob in gewissen Fällen ein normativer Abzug vorzunehmen ist. Schliesslich ist umstritten, wie dieser allfällige normative Abzug zu berechnen ist. Zu entscheiden ist, inwiefern die genannten Streitpunkte im Rahmen der GDK-Spitalkostendaten zu berücksichtigen sind.

Weder das KVG, die VKL noch die Rechtsprechung machen detaillierte, direkt umsetzbare Vorgaben zur Erfassung und zum Ausweis der Kosten für universitäre Lehre und Forschung in den Spitälern. Ersatzweise beschreibt das Handbuch REKOLE über das betriebliche Rechnungswesen im Spital eine Herangehensweise zur Ermittlung dieser Kosten, beispielsweise wie Sach- und Raumkosten der Muss-Kostenstelle Forschung und universitäre Lehre zuzuordnen sind (Pascal Besson, REKOLE® Betriebliches Rechnungswesen im Spital, 5. Ausgabe, 2018, Kapitel 9, S. 9). Auch wenn das Handbuch gesetzliche oder tarifpartnerschaftlich festgehaltene Vorgaben nicht ersetzen kann, so schafft REKOLE dennoch die Voraussetzung dafür, dass die Spitäler ihre Kosten für Forschung und universitäre Lehre nach möglichst einheitlicher Methode sachgerecht erfassen und ausweisen. Die GDK empfiehlt deshalb, im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung die von den Spitälern ausgewiesenen Kosten für Forschung und universitäre Lehre zu berücksichtigen, sofern diese entsprechend den Vorgaben von REKOLE und ITAR_K erfasst und auf einem eigenen Kostenträger aufgeführt worden sind. Dies solle sich der Standortkanton bestätigen lassen, und zwar auch dann, wenn in einem Spital keine Kosten für universitäre Lehre und Forschung anfallen. Falls die Kosten für Forschung und universitäre Lehre nur teilweise auf einem eigenen Kostenträger ausgeschieden worden sind, empfiehlt die GDK, den Restbetrag anteilsmässig bei der Herleitung der benchmarkingrelevanten Betriebskosten in Abzug zu bringen (vgl. GDK, Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung vom 27. Juni 2019, Empfehlung 4). Diese Variante ist auch im ITAR_K-Format für die Kostenrechnung implementiert: Kosten für universitäre Lehre und Forschung, die nicht auf einem separaten Kostenträger ausgewiesen werden, jedoch andernorts summarisch aufgeführt sind, werden entsprechend dem Anteil der Nettobetriebskosten des akutstationären KVG-Bereichs an den gesamten Nettobetriebskosten diesem Bereich zugeordnet und in Abzug gebracht. Auch die Preisüberwachung akzeptiert dieses Vorgehen. Vor diesem Hintergrund ist vorliegend auf die von den Spitälern ausgewiesenen Kosten für universitäre Lehre und Forschung abzustellen.

Die tarifsuisse und die HSK erhöhen in ihren eigenen Benchmarkberechnungen bei rund der Hälfte aller Spitäler deren (in den ITAR_K-Daten) ausgewiesene Kosten für universitäre Lehre und Forschung auf das Niveau des Normabschlags gemäss Preisüberwachung. Damit wird unterstellt, dass viele Spitäler zu tiefe Kosten für universitäre Lehre und Forschung ausgeschieden hätten. Dies wird jedoch nicht substantiiert. Die tarifsuisse rechtfertigt hohe Kostenabschläge für universitäre Lehre und Forschung damit, dass diese verhindern, dass Spitäler einen Vorteil aus intransparenten Kostendaten ziehen können. Im System der seit 2012 umgesetzten Spitalfinanzierung, in dem bei der Tarifierung auf einen Betriebsvergleich und nicht mehr auf die Kosten des einzelnen Spitals abgestellt wird, sind indessen vor dem Benchmarking keine Intransparenzabzüge mehr vorzunehmen (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 7. April 2014, 2014/3, E. 9.2.2). Weiter trägt der von der Preisüberwachung vorgeschlagene normative Abschlag nach Anzahl Betten eines Spitals der spitalindividuellen Situation bezüglich Forschung und universitären Lehre nicht Rechnung. Auch das Bundesverwaltungsgericht stellt diese Methode infrage (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 11. September 2014, 2014/36, E. 16.1.8); die GDK erachtet den so berechneten normativen Abschlag als zu hoch (vgl. GDK, Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung vom 27. Juni 2019, Ziff. 2.2.3). Alternativ dazu empfiehlt die GDK für den Fall, dass die Kosten für universitäre Lehre und Forschung nicht auf einem eigenen Kostenträger ausgewiesen sind, pro volle Assistenzarztstelle Normkosten von Fr. 15 000 in Abzug zu bringen (vgl. GDK, Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung vom 27. Juni 2019, Empfehlung 4 dritter Absatz). Ein solches Vorgehen wird im Grundsatz auch vom Bundesverwaltungsgericht gestützt (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 11. September 2014, 2014/36, E. 16.1.9, siehe auch E. 6.2), weshalb sich auch vorliegend eine entsprechende Umsetzung rechtfertigt. In den GDK-Spitalkostendaten hat ein Kanton beim Spital 16 einen entsprechenden Kostenabschlag vorgenommen, weil das Spital die Kosten für universitäre Lehre und Forschung nicht auf einem eigenen Kostenträger ausgewiesen hat. Die Kostendaten dieses Spitals sind mit dieser Korrektur zu berücksichtigen.

9.1.5 Bewertung der Anlagenutzungskosten

Zur sachgerechten Beurteilung der Effizienz eines Spitals sind auch die Anlagenutzungskosten zu berücksichtigen (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 11. September 2014, 2014/36, E. 4.9.5). Der Bundesrat hat die Anforderungen an die Anlagebuchhaltung und die Bewertung der Anlagen in der VKL präzisiert. Vorliegend ist zwischen den Verfahrensparteien streitig, ob für den Betriebsvergleich zur Ermittlung der Kosten einer effizienten Leistungserbringung der Ausweis der Anlagenutzungskosten gemäss den Vorgaben der VKL sachgerecht ist oder ob Korrekturen bzw. ein alternativer Ausweis der Anlagenutzungskosten angezeigt sind.

9.1.5.1 Ausführungen des KSW

Aus Sicht des KSW sind die vom Bundesrat in der VKL aufgestellten Bewertungsregeln für die Schweizer Spitalbranche problematisch. Diese Bewertungsregeln sehen unter anderem vor, dass alte Anlagen höchstens zu ihrem finanzbuchhalterischen Restwert bewertet werden und zudem keine Abschreibungen unter null vorgenommen werden dürfen. Mit dem Abstellen auf die Buchwerte aus der Finanzbuchhaltung führe der Bundesrat ein effizienzfremdes Kriterium in die Ermittlung der benchmarkingrelevanten Kosten ein, da die ausgewiesenen Buchwerte von spitalindividuellen Zufälligkeiten wie rechtsformspezifische Abschreibungsregeln oder steuerliche Überlegungen abhängen würden. Dies reflektiere aber den wirtschaftlichen Wert der tatsächlich genutzten Anlagen nicht, da die heute genutzten Anlagen in der Buchhaltung vielfach bereits auf null abgeschrieben worden seien. Dadurch würden Spitäler, deren Infrastruktur in der Finanzbuchhaltung (vorzeitig) abgeschrieben worden sei, Anlagenutzungskosten von null aufweisen und würden damit fälschlicherweise zum Benchmark für alle anderen Spitäler, den diese aufgrund ihrer noch nicht abgeschriebenen Infrastruktur – trotz hoher Effizienz – gar nicht erreichen könnten. So rechnet das KSW nach der Inbetriebnahme und Aktivierung seines Neubaus mit einem um rund Fr. 400 höheren Verlust pro Patientin oder Patienten als bisher. Solange kein standardisiertes Vorgehen bestehe, um für alle Spitäler die Infrastruktur vergleichbar zu bewerten, sei es sachgerechter, im Benchmarking die Anlagenutzungskosten nach den Vorgaben von REKOLE als nach den Vorgaben der VKL zu berücksichtigen.

Falls die Festsetzungsbehörde auf den Ausweis der Anlagenutzungskosten gemäss der VKL abstellen werde, seien Korrekturmassnahmen zu treffen und jene Spitäler vom Benchmarking auszuschliessen, bei welchen der Anteil der Anlagenutzungskosten an den Gesamtkosten weniger als 5% betrage. Konkret seien in den GDK-Daten die Spitäler 1, 4, 20, 24, 33, 37, 68, 71, und 104 vom Benchmarking auszuschliessen. Prominentes Beispiel eines solchen Spitals sei das Spital 24, dessen Spitalgebäude bis 2012 vom Kanton finanziert worden sei. Da diese Spitalgebäude auch nach 2012 nicht dem Spital übertragen worden seien, würden sie vom Spital auch nicht bilanziert. Erst mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung verbuche das Spital seine Neuinvestitionen als Sachanlagen. Die in den ITAR_K-Daten 2018 ausgewiesenen Anlagenutzungskosten von Fr. 12 856 909 bzw. 4,4% der Gesamtkosten entsprächen deshalb in keiner Weise den realen Anlagenutzungskosten (nach REKOLE Fr. 25 910 307) des Spitals 24. Darüber hinaus sei festzuhalten, dass die Anlagenutzungskosten dieses Spitals, wie sie in den ITAR_K-Daten ausgewiesen seien, einen markanten Unterschied zu den Daten in der Anlagebuchhaltung aufweisen würden (wo lediglich Anlagenutzungskosten von 3,56 Mio. Franken gemäss VKL ausgewiesen seien, dafür aber ganze 57 Mio. Fran-

ken an Anlagenutzungskosten gemäss REKOLE), was aufgrund mangelhafter Transparenz als solches einen Ausschluss aus dem Benchmarking angezeigt erscheinen lasse.

9.1.5.2 Ausführungen der tarifsuisse

Die tarifsuisse hält fest, die Anlagenutzungskosten seien auf der Basis der geltenden gesetzlichen Bestimmungen der VKL zu ermitteln. Das Abstellen auf andere Grundlagen wie zum Beispiel REKOLE verstosse gegen geltendes Recht. Weiter gebe es aufgrund von regen Bautätigkeiten immer mehr Spitäler mit enorm hohen Anlagenutzungskosten, die den Benchmark anheben würden. Vor diesem Hintergrund sei der Ausschluss von Spitälern mit einem Anteil der Anlagenutzungskosten an den Gesamtkosten von unter 5%, wie es das KSW fordere, nicht angezeigt. Im Übrigen habe auch die GDK festgestellt, dass aufgrund der Vorgaben der VKL «zu tief» ausgewiesene Anlagenutzungskosten das Benchmarking seit 2012 nicht wesentlich verzerren würden, weshalb im Benchmarking die nach den Anforderungen der VKL ermittelten Anlagenutzungskosten zu berücksichtigen seien. Im Gegensatz zu den Vorgaben der VKL sei REKOLE ein spitalseitig aufgestelltes Modell und vertrete daher subjektive Parteiinteressen.

9.1.5.3 Ausführungen der HSK

Die HSK führt an, für die Berechnung der benchmarkingrelevanten Betriebskosten sei die Bewertung der Anlagenutzungskosten gemäss den Vorgaben der VKL zwingend. In den Datengrundlagen der Spitäler für das Benchmarking habe die HSK keine Indizien auf Überabschreibungen festgestellt. Die Spitäler seien verpflichtet, die erwartete Amortisationsdauer anzuwenden. Die HSK werte die zeitlichen Entwicklungen der Anlagenutzungskosten der einzelnen Spitäler aus und Auffälligkeiten würden mit dem betroffenen Spital plausibilisiert. Zudem fordere sie für die Überprüfung der Datenkorrektheit jährlich die Anlagebuchhaltung ein, welche die Spitäler im Rahmen der Krankenhausstatistik an das Bundesamt für Statistik (BFS) liefern würden.

Die HSK schliesst im eigenen Benchmarking keine Spitäler aufgrund tiefer Anlagenutzungskosten aus. Die Spitäler unterhalb des Benchmarks würden einen Anteil der Anlagenutzungskosten zwischen 3% und 16% an den Gesamtkosten ausweisen. Der durchschnittliche Anteil der Anlagenutzungskosten an den Gesamtkosten der Spitäler mit schweregradbereinigten Fallkosten unter dem Benchmark liege bei 8,8%. Über alle Spitäler betrachtet, liege dieser Anteil bei 7,3%. Das bedeute, dass auch Spitäler, die kürzlich erst investiert hätten und somit einen hohen Anteil an Anlagenutzungskosten ausweisen, gemäss Benchmarking der HSK ihre gesamten Kosten (Betriebs- und Anlagenutzungskosten) decken könnten. Der hergeleitete Benchmark sei trotz Abstützen auf die VKL-Regelung nicht zu tief und verunmögliche insbesondere nicht,

dass auch weiterhin notwendige Investitionen abgedeckt werden könnten. Vor diesem Hintergrund müssten keine speziellen Regeln bezüglich der Anlagenutzungskosten bzw. bei der Festlegung des relevanten Perzentils als Benchmark berücksichtigt werden.

9.1.5.4 Ausführungen der CSS

Die CSS führt aus, dass es sich bei der VKL um eine Verordnung handle, die vom Bundesrat erlassen wurde und somit anzuwenden sei. Sie lehne es ab, Leistungserbringer aus dem Benchmarking auszuschliessen, weil diese nach Auffassung des KSW zu tiefe Anlagenutzungskosten nach VKL ausweisen würden.

Weiter sei festzuhalten, dass die Anlagenutzungskosten mit der VKL gesamtschweizerisch einheitlich erfasst würden, was im Hinblick auf ein gesamtschweizerisch einheitliches Benchmarking vom Gesetzgeber im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung geplant und auch ausdrücklich beabsichtigt sei. Sollten im Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen Spitalfinanzierung die betriebsnotwendigen Anlagen in den Kantonen teilweise unterschiedlich bewertet oder bereits auf null abgeschrieben gewesen sein, hätten diese Unterschiede im Zeitpunkt des Systemwechsels für den Einzelfall in den jeweiligen Kantonen – allerdings ausserhalb der obligatorischen Krankenversicherung – entsprechend berücksichtigt werden müssen. Eine nachträgliche, doppelte Abgeltung durch die OKP entbehre jeglicher Grundlage. Mit der VKL sollte im neuen System der Spitalfinanzierung die Erfassung von Abschreibungen gesamtschweizerisch einheitlich erfolgen, unabhängig davon, wie die Abschreibungspolitik in den Kantonen im Vorfeld gehandhabt worden sei. Die Anlagenutzungskosten seien somit ausschliesslich nach geltendem Recht zu erfassen. Ein weitergehender Spielraum in der Berücksichtigung von Anlagenutzungskosten bestehe nicht, insbesondere sei eine Korrektur durch die Festsetzungsbehörde nicht erforderlich. Auch die in die Vernehmlassung gegebene Vorlage zur Änderung der KVV betreffend Ergänzung der Grundsätze zur Tarifermittlung sehe in diesem Bereich keine Änderung vor.

9.1.5.5 Empfehlung der Preisüberwachung

Die Preisüberwachung berücksichtigt bei der Herleitung der benchmarkingrelevanten Betriebskosten den Ausweis der Anlagenutzungskosten gemäss den Vorgaben der VKL.

9.1.5.6 Rechtliches

Art. 49 Abs. 7 KVG bestimmt, dass die Spitäler nach einheitlicher Methode zur Ermittlung ihrer Betriebs- und Investitionskosten und zur Erfassung ihrer Leistungen eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik führen müssen. Art. 8 Abs. 1 VKL konkretisiert, dass mit den genannten Investitionen die Anlagenutzungskosten für «Mobilien, Immobilien und sonstigen Anlagen» gemeint sind, die zur Erfüllung der Be-

handlung von Personen mit einer OKP-Versicherung notwendig sind. Im System der neuen Spitalfinanzierung sind die Anlagenutzungskosten mit den Fallpauschalen abzugelten und deshalb im Betriebsvergleich im Rahmen der Tarifierung relevant (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 11. September 2014, 2014/36, E. 4.9.5). Um die Anlagenutzungskosten zu ermitteln, müssen die Spitäler eine Anlagebuchhaltung führen (Art. 10 Abs. 5 VKL). Die Anforderungen an diese Anlagebuchhaltung werden in Art. 10a VKL präzisiert. Die Anlagen dürfen höchstens mit ihrem Anschaffungswert berücksichtigt werden (Abs. 2). Die maximalen jährlichen Abschreibungen berechnen sich bei linearer Abschreibung vom Anschaffungswert über die geplante Nutzungsdauer auf den Restwert Null (Abs. 3). Die kalkulatorische Verzinsung der betriebsnotwendigen Anlagen erfolgt nach der Durchschnittswertmethode. Der Zinssatz beträgt 3,7% (Abs. 4). Besondere Regeln gelten für Investitionen in Anlagen, die vor dem Übergang zur Vergütung der Spitäler mittels leistungsbezogener Pauschalen (im Kanton Zürich vor dem 1. Januar 2012) getätigt wurden. Anlagen dürfen nach den Schlussbestimmungen zur Änderung der VKL vom 22. Oktober 2008 höchstens zu dem im Zeitpunkt des Übergangs in der Anlagebuchhaltung erfassten Buchwert in die Kostenermittlung einbezogen werden (Abs. 2). Die Abschreibungen haben von diesem Buchwert zu erfolgen; dasselbe gilt für die kalkulatorischen Zinsen, die ausgehend vom Buchwert nach der Durchschnittswertmethode zu ermitteln sind (Abs. 3).

Diese Vorgaben der VKL sind bei der Erfassung der Anlagenutzungskosten einzuhalten, zumal die Verordnung mit der Bestimmung der genannten Kosten die Bildung von Kennzahlen (Art. 2 Abs. 2 Bst. a VKL) und Betriebsvergleiche auf überkantonaler Ebene zur Beurteilung von Kosten und Leistungen (Art. 2 Abs. 2 Bst. b VKL) beabsichtigt. Für die Festsetzungsbehörde besteht somit kein Spielraum, im Rahmen eines Benchmarkings und der Herleitung eines Benchmarks von dieser Vorgabe abzuweichen. Dies gilt insbesondere auch in übergangsrechtlicher Hinsicht, zumal die Abschreibungsregeln bezüglich Übergang zur neuen Spitalfinanzierung in den Schlussbestimmungen zur Änderung der VKL vom 22. Oktober 2008 im Detail geregelt wurden.

Dass in Einzelfällen bei Spitälern bezüglich Bewertung, Fallzahlen oder Periodenabgrenzungen Verzerrungen vorliegen können bzw. unterschiedliche Interpretationen möglich sind, welche die Kosten nach oben oder nach unten verändern, kann niemals vollständig ausgeschlossen werden. Diesem Umstand wird indessen mit der Anwendung der Methode eines Benchmarkings und einer möglichst breiten Datengrundlage Rechnung getragen. Fallen bei einem Spital Kostenabweichungen aufgrund verzerrender Effekte nach oben oder nach unten aus, so spielt das bei der Bestimmung des Benchmarks für ein effizientes Spital nur eine untergeordnete Rolle. Bezüglich der Bewertung von Sachanlagen liegen zudem keine Belege für eine systematische Unterbewertung vor.

Festzuhalten bleibt, dass die Bewertung der Sachanlagen in den Finanzbuchhaltungen der Spitäler jährlich durch die zuständige Revisionsstelle geprüft wird.

9.1.6 Herleitung des benchmarkingrelevanten Basiswerts

Zwecks Bestimmung des benchmarkingrelevanten Basiswerts sind für jedes Spital die in den ITAR_K-Daten ausgewiesenen totalen Kosten für die Leistungserbringung im Bereich der OKP, die mittels SwissDRG-Fallpauschalen zu vergüten sind, zu bereinigen. Der Basiswert entspricht den Kosten für die Behandlung eines durchschnittlichen Falls, die gemäss KVG zu vergüten sind. Anhand dieses Werts erfolgt der Betriebsvergleich. Entsprechend den Empfehlungen der GDK und unter Berücksichtigung der vorstehend gemachten Erwägungen ist für jedes Spital folgendermassen vorzugehen:

Herleitung der schweregradbereinigten Fallkosten pro Spital (benchmarkingrelevanter Basiswert)

Total Kosten gemäss Betriebsbuchhaltung in Franken gemäss Kostenausweis ITAR_K
./. Anlagenutzungskosten nach REKOLE gemäss Kostenausweis ITAR_K + Anlagenutzungskosten nach VKL gemäss Kostenausweis ITAR_K
Total Kosten gemäss Betriebsbuchhaltung (einschliesslich Anlagenutzungskosten nach VKL)
./. Kosten, die fälschlicherweise auf den benchmarkingrelevanten Kostenträgern geführt werden (z.B. Forschung und universitäre Lehre oder weitere GWL) ./. Kosten für direkt an Patientinnen und Patienten verrechnete Zusatzleistungen (Kontengruppe 65) + Finanzerträge (Erlöse Kontengruppe 66), falls in der Kostenstellenrechnung kostenmindernd verbucht ./. Kosten für zusätzlich vergütete Leistungen (z.B. unbewertete DRG und bewertete und unbewertete Zusatzentgelte SwissDRG [Dialyse, Kunstherzen], andere Sonderentgelte) ./. Kosten für Arzthonorare für zusätzliche Leistungen bei zusatzversicherten Personen ./. Mehrkosten bei Leistungen für zusatzversicherte Personen ./. Zinsaufwand auf Umlaufvermögen
Total Kosten gemäss Betriebsbuchhaltung bereinigt vor Aufrechnung kalkulatorische Zinsen
+ Verzinsung Umlaufvermögen (kalkulatorisch), gemäss der Methode der Preisüberwachung
benchmarkingrelevante Betriebskosten
Case Mix (bewertete, stationäre Fälle)
schweregradbereinigte Fallkosten (benchmarkingrelevante Betriebskosten dividiert durch den Case Mix)

Eine tabellarische Übersicht über die – entsprechend dem obigen Beispiel angepassten – schweregradbereinigten Fallkosten sämtlicher im Benchmarking berücksichtigten Spitäler ist in Ziff. 3 der Beilage zu diesem Regierungsratsbeschluss aufgeführt.

9.2 Benchmarking: Durchführung des Betriebsvergleichs

Auf der Grundlage der in der Beilage zu diesem Regierungsratsbeschluss vorliegenden schweregradbereinigten Fallkosten der Spitäler ist mittels eines Betriebsvergleichs (Benchmarking) zu entscheiden, wie hoch der festzusetzende Basispreis sein muss, damit er die Kosten für eine effiziente Leistungserbringung in der notwendigen Qualität deckt (vgl. Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG und Art. 59c Abs. 1 KVV).

9.2.1 Ein- oder Ausschluss der Geburtshäuser

Zwischen den Verfahrensparteien ist streitig, ob im Benchmarking die Geburtshäuser auszuschliessen sind oder nicht.

9.2.1.1 Ausführungen des KSW

Das KSW argumentiert, die Geburtshäuser seien aus dem Benchmarking auszuschliessen. Diese würden in Art. 35 Abs. 2 KVG als klar von den Spitälern gesonderte Leistungserbringerkategorie aufgeführt. Als solche müssten sie auch nicht die gleich hohen Anforderungen an die Infrastruktur erfüllen und keine dauernde ärztliche Versorgung sicherstellen wie die Spitäler, da sie für Geburten ohne vorhersehbare Komplikationen vorgesehen seien. Im Spital würde die Geburt unter ärztlicher Aufsicht stattfinden, selbst wenn der Arzt nicht eingreifen müsse. Nur bei Komplikationen könne eine andere Fallgruppe mit einem höheren Kostengewicht abgerechnet werden, ansonsten blieben solche Vorhalteleistungen unvergütet. Deshalb würden in den Geburtshäusern weniger hohe Kosten anfallen als in den Akutspitälern. Dennoch würden sie dieselben DRGs mit denselben Kostengewichten abrechnen wie die Spitäler. Gemäss den Empfehlungen der GDK seien die Geburtshäuser nicht in das Benchmarking für Akutspitäler einzubeziehen. Indem der Bundesrat in seinem Betriebsvergleich nach Art. 49 Abs. 8 KVG die Geburtshäuser in das Benchmarking einbeziehe, vergleiche er «Äpfel mit Birnen», was zulasten der Spitäler gehe, weil dadurch der Benchmark nach unten verzerrt werde.

9.2.1.2 Ausführungen der tarifsuisse

Die tarifsuisse ist der Auffassung, dass ein schweizweites Benchmarking unter Einbezug aller Spitalkategorien erfolgen müsse. Ein Ausschluss der Geburtshäuser gehe weder aus dem Gesetz noch aus der Rechtsprechung hervor. Solange die Geburtshäuser über die SwissDRG-Tarifstruktur abgegolten würden, seien auch deren Kosten im Benchmarking zu berücksichtigen. Die Geburtshäuser könnten nur bestimmte DRGs abrechnen, nämlich genau jene, die per Definition keine ärztliche Leistung umfassen würden. Der Umstand, dass ein Geburtshaus keine Ärztinnen und Ärzte angestellt habe, sei somit in der Tarifstruktur berücksichtigt. Risikoreiche Geburten, die im Spital durchgeführt werden müssten, hätten entsprechend ein höheres Kostengewicht und würden besser entschädigt.

9.2.1.3 Ausführungen der HSK

Die HSK beantragt, die Geburtshäuser im Benchmarking zu berücksichtigen, da sie auf den kantonalen Spitallisten aufgeführt seien und den für die Leistungserbringung erforderlichen Aufwand an Personal und Infrastruktur ebenso wie jedes andere Spital auch erbringen würden. Die Geburtshäuser würden bei der Verrechnung der Leistungen für Geburten die gleiche Tarifstruktur und die gleichen Kostengewichte wie alle anderen Akutspitäler anwenden. Dass sich der Fokus der Geburtshäuser auf ein bestimmtes Behandlungsspektrum richte, rechtfertige keinen Ausschluss aus dem Benchmarking.

9.2.1.4 Ausführungen der CSS

Die CSS führt aus, der Gesetzgeber habe mit der neuen Spitalfinanzierung seit 2012 beabsichtigt, sämtliche Leistungserbringer unabhängig der zugehörigen Spitalkategorie in das gesamtschweizerische Benchmarking miteinzubeziehen. Das Bundesverwaltungsgericht habe dabei lediglich für die Einführungsphase entschieden, die Geburtshäuser infolge Abbildungsschwierigkeiten in der Tarifstruktur vom Benchmarking auszuschliessen. Ab SwissDRG Version 6.0 würden die Kosten genügend transparent abgebildet. Durch die Anpassungen des SwissDRG-Fallpauschalenkatalogs würden die Spitäler insofern bessergestellt, als die infolge höherer Komplexität anfallenden Kosten mit einem höheren Kostengewicht fallgerechter abgebildet und verrechnet werden könnten. Ein Ausschluss der Geburtshäuser aus dem Benchmarking sei damit weder angezeigt noch gerechtfertigt.

9.2.1.5 Empfehlung der Preisüberwachung

Die Preisüberwachung empfiehlt, im Benchmarking alle Spitäler, einschliesslich Geburtshäuser und Universitätsspitäler, zu berücksichtigen. In der Einführungsphase der SwissDRG-Tarifstruktur sei es sinnvoll gewesen, für Universitätsspitäler ein separates Benchmarking durchzuführen. Seit 2016 sei die Tarifstruktur ausgereift, bilde die Kosten der Leistungserbringung differenziert ab und umfasse auch viele Zusatzentgelte für besonders teure Medikamente, Implantate und Verfahren. Kostenunterschiede zwischen den Spitälern würden somit in der Tarifstruktur mittels differenzierter Kostengewichte und Zusatzentgelten abgebildet.

9.2.1.6 Rechtliches

Mit der auf den 1. Januar 2009 in Kraft getretenen Teilrevision des KVG wurden die Geburtshäuser neu als Leistungserbringer zulasten der OKP zugelassen (Art. 35 Abs. 2 Bst. i KVG; Änderung vom 21. Dezember 2007, AS 2008 2049, 2051). Geburtshäuser gelten seitdem als eigenständig erwähnte Leistungserbringerkategorie und müssen nicht die für

Spitäler erforderliche Infrastruktur aufweisen (vgl. Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, 3. Aufl. 2016, S. 669 Rz. 853).

Nach Art. 49 Abs. 8 KVG ordnet der Bundesrat in Zusammenarbeit mit den Kantonen schweizweit Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an, insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität. Allerdings gibt das KVG darüber hinaus keinen Aufschluss darüber, wie genau diese Betriebsvergleiche durchzuführen sind (Eugster, a.a.O., S. 731 Rz. 1083).

Gemäss der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts ist beim Betriebsvergleich idealerweise von einer Vollerhebung der Daten aller in der Schweiz im massgebenden Bereich (Akutsomatik) tätigen Leistungserbringer auszugehen (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 11. September 2014, 2014/36, E. 4.3). Das System der einheitlichen Tarifstruktur eröffne grundsätzlich die Möglichkeit von Betriebsvergleichen über die Grenzen der Spitalkategorien hinaus (E. 3.8). Zudem stehe die Bildung von Benchmarkinggruppen im Widerspruch zur Grundidee eines schweizweiten, möglichst breit abgestützten Betriebsvergleichs (E. 6.6.1). Hingegen sei in begründeten Einzelfällen unter Umständen der spezifischen Situation eines Leistungserbringers Rechnung zu tragen, sodass ausgehend vom Referenzwert differenzierte Basisfallwerte festgesetzt oder verhandelt werden dürften (E. 6.8).

Vor diesem Hintergrund sind grundsätzlich sämtliche Leistungserbringer aller Spitalkategorien im akutsomatischen Bereich im Betriebsvergleich zu berücksichtigen. Ein Ausschluss der Geburtshäuser vom Benchmarking wäre nur dann gerechtfertigt, wenn die SwissDRG-Tarifstruktur das Ausmass der eingesetzten Mittel der gesamten Leistungserbringung von Geburtshäusern im Vergleich zu anderen Akutspitälern nicht sachgerecht abbilden und dadurch der Benchmark so verzerrt würde, sodass daraus kein sachgerechter Basisfallwert für das KSW abgeleitet werden könnte.

Das vorgesehene Benchmarking umfasst 140 akutsomatische Leistungserbringer. Zehn davon sind Geburtshäuser. Wird der Benchmark mit einer Gewichtung nach Anzahl Fällen bzw. nach Case Mix gesetzt, zeigt sich, dass der Ein- bzw. Ausschluss der Geburtshäuser das Ergebnis des Benchmarkings kaum beeinflusst. Nicht Gegenstand dieses Verfahrens ist hingegen, ob der abgeleitete Benchmark auch für Geburtshäuser und für andere im Benchmarking enthaltene Spitalkategorien zu sachgerechten Ergebnissen führt bzw. ob es sich damit um die von der Rechtsprechung erwähnten Einzelfälle handelt, bei denen differenzierte Basisfallwerte umzusetzen wären. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich ein Ausschluss der Geburtshäuser vom Benchmarking vorliegend nicht rechtfertigt.

9.2.2 Festlegung der Gewichtung und des Perzentils: Massstab für effiziente Leistungserbringung

Im Rahmen der vorstehenden Erwägungen wurde festgelegt, welche Spitäler im Benchmarking berücksichtigt und wie deren benchmarkingrelevante Basiswerte bestimmt werden. Im nachfolgenden Benchmarking sind nun die Spitäler anhand dieser Werte aufsteigend zu sortieren. Danach ist der Effizienzmassstab anzulegen: Es ist zu entscheiden, welches Spital den Benchmark bildet, an welchem sich die Tarife für alle Spitäler zu orientieren haben. Dabei ist erstens umstritten, ob die Verteilung der schweregradbereinigten Fallkosten über die einzelnen Spitäler (Gewichtung nach Anzahl Spitälern, und zwar unabhängig von deren Grösse) oder über das Total der Anzahl Fälle pro Spital (Gewichtung nach Anzahl Fällen) oder nicht nur über die Anzahl Fälle, sondern über die Summe von deren Kostengewichten (Gewichtung nach Case Mix) erfolgen soll. Beim Benchmarking nach Anzahl Spitälern zählt jedes Spital gleich viel. Bei einem nach Fällen oder Case Mix gewichteten Benchmarking zählt jeder behandelte Fall bzw. jeder geleistete Case-Mix-Punkt gleich viel. Der Benchmark richtet sich somit nicht nach einer bestimmten Anzahl Spitälern, sondern nach einer bestimmten Anzahl behandelter Fälle bzw. geleisteter Case-Mix-Punkte. Zweitens ist umstritten, bei welchem Perzentil dieser Verteilung (Anzahl Spitäler, Anzahl Fälle oder Case Mix) der Benchmark liegen soll.

9.2.2.1 Ausführungen des KSW

Das KSW spricht sich dafür aus, den Benchmark beim 40. Perzentil nach Anzahl Fällen zu setzen, wobei es auch eine Gewichtung nach Case Mix als angemessen erachtet. Damit könne sichergestellt werden, dass ein genügend grosser Anteil aller Patientenfälle kostendeckend behandelt werden könne. Nur die Verwendung einer solchen Gewichtung stelle überdies sicher, dass die Auswirkungen einer Tariffestsetzung auf die Versorgungssicherheit beurteilt werden könne.

Für ein Benchmarking nach Anzahl Fällen oder Case Mix spreche erstens, dass darin grosse Spitäler, die statistisch robuste schweregradbereinigte Fallkosten hätten, höher gewichtet würden als kleine Spitäler mit stärker schwankenden Kosten im Jahresvergleich. Dies erkläre auch, weshalb ein nach Fällen gewichtetes Benchmarking im Mehrjahresvergleich zu konstanteren Ergebnissen führe als ein Benchmarking nach Anzahl Spitälern. Zweitens gehe es nicht an, dass einem Kleinstspital mit wenigen hundert, vorselektionierten und daher kostengünstigen, profitablen Fällen das gleiche Gewicht beigemessen werde wie einem für die Versorgung relevanten Universitäts- oder Zentrumsspital mit tausenden nicht aussuchbaren Fällen. Drittens sei bei einer Gewichtung nach Anzahl Fällen weniger relevant, ob ein Spital im Benchmarking aggregiert als Gesamtspital vertreten sei oder mehrfach mit verschiedenen Stand-

orten. Diese Problematik trete insbesondere in den GDK-Spitalkostendaten auf. Viertens seien die bestehenden Kostenunterschiede zwischen den Spitälern nicht nur effizienzbedingt, sondern würden auch in Unterschieden in der Leistungs- und Patientenstruktur gründen, welche durch die Tarifstruktur nur ungenügend ausgeglichen werden könnten. Deshalb seien die schweregradbereinigten Fallkosten zwischen den Spitälern nur bedingt vergleichbar. Die Gewichtung nach Anzahl Fällen könne zwar nicht garantieren, dass der Benchmark von einem effizienten Spital gesetzt werde, verbessere aber die Vergleichbarkeit der Leistungserbringer.

Betreffend die Wahl des Perzentils hält das KSW fest, das 40. Perzentil erweise sich nach wie vor als angemessen. Aufgrund der Abbildungsgrenzen der Tarifstruktur sei der Benchmark bei einem tieferen Perzentil verzerrt, indem unterhalb des Benchmarks Spezialkliniken, Belegarztspitäler und Spitäler mit Anlagenutzungskosten unter 5% der Gesamtkosten sowie Spitäler ohne Notfallstation und insbesondere ohne Notfallstation Level 3 übervertreten seien. Aus diesem Grund seien Geburtshäuser, Belegarztspitäler mit nicht plausiblen Personalkostendaten und Spitäler mit tiefen Anlagenutzungskosten aus dem Benchmarking auszuschliessen. Gewichtet nach Anzahl Fällen seien damit ab dem 40. Perzentil die noch auftretenden Verzerrungen insoweit vernachlässigbar, als dass ein annehmbarer, einigermassen repräsentativer Benchmark resultiere. Der Bundesrat beabsichtige mit der Revision der KVV das 25. Perzentil festzuschreiben. Mit einem solch strengen Effizienzmassstab werde gegen den in Art. 49 Abs. 1 KVG geäusserten Willen des Gesetzgebers verstossen, effiziente Leistungserbringer angemessen zu entschädigen.

9.2.2.2 Ausführungen der tarifsuisse

Die tarifsuisse beantragt eine Gewichtung nach Anzahl Spitälern. Der Vorschlag des KSW, ein allfälliges Benchmarking nach Fällen zu gewichten, widerspreche dem Ansinnen der neuen Spitalfinanzierung, die Leistungen und Kosten aller Spitäler durch eine nationale Tarifstruktur miteinander vergleichbar zu machen. Deshalb seien alle Leistungserbringer, die nach der gleichen Struktur abrechnen, mit der gleichen Gewichtung einzubeziehen. Eine Gewichtung nach Fällen oder nach Case Mix sei somit nicht vereinbar mit dem Systemgedanken von SwissDRG und könne ebenso zu Verzerrungen führen. Wenn beispielsweise ein grosses Spital keine Daten liefere, weil es niedrige Fallkosten habe, so habe dies bei einer Gewichtung nach Fallzahl oder Case Mix grosse Auswirkungen auf das Benchmarking. Der massgebliche Basisfallwert wäre in diesem Fall spitalseitig leicht steuerbar. Entgegen den Ausführungen des KSW würde das Benchmarking der tarifsuisse nach Anzahl Spitälern im Mehrjahresvergleich stabile Ergebnisse liefern.

Die tarifsuisse beantragt sodann einen Benchmark auf dem 25. Perzentil nach Anzahl Spitälern. Dies bedeute, dass ein Viertel der Spitäler die Leistung günstiger erbringen könnten als das Benchmarkspital. Die Orientierung an einem höheren Perzentil sei nicht mit dem obersten Ziel der Kostenstabilisierung vereinbar, die der neuen Spitalfinanzierung zugrunde liege. Ein strenges Perzentil sei auch deswegen angezeigt, weil die Datentransparenz der Spitäler nicht immer zufriedenstellend sei, sodass daraus kein Vorteil gezogen werden könne. Das Bundesverwaltungsgericht fordere aufgrund des Mangels an konkurrenzbedingtem Preisdruck eines wirksamen Wettbewerbs bei der ersatzweisen staatlichen Preisfestsetzung einen strengen Massstab anzulegen. Ferner sei zu berücksichtigen, dass die von den Spitälern geltend gemachten Kosten für die Erbringung der KVG-Leistungen nicht vollständig transparent und korrekt abgegrenzt seien. Solange nicht sichergestellt sei, dass nur reine KVG-Kosten in ein Benchmarking einfliessen, müsse ein tiefes Perzentil gewählt werden, das sicherstelle, dass keine KVG-fremden Kosten über die Grundversicherung entschädigt werden. Darüber hinaus beabsichtige auch der Bundesrat, in der zu revidierenden KVV höchstens das 25. Perzentil als Benchmark zuzulassen.

9.2.2.3 Ausführungen der HSK

Die HSK spricht sich für eine Gewichtung nach Anzahl Spitälern aus. Dies simuliere die vom Gesetzgeber gewollte Wettbewerbssituation besser als ein gewichtetes Benchmarking nach Anzahl Fällen oder Case Mix, in welchem grosse Spitäler dominieren würden. Eine Gewichtung nach Anzahl Fällen oder Case Mix erhöhe den Wert des Benchmarks künstlich und verringere den Anreiz zur Effizienzsteigerung. Die Argumentation des KSW, dass kleine Kliniken per se kostengünstig seien und somit den Benchmark nach unten verzerren würden, könne anhand verschiedener Beispiele widerlegt werden. Ein Benchmarking nach Fällen widerspreche dem Ziel der Spitalfinanzierung, wonach alle Spitäler unabhängig ihrer Grösse durch eine nationale Tarifstruktur miteinander vergleichbar zu machen seien.

Die HSK beantragt, den Benchmark beim 25. Perzentil festzulegen. Sie weist darauf hin, dass der Bundesrat in der geplanten KVV-Revision das 25. Perzentil vorgeschlagen habe.

9.2.2.4 Ausführungen der CSS

Auch die CSS argumentiert für eine Gewichtung nach Anzahl Spitälern. Sie macht geltend, dass eine Gewichtung nach Case Mix bzw. nach Anzahl Fällen gesetzlich nicht vorgesehen sei, denn der letzte Satz von Art. 49 Abs. 1 KVG schreibe vor, dass sich die Höhe der Spitaltarife an der Entschädigung jener Spitäler zu orientieren habe, welche die tarifierte Leistung in der notwendigen Qualität und Effizienz erbringen

würden. Dies impliziere, dass jedes Spital unabhängig von seiner Grösse und Spitalkategorie gleichgewichtet im Betriebsvergleich zu berücksichtigen sei. Nur so könne gewährleistet werden, dass grosse und teure Häuser den Benchmark nicht zugunsten der Spitäler beeinflussen.

Die CSS beantragt, den Benchmark höchstens beim 30. Perzentil festzulegen. Nur ein tiefes Perzentil könne den zwischen den Spitälern fehlenden, konkurrenzbedingten Preisdruck simulieren. Es wäre nicht sachgerecht, im Festsetzungsverfahren den durch den Bundesrat in seiner Vorlage zur geplanten Änderung der KVV anvisierten Effizienzmassstab beim 25. Perzentil völlig auszublenden.

9.2.2.5 Empfehlung der Preisüberwachung

Die Preisüberwachung empfiehlt eine Gewichtung nach Anzahl Spitälern. Bei einer Gewichtung nach Fällen oder Case Mix spiele die Grösse der im Benchmarking verwendeten Spitäler (gemessen an der Anzahl der Fälle oder dem Case Mix pro Spital) eine potenziell bedeutende Rolle. Es sei nicht erwünscht, dass grosse und teurere Spitäler über ihre Gewichtung die Höhe des resultierenden Benchmarks massgeblich beeinflussen könnten. Vielmehr sei davon auszugehen, dass die wirtschaftliche Effizienz eines Spitals im Wesentlichen von den Managemententscheiden der Spitalleitung für das eigene Spital abhänge und damit unabhängig sei von dessen Fallmenge oder Case Mix. Die neue Spitalfinanzierung habe das Ziel, Anreize zur Effizienzsteigerung für jedes einzelne Spital zu setzen. Daher sei es zielführend, jedes Spital im Benchmarking mit gleichem Gewicht zu berücksichtigen. Ein nach Anzahl der Fälle oder nach Case Mix gewichtetes Benchmarking lasse den Bestrebungen einzelner Spitäler für mehr betriebliche Effizienz weit weniger Bedeutung zukommen und übe folglich eine viel schwächere Anreizwirkung aus.

Beim Benchmarking sei maximal das 20. Perzentil zu verwenden. Im Bereich der sozialen Krankenversicherung habe die Nachfrageseite ein Interesse an guter Qualität und Innnovation, aber nicht an einem günstigen Preis. Umso wichtiger sei es, dass die Regulierung dieses fehlende Wettbewerbselement einbringe. Durchschnittliche oder nahezu durchschnittliche Spitäler vermöchten dem Wirtschaftlichkeitskriterium gemäss KVG nicht zu genügen. Jedes fünfte Spital arbeite zu günstigeren Kosten als das Spital beim 20. Perzentil. Dazu komme, dass das Schweizer Tarifniveau für akutstationäre Spitalbehandlungen zurzeit sehr hoch sei. In Deutschland kostete eine derartige Spitalbehandlung im Jahr 2020 nur rund 3680 Euro. Dies lasse sich nicht allein durch die höheren Kosten (Löhne) in der Schweiz erklären, sondern lasse darauf schliessen, dass die Behandlungseffizienz in der Schweiz deutlich nachhinke. Ein Benchmarking auf Basis des 20. Perzentil sei folglich absolut notwendig, um die Effizienz der Schweizer Spitäler im Vergleich zu denjenigen Deutschlands einen Schritt näher zu bringen.

9.2.2.6 Rechtliches

Gemäss Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG haben sich die Spitaltarife an der Entschädigung jener Spitäler zu orientieren, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Weder das Gesetz noch das Bundesverwaltungsgericht bestimmt näher, welche Leistungserbringung als effizient und günstig erachtet wird. Bei der Durchführung des Benchmarkings steht deshalb der Festsetzungsbehörde bei der Wahl der Gewichtung der schweregradbereinigten Fallkosten pro Spital (nach Spitälern, nach Fällen oder nach Case Mix) sowie bei der Wahl des Perzentils ein gewisses Auswahlermessen zu.

Im vorliegend durchzuführenden Betriebsvergleich – dem Benchmarking – erscheint es sachgerecht, den benchmarkingrelevanten Basiswert eines jedes Spitals anhand der Anzahl der von diesem behandelten Fälle zu gewichten. Erstens ist dies aus Gründen der Versorgungssicherheit angezeigt. Die Anzahl der von einem Spital behandelten Fälle widerspiegelt dessen Versorgungsrelevanz für die medizinische Versorgung der Bevölkerung. Zweitens sprechen auch statistische Überlegungen für eine Gewichtung nach Fallzahlen pro Spital. So steigt die Robustheit der spitalindividuellen Basiswerte, wenn die Berechnungen auf einer höheren Anzahl an Fällen beruht. Denn bei einer hohen Fallzahl ist der berechnete Durchschnittswert weniger anfällig für Ausreisser und somit aus statistischer Sicht verlässlicher.

Im Folgenden ist sodann festzulegen, bei welchem Perzentil der Fälle der Benchmark liegen soll. Bei diesem allgemein anerkannten Verfahren werden die Spitäler zuerst anhand ihrer schweregradbereinigten Fallkosten von tief zu hoch sortiert. Anschliessend werden, beim ersten Spital beginnend, die Anzahl der behandelten Fälle schrittweise von Spital zu Spital aufsummiert. Soll nun der Benchmark beim Perzentil x gesetzt werden, wird – wiederum beim günstigsten Spital beginnend – ermittelt, bei welchem Spital in der Reihenfolge x Prozent aller Fälle insgesamt behandelt worden sind. Die schweregradbereinigten Fallkosten dieses Spitals bilden dann den Benchmark. Die Spannbreite der schweregradbereinigten Fallkosten der Spitäler lassen sich in einem lernenden System wie SwissDRG rund ein Jahrzehnt nach dessen Einführung nicht mehr hauptsächlich mit Abbildungsungenauigkeiten in der Tarifstruktur begründen, sondern durch unterschiedliche Effizienz. Ein Benchmarking auf dem 50. Perzentil (Median) oder dem arithmetischen Mittel, das je nach Verteilung der Fälle höher oder tiefer als der Median zu liegen käme, würde dem vom Gesetz geforderten Effizienzvergleich zu wenig Rechnung tragen. Ab welchem tieferen Perzentil von einer effizienten Leistungserbringung gesprochen werden kann, ist nicht eindeutig bestimmbar. Während das Bundesverwaltungsgericht in früheren Urteilen im Rahmen der Einführungsphase von SwissDRG

das 40. Perzentil als gesetzeskonform bestätigt hat (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-4374/2017, C-4461/2017 vom 14. Mai 2019, E. 8.9), wurde vom Bundesrat im Rahmen der am 12. Februar 2020 in die Vernehmlassung gegebenen KVV-Revision zwar das 25. Perzentil vorgeschlagen, jedoch bei der KVV-Änderung vom 23. Juni 2021 (in Kraft seit 1. Januar 2022) auf die Festlegung eines Perzentilwerts verzichtet.

Um die Finanzierung der für die Deckung des Bedarfs der Zürcher Bevölkerung notwendigen Spitäler sicherzustellen, erscheint es vorliegend sachgerecht, den Benchmark auf dem 33.3. Perzentil festzusetzen. Damit kann der Versorgungssicherheit angemessen Rechnung getragen werden. Gleichzeitig wird mit diesem Wert dem Wettbewerbsgedanken des KVG Rechnung getragen und ein moderater Effizienzdruck geschaffen.

In den GDK-Spitalkostendaten, die dem vorliegenden Benchmarking mit insgesamt 140 Spitälern zugrunde liegen, weisen die Zürcher Spitäler rund 205 000 Fälle aus. Der Anteil der in Zürcher Spitälern behandelten Fälle bis zum Benchmark beim 33.3. Perzentil beträgt 30,1%. Damit wird auch die Situation von Zürcher Spitälern im Benchmarking angemessen abgebildet: Rund 30% der Zürcher Fälle zeigen durchschnittliche Fallkosten, die kleiner oder gleich dem Benchmark sind, und rund 70% der Zürcher Fälle zeigen Fallkosten, die höher sind als der Benchmark.

Sowohl im Sinne der vom Gesetzgeber angestrebten Abgeltung einer effizienten Leistungserbringung als auch mit Blick auf die Sicherstellung der kantonalen Versorgung erscheint deshalb eine Gewichtung nach Anzahl Fällen und die Wahl des 33.3. Perzentils als Effizienzmassstab vertretbar. Dies ergibt, wie die Tabelle 3 in der Beilage zu diesem Beschluss aufzeigt, einen Benchmark von Fr. 9826 (Spital 58). Mit der Festlegung des 33.3. Perzentils ist eine bedarfsgerechte Spitalversorgung möglich.

9.3 Ermittlung des Referenzwerts

Ausgehend vom hergeleiteten Benchmark ist zu prüfen, ob bzw. welche allgemeinen Zuschläge auf diesen Wert zu gewähren sind (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 7. April 2014, 2014/3, E. 8 ff.). Daraus ergibt sich in der Folge der Referenzwert.

9.3.1 Zuschlag der Teuerung zum Benchmark

Zwischen den Parteien ist im Grundsatz unbestritten, dass zur Festsetzung des Tarifs ab 2020 der Benchmark, der auf Daten des Jahres 2018 beruht, um die Teuerung für ein Jahr zu bereinigen ist.

9.3.1.1 Ausführungen des KSW

Das KSW hält fest, der Benchmark zur Bestimmung des Basisfallwerts ab 2020 sei um die Teuerung des Jahres 2019 zu erhöhen. Die Teuerung 2019 betrage 0,62% und setze sich zu 30% aus der Veränderung des

Landesindexes der Konsumentenpreise (LIK) in der Höhe von 0,9% und zu 70% aus der Veränderung des Nominallohnindexes (NLI) in der Höhe von 0,5% zusammen.

9.3.1.2 Ausführungen der Versicherer-Gruppierungen

In ihrem Benchmarking bereinigen die Versicherer-Gruppierungen den hergeleiteten Benchmark jeweils ebenfalls um einen Teuerungsfaktor. Die CSS führt aus, sie orientiere sich dabei an den Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichts und berechne die Teuerung basierend auf dem Lohnkostenindex und der mittleren Jahresteuerung. Die HSK erklärt sich mit der Methode der Preisüberwachung einverstanden, die Teuerung gemäss NLI zu 30% und gemäss LIK zu 70% zu berücksichtigen. Basierend auf eigenen Berechnungen gewichtet die tarifsuisse bei der Berechnung der Teuerung den NLI zu 60% und den LIK zu 40%.

9.3.1.3 Empfehlung der Preisüberwachung

Die Preisüberwachung berechnet den Teuerungsfaktors 2019 gestützt auf den LIK 2019 mit einer Gewichtung von 30% und gestützt auf den NLI 2019 mit einer Gewichtung von 70%, was zu einer gewichteten Teuerung von 0,75% führt.

9.3.1.4 Rechtliches

Es entspricht der geltenden Rechtspraxis, dass die Teuerung vom Basisjahr (x-2) bis zum Vorjahr (x-1) massgebend ist (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-2290/2013 vom 16. Juni 2015, E. 6.2). Da die Bestimmung der Tarife für das Jahr x auf den Zahlen des Jahres x-2 beruht, ist die Teuerung für das Jahr x-2 nicht nochmals aufzurechnen. Auch die Teuerung für das Jahr x ist nicht aufzurechnen. Massgebend ist somit die gewichtete Teuerung des Jahres x-1, wobei für den Personalaufwand auf den NLI x-1 und für den Sachaufwand auf den LIK x-1 abzustellen ist (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-3803/2013, C-3812/2013 vom 23. September 2019, E. 7.2.2). Dementsprechend ist der Benchmark um die Teuerung für 2019 zu bereinigen, wobei auch im Sinne der Preisüberwachung die Nominallohnteuerung gemäss NLI zu 70% und die allgemeine Teuerung gemäss LIK zu 30% zu berücksichtigen ist. Gestützt auf die aktuellsten Veröffentlichungen des BFS für 2019 ergibt dies eine Teuerung von 0,75% (=0,3 * ΔLIK + 0,7 * ΔNLI = 0,3 * 0,4% + 0,7 * 0,9% = 0,75%; gemäss der Veröffentlichung des BFS vom 30. April 2021 beläuft sich die Veränderung des NLI 2019 gegenüber dem Vorjahr auf 0,9%: www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/medienmitteilungen.assetdetail.16904722.html; gemäss der Veröffentlichung des BFS vom 4. Januar 2022 beläuft sich die Veränderung des LIK im Jahr 2019 gegenüber dem Vorjahr auf 0,4%: www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/preise/landesindex-konsumentenpreise/detailresultate.assetdetail.20944307.html). Der Benchmark von Fr. 9826 (vgl. Ziff. 9.2.2.6) ist deshalb um die Teuerung von (gerundet) Fr. 74 zu erhöhen.

9.3.2 Regionales Kostenniveau

Streitig ist, ob das regionale Kostenniveau im Raum Zürich einen Zuschlag zum Benchmark rechtfertigt oder nicht.

9.3.2.1 Ausführungen des KSW

Das KSW beantragt einen angemessenen Zuschlag auf den Benchmark aufgrund des regional hohen Preisniveaus im Kanton Zürich. Es stützt sich dabei auf Veröffentlichungen des BFS, wonach im Jahr 2016 der Bruttolohn im Gesundheitswesen im Grossraum Zürich um rund 3,73% und der Mietpreis pro Quadratmeter im Jahr 2017 um 16,98% über dem Schweizer Durchschnitt gelegen haben. Bei 70% Personalkosten und 10% Anlagenutzungskosten ergebe dies für die Spitäler im Grossraum Zürich um 4,3% höhere Produktionskosten als im Schweizer Durchschnitt. Diese Unterschiede in den Produktionskosten seien aus Sicht der Spitäler exogene Faktoren, sodass die Kosten der effizienten Leistungserbringung im Kanton Zürich höher liegen würden als in anderen Regionen der Schweiz. Auch der Verwaltungsrat der SwissDRG AG nenne «Regionale Unterschiede der Lohn- und Lohnnebenkosten» als Grund für eine Preisdifferenzierung.

9.3.2.2 Ausführungen der tarifsuisse

Die tarifsuisse macht geltend, die vom KSW vorgelegten Daten würden keinen Zuschlag für ein regional höheres Produktionskostenniveau rechtfertigen. Die Lohnkosten, auf welche sich das KSW beziehe, seien unspezifisch und nicht repräsentativ für die Spitäler des Kantons Zürich. Anstatt auf einen weit gefassten Lohnindex für das Gesundheitswesen abzustellen, müssten die spezifischen Lohnkosten der Spitäler unter Berücksichtigung der Personalstruktur analysiert werden. Betreffend die Standortkosten sei es nicht sachgerecht, Kostenunterschiede zwischen den Spitälern verschiedener Regionen anhand des Mietpreises für privaten Wohnraum zu beziffern. Ausserdem lege das KSW keine präzisierenden Angaben zu den Immobilien offen wie zum Beispiel Angaben darüber, für welche Gebäude welche Mietkosten anfallen würden und wie hoch diese Kosten im Vergleich zu anderen Spitälern seien. Jedenfalls müssten sich überdurchschnittlich hohe Lohn- und Standortkosten beim KSW in dessen benchmarkingrelevanten Betriebskosten spiegeln. Das KSW weise jedoch im gesamtschweizerischen Vergleich tiefe benchmarkingrelevante Kosten aus. Auch die Anlagenutzungskosten des KSW seien gemäss Auswertungen der tarifsuisse unterdurchschnittlich.

9.3.2.3 Ausführungen der HSK

Die HSK führt an, gemäss der Publikation «Kennzahlen der Schweizer Spitäler» des BAG sei der Personalaufwand in den Spitälern des Kantons Zürich nur um 0,6% höher als im Schweizer Durchschnitt. Zudem würde der Personalaufwand pro Vollzeitstelle zwischen den Zürcher Spitälern

stark variieren. Weiter sei es höchst fraglich, ob der Mietpreisindex für privat genutzte Objekte, auf welchen sich das KSW beziehe, repräsentativ für die Anlagenutzungskosten von Spitälern sei, weshalb der vom KSW geforderte allgemeine Zuschlag auf den Benchmark nicht gerechtfertigt sei. Im Benchmarking der HSK würden jedoch Mehrkosten eines Spitals anhand seiner effektiven Mietausgaben und Personalkosten berücksichtigt.

9.3.2.4 Ausführungen der CSS

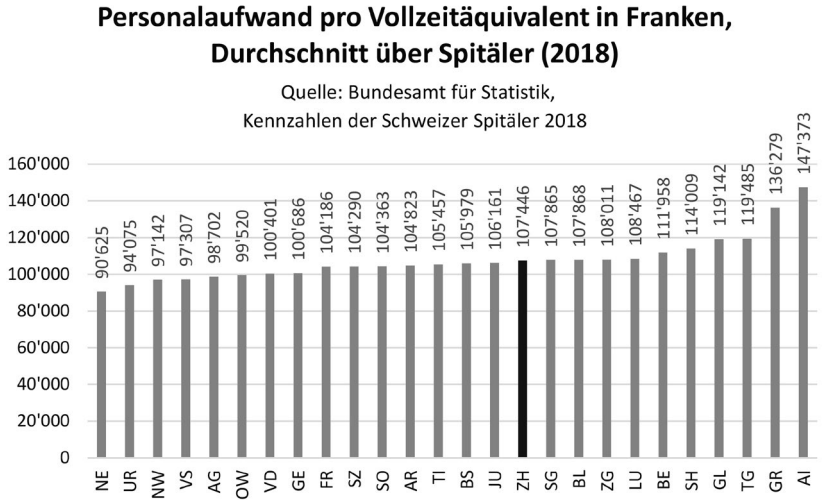
Die CSS hält fest, die vom KSW verlangte Tarifdifferenzierung aufgrund des hohen Kostenniveaus im Grossraum Zürich sei weder individuell für jedes Spital substantiiert noch im Einzelnen frankenmässig beziffert und deshalb abzulehnen. Dass im Kanton Zürich überdurchschnittliche Gestehungskosten anfallen würden, bestreite die CSS nicht. Im Gegenzug würden die Spitäler auch von einer höheren Produktivität aufgrund einer höheren Fallzahl pro Leistungsauftrag profitieren als kleine Landspitäler, was die Gesamtkosten wiederum glätte.

9.3.2.5 Rechtliches

Das Bundesverwaltungsgericht hält fest, dass Kostenunterschiede der Leistungserbringer durch regional unterschiedliche Strukturkosten (Lohn- und Standortkosten) bedingt sein können. Soweit solche Kostenunterschiede durch effizienzfremde Faktoren bedingt seien, könnten sie im Preisfindungsprozess relevant sein (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 11. September 2014, 2014/36, E. 6.8.1).

Der Verwaltungsrat der SwissDRG hat festgestellt, dass mit Fallpauschalen eines DRG-Modells u. a. regionale Unterschiede der Lohn- und Lohnnebenkosten nicht erklärt werden können (vgl. Feststellungen des Verwaltungsrates der SwissDRG AG vom 26. Mai 2016, swissdrg.org/download_file/view/1052/234).

Gestützt auf die vom KSW beigezogenen Lohn- und Mietpreisstatistiken kann nicht geschlossen werden, dass die Gestehungs- und Produktionskosten im KSW höher sind als in anderen Spitälern der Schweiz. Weiter kann sich das Lohngefüge zwischen verschiedenen Institutionen aufgrund der Altersstruktur des Personals oder der Anzahl der auszubildenden Personen unterscheiden. In urbanen Zentren ist die Verfügbarkeit von Arbeitnehmenden im Gesundheitswesen teilweise grösser als in Randregionen, was die Verhandlungsmacht der Spitäler als Arbeitgeber stärkt. So geht aus der Datengrundlage «Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2018», die das Bundesamt für Gesundheit veröffentlicht hat (bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-spitaelern/kennzahlen-der-schweizer-spitaeler.html), hervor, dass die durchschnittlichen Lohnkosten pro Vollzeitstelle u. a. in den Kantonen Appenzell Innerrhoden, Graubünden, Thurgau, Glarus und Schaffhausen wesentlich über den Durchschnittskosten der Zürcher Spitäler liegen.



Die vorstehende Auswertung bzw. Grafik zeigt, dass sich diese Kosten im Kanton Zürich mit Fr. 107 446 im gesamtschweizerischen Mittelfeld bewegen. Vor diesem Hintergrund ist ein Zuschlag für höhere Personalkosten im Kanton Zürich nicht angezeigt.

Weiter lassen sich gestützt auf Statistiken zum regionalen Mietpreisniveau keine gesicherten Schlussfolgerungen bezüglich Produktionskosten einzelner Spitäler ableiten. Denn Gegebenheiten wie die individuellen Eigentumsverhältnisse von Sachanlagen, die konkreten Bedingungen bei allfälligen Mietverhältnissen oder die Abnutzung der Infrastruktur können die Kosten für die Nutzung von Sachanlagen und damit die effiziente Leistungserbringung erheblich beeinflussen. Sodann liegen Unterschiede bezüglich Auslastung der Infrastruktur, Bewertung von Sachanlagen oder Abschreibungspraxis vor. Gestützt auf das regionale Mietkostenniveau lassen sich deshalb keine Schlüsse bezüglich Effizienz von Gestehungs- oder Produktionskosten eines Spitals ziehen, weshalb auch diesbezüglich von einem Zuschlag zum Benchmark abzusehen ist.

9.4 Spitalindividuelle Zuschläge

Ausgehend vom Referenzwert für eine effiziente Leistungserbringung ist zu prüfen, ob eine spitalindividuelle Differenzierung in Form eines Zu- oder Abschlags gegenüber dem Referenzwert vorzunehmen ist, um spitalindividuellen Besonderheiten gerecht zu werden (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 11. September 2014, 2014/36, E. 6.8).

9.4.1.1 Ausführungen des KSW

Das KSW beantragt einen Zuschlag zum Referenzwert von mindestens Fr. 763. Zur Begründung macht das KSW geltend, es gebe zwischen den Spitälern leistungsbedingte Unterschiede in den Fallkosten, welche

die Tarifstruktur SwissDRG nicht abbilden könne. Aufgrund seines umfassenden Leistungsspektrums, seiner spezialisierten Notfallstation und seiner Kinderklinik behandle das KSW gehäuft komplexe, unterfinanzierte Fälle, was hohe Verluste verursache. Als Zentrumsspital und einziges Spital der Grossregion Winterthur müsse das KSW nicht nur die Grundversorgung, sondern auch die spezialisierte und hochspezialisierte Versorgung sicherstellen. Indem es überdurchschnittlich viele besonders kranke Patientinnen und Patienten behandle, helfe es mit, das Universitätsspital Zürich (USZ) wesentlich zu entlasten. Die Kosten dieser Fälle seien im SwissDRG-System jedoch oft ungenügend abgebildet. Insbesondere die von anderen Spitälern ins KSW verlegten Patientinnen und Patienten und die Fälle der Akutgeriatrie hätten weit überdurchschnittliche schweregradbereinigte Fallkosten. Derart hohe Vorhalteleistungen für Infrastruktur und spezialisiertes Personal wie das KSW müsse im Kanton Zürich nur das USZ erbringen, welches einen deutlich höheren Basisfallwert in Rechnung stellen könne. Vor diesem Hintergrund sei ein Zuschlag zum Referenzwert für das KSW sachgerecht.

Hohe Kosten für OKP-pflichtige Vorhalteleistungen würden im KSW insbesondere bei der Notfallstation anfallen, welche gemäss dem Leistungsauftrag des Kantons Zürich die höchst möglichen Anforderungen zu erfüllen habe. Im Kanton Zürich sei die Tarifdifferenzierung zwischen Spitälern mit und ohne Notfallstation etabliert. Der Regierungsrat des Kantons Zürich unterscheide bei der Spitalplanung jedoch drei Levels von Notfallstationen, wobei die Anforderungen an den Betrieb einer Notfallstation Level 3 in Bezug auf Infrastruktur, Personal und Verfügbarkeit ungleich höher seien als jene an eine Notfallstation Level 2 oder 1. Entsprechend hoch seien die Vorhaltekosten für den Betrieb der Notfallstation Level 3 im KSW.

Auch die spezialisierte Kinderklinik verursache hohe Kosten, welche in der SwissDRG-Tarifstruktur unzureichend abgebildet seien. Neben dem USZ und dem Kinderspital Zürich sei das KSW das einzige Spital, welches über einen Leistungsauftrag sowohl für Kindermedizin als auch für Kinderchirurgie und spezialisierte Neonatologie verfüge. Um diesen Leistungsauftrag zu erfüllen, würden nicht nur hohe Kosten für spezialisiertes Personal und spezifische Infrastruktur anfallen, sondern auch für Vorhalteleistungen, denn die Auslastung der Kinderklinik schwanke stark im Jahresverlauf: In extremen Jahren sei die Auslastung im Winter gar doppelt so hoch wie im Sommer. Soweit möglich, werde dem mit angepasstem Personalbestand begegnet. Extremer noch würde aber die Auslastung des Kindernotfalls im Wochenverlauf schwanken, wo die Eintritte jeweils gegen Abend und insbesondere am Wochenende sprunghaft ansteigen würden, wenn die niedergelassenen Kinderärzte schlecht oder gar nicht erreichbar seien. Zudem müsse es jährlich rund 150 bis 200 schwere, stationäre Fälle kurzfristig von anderen Spi-

tälern übernehmen. Die Kosten dieser ins KSW verlegten Fälle würden Fr. 1500 bis Fr. 2000 über dem Durchschnitt liegen. Dies gelte auch für die Fälle der Neonatologie, wo sich die Mehrkosten auf Fr. 1000 bis Fr. 2500 belaufen würden. Im Gegensatz zu den auf die Behandlung von Kindern spezialisierten Spitälern könne das KSW nur einen tieferen Tarif in Rechnung stellen.

Vor diesem Hintergrund beantragt das KSW einen Zuschlag zum Referenzwert für den Betrieb der Notfallstation Level 3 von mindestens Fr. 524, für das Führen der Kinderklinik von Fr. 152 und für das breite Leistungsspektrum von Fr. 87. Diese Zuschläge leitet das KSW anhand von drei Auswertungen der Spitalkostendaten des Vereins SpitalBenchmark her.

In der ersten Auswertung werden nur Spitäler berücksichtigt, welche eine Notfallstation betreiben. Weiter wird erfasst, ob ein Spital eine Notfallstation Level 3 führt oder eine Notfallstation Level 1 oder 2. Anschliessend werden für jedes Spital die schweregradbereinigten Mehrkosten von Notfalleintritten im Vergleich zu Elektiveintritten berechnet. Das KSW kommt zum Schluss, dass diese Kosten in Spitälern mit einer Notfallstation Level 3 im nach Anzahl Fällen gewichteten Durchschnitt um Fr. 1011 höher liegen als in Spitälern mit einer Notfallstation Level 1 oder 2. Multipliziert mit dem Anteil an Notfalleintritten im KSW von 51,8% ergibt sich der beantragte Zuschlag von Fr. 524.

In der zweiten Auswertung werden ausschliesslich Spitäler berücksichtigt, welche im Datenjahr mindestens 100 Kinder stationär behandelt haben. Weiter wird erfasst, ob ein Spital eine spezialisierte Kinderklinik führt oder nicht. Anschliessend werden für jedes Spital die schweregradbereinigten Fallkosten für die Kinder berechnet. Das KSW kommt zum Schluss, dass diese Kosten in Spitälern mit einer spezialisierten Kinderklinik im nach Anzahl Fällen gewichteten Durchschnitt um Fr. 1648 höher sind als in Spitälern ohne spezialisierte Kinderklinik. Multipliziert mit dem Anteil an Kindern im KSW von 9,2% ergibt dies den beantragten Zuschlag von Fr. 152.

In der dritten Auswertung werden die Spitäler unterteilt in eine Gruppe von Spitälern, die mehr als 700 verschiedene DRGs ansteuern und in eine Gruppe von Spitälern, die weniger als 700 DRGs ansteuern. Anschliessend werden für jedes Spital die schweregradbereinigten Fallkosten berechnet, diesmal über alle Patientinnen und Patienten. Das KSW kommt zum Schluss, dass diese Kosten im nach Anzahl Fällen gewichteten Durchschnitt in Spitälern, die mehr als 700 DRGs ansteuern, um Fr. 611 höher sind als in Spitälern, die weniger als 700 DRGs ansteuern. Das KSW berücksichtigt, dass sich diese Mehrkosten wohl teilweise überschneiden mit den Mehrkosten von Notfalleintritten. Deshalb beantragt es einen Zuschlag von Fr. 87 (Fr. 611 [Zuschlag breites Leistungsspektrum] – Fr. 524 [Zuschlag Notfallstation Level 3]).

9.4.1.2 Ausführungen der tarifsuisse

Die tarifsuisse führt an, die SwissDRG-Tarifstruktur sei inzwischen soweit verfeinert worden, dass sie praktisch alle Behandlungen realitätsgerecht abbilde, weshalb sich für einzelne Spitäler keine Zuschläge auf den Referenzwert mehr rechtfertigen würden. Das KSW habe nicht die Stellung eines Endversorgers und schneide im Betriebsvergleich gut ab. Es sei fraglich, ob die vom KSW verlangte Abstufung der Notfallstationen in drei Levels nicht bereits in der Tarifstruktur berücksichtigt sei. Anspruchsvolle Leistungsaufträge, wie zum Beispiel die spezialisierte Neurochirurgie, würden meist nicht nur einen Notfall Level 3 verlangen, sondern auch eine Intensivstation Level 3. Nur Spitäler, welche über diese spezialisierte Infrastruktur verfügten, könnten die entsprechenden Erkrankungen behandeln und über eigens dafür vorgesehene DRGs abrechnen. Sollten diese falsch bewertet sein, wäre bei der SwissDRG AG eine Anpassung der Tarifstruktur zu beantragen. Die Auswertung über die Auslastung der Notfallstation des KSW könne keine Überlastung der Notfallstation beweisen, denn Stosszeiten seien normal.

Zur Kinderklinik führt die tarifsuisse an, das KSW behandle im Vergleich zu den übrigen Spitälern mit einer spezialisierten Kinderklinik relativ leichte Fälle, deren Schweregrad vergleichbar sei mit jenem von pädiatrischen Fällen, welche in Spitälern ohne spezifischen Leistungsauftrag für Kindermedizin behandelt würden. Im KSW seien sodann die schweregradbereinigten Fallkosten der Kinder tiefer als jene der übrigen Patientinnen und Patienten. Weiter sei es nicht aussergewöhnlich, dass die Auslastung der Kinderklinik und der Notaufnahme im Tages-, Wochen- und Jahresverlauf deutlich schwanke. Die Abbildung der Kindermedizin in der Tarifstruktur habe sich stetig verbessert. Die für das Tarifjahr 2020 gültige SwissDRG-Version 9.0 habe zu einer Aufwertung der Vergütung von pädiatrischen Fällen von durchschnittlich 2,3% im Vergleich zur Version 7.0 geführt. Vor diesem Hintergrund sei ein Zuschlag auf den Referenzwert für die Kinderklinik nicht gerechtfertigt.

Hinsichtlich der quantitativen Auswertungen des KSW zur Berechnung der beantragten Zuschläge macht die tarifsuisse geltend, dass das KSW nicht auf seine eigenen Daten abstelle, sondern auf die Daten eines Vergleichskollektivs. Gemäss Bundesverwaltungsgericht seien zwar spitalindividuelle Zu- oder Abschläge auf dem Referenzwert denkbar. Der Begriff «spitalindividuell» impliziere aber, dass bei der Herleitung von Zu- oder Abschlägen vom konkreten Einzelspital ausgegangen werden müsse. Das Abstellen auf die durchschnittlichen Mehrkosten von Kindern in Spitälern mit einer Kinderklinik oder von Notfallpatienten in Spitälern mit einer Notfallstation Level 3 beinhalte nicht nur keine Wirtschaftlichkeitsprüfung, sondern blende auch die beachtliche Heterogenität in den Fallkosten zwischen den einzelnen Spitälern aus. In

diesem Sinne sei die Berechnung der tarifrelevanten Mehrkosten nicht robust. Die Auswertungen des KSWs würden keinen kausalen Zusammenhang zwischen dem Level der Notfallstation eines Spitals, dessen Leistungsspektrum und dem Umstand, dass es eine spezialisierte Kinderklinik führe, belegen.

9.4.1.3 Ausführungen der HSK

Die HSK macht geltend, eine Stellung als Endversorgerspital sei vom KSW nicht belegt worden. So müsste das KSW aufzeigen, dass es einen überproportionalen Anteil an defizitären Fällen behandle, deren Verluste nicht durch profitable Fälle kompensiert werden könnten. Eine Tarifdifferenzierung nur aufgrund vermehrt komplexer Leistungserbringung oder der Leistungserbringung im Bereich der hochspezialisierten Medizin sei nicht zulässig. Für solche Leistungen sehe die Tarifstruktur höhere Kostengewichte vor. Die vom KSW angesteuerten DRGs seien nicht unterbewertet, denn im KSW liege deren Deckungsgrad bei über 100%.

Die HSK bestreitet nicht, dass eine Tarifdifferenzierung zwischen Spitälern mit und ohne Notfallstation von Fr. 200 zulässig ist. Einen weiteren Zuschlag für das Führen einer Notfallstation Level 3 hingegen lehnt sie ab. Die Notfallstation des KSW sei gut ausgelastet, wie es das KSW selber darlege. Ein Zuschlag auf den Referenzwert für Vorhalteleistungen in der Notfallstation sei deshalb nicht angezeigt.

Die Vergütung für die Behandlung von Kindern habe sich in der SwissDRG-Tarifstruktur stetig verbessert und in der Version 10.0 über 100% erreicht. Eine Korrekturmassnahme mittels eines differenzierten Basisfallwerts sei nur dann zulässig, wenn bekannt sei, welche Behandlungen fehlbewertet seien und welches die quantitativen Auswirkungen davon seien. Solche Informationen lege das KSW nicht vor. Es treffe zu, dass die HSK für die drei grossen Kinderspitäler einen höheren Tarif verhandelt habe. Diese Spitäler hätten jedoch nicht nur klar höhere Fallkosten als das KSW, sondern auch weniger Möglichkeiten, allfällige untervergütete DRGs mit übervergüteten DRGs zu kompensieren. In einem grossen, stark diversifizierten Spital wie dem KSW würden einzelne, untervergütete DRGs problemlos durch andere, überbewertete DRGs ausgeglichen.

Im Übrigen sei festzuhalten, dass die durchschnittlichen Fallkosten für Kinder im KSW rund Fr. 1100 tiefer lägen als in den übrigen Kinderspitälern. Auch die Kosten der Notfallpatientinnen und Notfallpatienten im KSW lägen rund Fr. 700 unter den durchschnittlichen Kosten der Notfalleintritte in Spitälern mit einer Notfallstation Level 3 und seien somit im Bereich der Kosten von Spitälern mit einer einfachen Notfallstation Level 1 und 2.

9.4.1.4 Ausführungen der CSS

Die CSS hält fest, dass Zu- bzw. Abschläge auf dem Referenzwert detailliert aufgezeigt und belegt werden müssten. Ein spitalindividueller Zuschlag zum Referenzwert dürfe nicht dazu führen, dass das Spital dadurch einen Effizienzgewinn erwirtschaften könne. Das KSW sei kein Endversorgerspital. Das KSW habe insgesamt 18 Spitäler als Spitäler mit einem breiten Leistungsspektrum aufgeführt. Es könne jedoch nicht sein, dass es in der Schweiz 18 Endversorgerspitäler gebe, denn dies wäre hinsichtlich der Grösse des Landes übertrieben. Aus Sicht der CSS seien in der Schweiz nur die fünf Universitätsspitäler und die ausschliesslich auf die Behandlung von Kindern spezialisierten Spitäler Endversorger und hätten Anspruch auf einen entsprechenden Zuschlag.

Ein Zuschlag auf den Referenzwert für das Betreiben einer Notfallstation sei nicht sachgerecht, da die Tarifstruktur inzwischen so weit ausgereift sei, dass Spitäler mit Notfallstation ausreichend berücksichtigt würden. Die vom KSW präsentierte Auswertung sei zu knapp und könne nicht überprüft werden. Soweit das KSW auf Anordnung des Kantons Zürich verpflichtet sei, eine Intensivstation und eine Notfallstation der höchsten Stufe zu betreiben und diese nicht kostendeckend betreiben könne, habe der Kanton Zürich für die Mehrkosten solcher gemeinwirtschaftlichen Leistungen aufzukommen.

Zu den Kosten der Kinderklinik sei schliesslich festzuhalten, dass sich die Abgeltung über die SwissDRG-Tarifstruktur in Bezug auf die Kindermedizin stark verbessert habe.

9.4.1.5 Rechtliches

Bei der Tarifierung ist unter Umständen der spezifischen Situation eines Leistungserbringers Rechnung zu tragen, sodass – ausgehend vom Referenzwert – aus Billigkeitsgründen (vgl. Art. 46 Abs. 4 KVG) ein differenzierter Basisfallwert festzusetzen ist. Da das Gesetz die Orientierung an günstigen und effizienten Spitälern gebietet, kann sich eine Preisdifferenzierung nur in begründeten Einzelfällen rechtfertigen (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 11. September 2014, 2014/36, E. 6.8).

Ein spitalindividueller Zu- oder Abschlag kann insbesondere dann sachgerecht sein, wenn ein Spital betroffen ist von DRG-Fallgruppen, bei denen die Kosten der zugehörigen Fälle breit streuen und sich profitable und defizitäre Fälle nicht gleichmässig auf die Spitäler verteilen, sodass einzelne Spitäler einen überproportionalen Anteil defizitärer Fälle und andere einen überproportionalen Anteil profitabler Fälle versorgen (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 11. September 2014, 2014/36, E. 22.5). Die Festlegung differenzierter Basisfallwerte als Korrektiv für eine solche einseitige Fallverteilung bildet gemäss Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts keinen systemwidrigen Eingriff in die Tarifstruktur (E. 22.7). Die Festsetzung unterschiedlicher Basisfallwerte einzig aus der

Motivation, die Fehlallokation der Vergütungen infolge mutmasslich fehlbewerteter DRGs zu korrigieren, bedeutet demgegenüber einen Eingriff in die Tarifstruktur. Dazu fehlt der Kantonsregierung die Zuständigkeit. Bei entsprechenden Mängeln wäre die Tarifstruktur anzupassen. Die Argumentation, ein Spital erbringe Leistungen, welche aufgrund fehlbewerteter Kostengewichte der Tarifstruktur nicht ausreichend vergütet würden, ist somit nicht geeignet, einen höheren Basisfallwert zu rechtfertigen (E. 22.6). Soweit vom KSW geltend gemacht wird, es erbringe Behandlungen, deren DRGs unterbewertet seien, kann sich daraus kein Anspruch auf einen höheren Basisfallwert ergeben. Weiter hält das Bundesverwaltungsgericht fest, dass allein aus der Tatsache, dass ein Spital vermehrt komplexere Fälle behandelt, keine Notwendigkeit zur Festlegung eines höheren Basisfallwerts abgeleitet werden kann, denn die Tarifstruktur sieht für spezialisierte und hochspezialisierte Leistungen höhere Kostengewichte vor, was zu entsprechend höheren Vergütungen führt (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 11. September 2014, 2014/36, E. 22.7.1). Soweit ein Spital aus besonderen Gründen spitalindividuelle Tarife für sich beanspruchen möchte, obliegt es diesem, diese durch überprüfbare Fakten nachzuweisen (E. 22.8).

Um einen Zuschlag zum Referenzwert zu begründen, müsste das KSW also aufzeigen, dass es überproportional viele Fälle behandelt, deren Kosten höher sind als die durchschnittlichen Kosten der zur Anwendung gelangenden DRG, dass diese Kosten auf die Schwere der Fälle zurückzuführen sind und nicht etwa auf überdurchschnittliche Ineffizienzen und dass die überdurchschnittlichen Kosten nicht durch Gewinne aus der Behandlung von profitablen Fällen kompensiert werden können. Eine solche Auswertung hat das KSW nicht vorgelegt. Somit ist ein Zuschlag zum Referenzwert für das KSW grundsätzlich nicht begründet.

Das KSW begründet den beantragten Zuschlag zum Referenzwert sodann damit, dass in den Spitalkostendaten des Vereins SpitalBenchmark die Gruppen der Spitäler mit einer Notfallstation Level 3, mit einer spezialisierten Kinderklinik und mit einem breiten Leistungsspektrum im Durchschnitt höhere schweregradbereinigte Fallkosten hätte als die jeweiligen Vergleichsgruppen. Dem entsprechend stehe dem KSW ein Zuschlag zu. Dem ist zu entgegnen, dass ein höherer Basisfallwert für das KSW nur infrage käme, wenn das KSW selbst – und nicht eine Vergleichsgruppe von Spitälern – überdurchschnittliche Kosten für vergleichsweise schwere Fälle nicht durch Gewinne aus der Behandlung von relativ leichten Fällen kompensieren könnte. Aus den vom KSW vorgelegten Auswertungen geht dies nicht hervor. Im Gegenteil liegen die schweregradbereinigten Fallkosten des KSW mit Fr. 9779 um Fr. 47 unter dem Benchmark von Fr. 9826. Dies legt nahe, dass im KSW selbst hohe Verluste aus der Behandlung einzelner Patientinnen und Patienten insgesamt durchaus kompensiert werden können. Entsprechend ist es nicht sachgerecht, für das KSW einen höheren Basisfallwert festzulegen.

Unabhängig davon bleibt festzuhalten, dass auch gestützt auf nachfolgende Erwägungen kein KSW-spezifischer Zuschlag zum Referenzwert begründet wäre.

Das KSW macht geltend, als Zentrumsspital mit einem breiten Leistungsspektrum habe es den Charakter eines Endversorgerspitals ähnlich jenem des Universitätsspitals Zürich, was einen höheren Basisfallwert rechtfertige. Dazu ist festzuhalten, dass vom KSW durchaus erwartet werden kann, dass es aufgrund seines breiten Leistungsauftrags die ihm zugewiesenen Patientinnen und Patienten in der Regel als letzte Institution versorgen kann. Gleichwohl wird im Kanton Zürich die Funktion des Endversorgers vom USZ und nicht vom KSW wahrgenommen. Das KSW hat gemäss der Klassifikation des Bundesamtes für Statistik die Rolle eines Zentrumsversorgers (K112). Dieselbe Klassifikation gilt für 43 weitere Spitalstandorte der GDK-Spitalkostendaten, wovon sich 11 im Kanton Zürich befinden.

Weiter beantragt das KSW einen höheren Basisfallwert aufgrund seiner hohen Vorhaltekosten für den Betrieb der Notfallstation Level 3. Dazu ist festzuhalten, dass Vorhalteleistungen im Zusammenhang mit dem Betrieb einer Notfallstation OKP-pflichtig und somit tarifrelevant sind. Damit ein Spital medizinische Notfälle versorgen kann, muss es seine Organisation auf dringende Fälle ausrichten. Dazu benötigt es erhöhte Flexibilität und Verfügbarkeit, dauernd freie Aufnahmekapazitäten, Pikettdienst und zusätzliche Personalaufwände (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 11. September 2014, 2014/36, E. 21.3.2 f.). Eine Tarifdifferenzierung zwischen Spitälern mit und solchen ohne Notfallstation ist zulässig (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-1319/2018, C-1439/2018, C-1470/2018 vom 6. September 2019, E. 5.6.1). Mit Urteil vom 11. September 2014 hat das Bundesverwaltungsgericht den Entscheid des Regierungsrates des Kantons Zürich vom 13. März 2013 geschützt (RRB Nr. 278/2013), wonach für Spitäler ohne Notfallstation ein um Fr. 200 tieferer Basisfallwert festgesetzt wurde als für Spitäler mit einer Notfallstation. Weil in der SwissDRG-Tarifstruktur die Art des Spitaleintritts bei der Bestimmung des Kostengewichts keine Rolle spielt, haben Spitäler mit einer Notfallstation systematisch höhere Kosten. Dies rechtfertigt eine Tarifdifferenzierung, was bei Spitälern ohne Notfallstation mit einem Abschlag von Fr. 200 berücksichtigt wird. Mit den vom Regierungsrat genehmigten Tarifverträgen des See-Spitals (für die Standorte Kilchberg und Horgen) wurde diese Tarifdifferenz in jüngerer Zeit tarifpartnerschaftlich bestätigt (vgl. RRB Nr. 755/2021). Alle weiteren patientenspezifischen Merkmale mit Kostenrelevanz, das heisst, die Komplexität der Behandlungen, sind jedoch von der Tarifstruktur mittels spezifischer Kostengewichte zu berücksichtigen und abzubilden. Soweit entsprechende Kosten zu tief vergütet werden sollten, handelt es sich um einen Mangel in der Tarifstruktur. Dieser wäre auf nationaler Ebene zu bereinigen und ist deshalb nicht auf kantonaler Ebene über

einen Zuschlag zum Basisfallwert zu kompensieren. Vorliegend ist deshalb davon auszugehen, dass der Benchmark beim 33.3. Perzentil nach Anzahl Fällen die Kosten einer effizienten Leistungserbringung in einem Spital mit einer Notfallstation deckt (vgl. Ziff. 9.2.2.6), und somit auch die Kosten für die Vorhalteleistungen des KSW für seine Notfallstation umfasst. Zu bemerken bleibt, dass zwischen den Spitälern der vom KSW vorgelegten gesamtschweizerischen Vergleichsgruppe von 17 Spitälern mit einer Notfallstation Level 3 die ausgewiesenen Mehrkosten von Notfallpatienten breit streuen, womit fraglich ist, ob das Führen einer Notfallstation Level 3 überhaupt zu systematisch höheren schweregradbereinigten Fallkosten führt.

Weiter beantragt das KSW einen höheren Basisfallwert aufgrund hoher Kosten, die in der spezialisierten Kinderklinik anfallen. Das Bundesverwaltungsgericht hat festgehalten, dass eine Differenzierung der Leistungsunterschiede zwischen der Kinder- und Erwachsenenmedizin über die Basisfallwerte grundsätzlich systemwidrig sei und lediglich in der Einführungsphase der SwissDRG-Tarifstruktur in Betracht gezogen werden könne (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6392/2014 vom 27. April 2015, E. 4.6). Die SwissDRG-Tarifstruktur ist seit ihrer Einführung bezüglich Abbildung der Kosten der Kindermedizin stetig verfeinert worden (vgl. zum Beispiel die Systempräsentation SwissDRG V.9.0, S. 97, swissdrg.org/de/ueber-uns/veranstaltungen/archiv), weshalb für Spitäler mit einem Leistungsauftrag in Kindermedizin kein Zuschlag zum Referenzwert sachgerecht ist. Dies auch deshalb, weil im KSW gemäss seinen eigenen Auswertungen – wie von der tarifsuisse geltend gemacht – die schweregradbereinigten Fallkosten für Kinder sogar tiefer sind als jene der übrigen Patientinnen und Patienten. Dass die Bettenbelegung in Spitälern saisonalen Schwankungen unterworfen ist, ist nicht aussergewöhnlich. Dies gilt auch bezüglich des geltend gemachten Ansturms im Kindernotfall an Feierabenden und am Wochenende.

Schliesslich beantragt das KSW einen höheren Basisfallwert aufgrund hoher Kosten, die im Zusammenhang mit seinem generell breiten Leistungsspektrum anfallen. Dazu ist festzuhalten, dass die vom KSW vorgelegten Auswertungen nicht belegen, dass Spitäler, welche mehr als 700, 750 oder 800 verschiedene DRGs abrechnen, systematisch höhere schweregradbereinigte Fallkosten ausweisen als Spitäler mit einem kleineren Leistungsspektrum. In den vom KSW vorgelegten Daten besteht keine statistisch signifikante Korrelation zwischen der Anzahl der von den Spitälern angesteuerten DRGs und deren schweregradbereinigten Fallkosten. In diesen Daten fällt zudem auf, dass auch eine Gruppe von spezialisierten Spitälern, die also nur wenige verschiedene DRGs ansteuern, vergleichsweise hohe schweregradbereinigte Fallkosten ausweisen. Dies zeigt, dass kein Zusammenhang zwischen der Breite des Leistungsspektrums eines Spitals und dessen Fallkosten erkennbar ist.

Zusammenfassend ergibt sich, dass von einem Zuschlag zum Referenzwert für spitalindividuelle Besonderheiten des KSW abzusehen ist.

9.5 Festzusetzender Basisfallwert

Zusammenfassend ist der festzusetzende Tarif wie folgt herzuleiten:

Herleitung des festzusetzenden Basisfallwerts ab 1. Januar 2020	Betrag/Wert (auf Franken gerundet)
Hergeleiteter Benchmark – Benchmarking mit GDK-Spitalkostendaten 2018 – Gewichtung nach Fällen – 33.3. Perzentil	Fr. 9826
+ Teuerungszuschlag für das Jahr 2019 (+0,75%)	Fr. 74
Hergeleiteter Referenzwert	Fr. 9900
Basisfallwert ab 1. Januar 2020 für das KSW	**Fr. 9900**

9.6 Festsetzung vorbehältlich Mehrkosten aufgrund der Coronapandemie

9.6.1.1 Ausführungen des KSW

Das KSW beantragt, der SwissDRG Basisfallwert sei vorbehältlich einer nachträglichen und ab 1. Januar 2020 rückwirkenden Erhöhung zur Abdeckung von Mehrkosten aufgrund der Coronapandemie festzusetzen. Zur Begründung macht das KSW geltend, es sei eines von wenigen Zürcher Covid-A-Spitälern und somit von Beginn der Pandemie an verpflichtet gewesen, seine Ressourcen für die Bewältigung der Pandemie zur Verfügung zu stellen. Zudem seien aufgrund des bundesrechtlichen Behandlungsverbots für nicht dringliche Eingriffe im Frühjahr 2020 erhebliche Ertragsausfälle zu verzeichnen. Ein wesentlicher Teil der durch die Pandemie verursachten Mehrkosten betreffe die Erstellung OKP-pflichtiger Leistungen und sei daher tarifrelevant. Weil sich einerseits die Höhe dieser Mehrkosten aktuell nicht abschliessend beziffern liesse und weil es anderseits nicht sachgerecht sei, diese Mehrkosten erst in Tarifen späterer Jahre zu berücksichtigen, sei die nachträgliche Erhöhung des festzusetzenden Tarifs vorzubehalten.

9.6.1.2 Ausführungen der tarifsuisse

Die tarifsuisse bestreitet, dass Mehrkosten aufgrund der Coronapandemie Gegenstand eines ordentlichen Tariffestsetzungsverfahrens sein könnten. Dabei verweist die tarifsuisse auf die Verordnung 2 des Bundesrates über Massnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus. Bezüglich der durch diese Verordnung bzw. Anordnungen verursachten Kosten und entgangener Erträge müsse sich das KSW bei den Verursachern – dem Kanton und dem Bund – schadlos halten, weshalb auf den Antrag des KSW nicht einzutreten bzw. dieser abzuweisen sei. Zudem sei festzuhalten, dass gemäss der Rechtsprechung im vorliegenden Verfahren auf die Daten des Jahres 2018 abzustellen sei, die Coronapandemie jedoch nicht in diesen Zeitraum falle.

9.6.1.3 Ausführungen der HSK

Die HSK lehnt die Berücksichtigung allfälliger Mehrkosten aufgrund der Coronapandemie im vorliegenden Verfahren ebenfalls ab und verweist auf den Beschluss des Regierungsrates Nr. 799/2020, welcher eine Berücksichtigung solcher Mehrkosten auf übergeordneter Ebene vorsehe.

9.6.1.4 Ausführungen der CSS

Die CSS ist der Auffassung, dass die Krankenversicherer laut Gesetz nur effektiv erbrachte Leistungen finanzieren dürften. Eine Beteiligung an den voraussichtlichen Kosten im Zusammenhang mit der Coronapandemie durch die Krankenversicherer wäre systemfremd.

9.6.1.5 Rechtliches

Gemäss der Rechtsprechung ist für die Tarife des Jahres x grundsätzlich auf die Kostendaten des Jahres x-2 (und somit wie erwähnt auf die Kostendaten des Jahres 2018) abzustellen, in Ausnahmefällen auf jene des Jahres x-1 (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C 1698/2013 vom 7. April 2014, E. 3.5 f.). Deshalb können allfällige weitere Kosten des Jahres 2020 grundsätzlich nicht berücksichtigt werden.

10 Geltungsdauer des Tarifs

Nach der Rechtsprechung gilt ein gestützt auf Art. 47 Abs. 1 KVG hoheitlich festgesetzter Tarif grundsätzlich für die Dauer des tarifvertragslosen Zustandes und ist in der Regel nicht zu befristen. Nicht mit dem KVG vereinbar ist es, für einen Tarif eine Mindestgeltungsdauer oder eine feste Dauer vorzusehen (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-1319/2018 vom 6. September 2019, E. 8.2 mit Hinweisen). Entsprechend ist der Basisfallwert für das KSW vorliegend mit Wirkung ab dem 1. Januar 2020 mit unbefristeter Geltungsdauer festzusetzen.

11 Nachforderung der Tarifdifferenz

Der mit RRB Nr. 677/2019 mit Wirkung ab 1. Januar 2020 provisorisch festgesetzte Basisfallwert von Fr. 9650 für das KSW liegt um Fr. 250 unter dem vorliegend festgesetzten Basisfallwert von Fr. 9900. Für den provisorisch festgesetzten Tarif wurde die rückwirkende Geltendmachung der Tarifdifferenz durch die Berechtigten vorbehalten, falls der im Endentscheid endgültig genehmigte oder festgesetzte Tarif vom vorsorglich festgesetzten Tarif abweicht. Die Tarifpartner sind deshalb berechtigt, zu erklären, rückwirkend ab dem 1. Januar 2020 die Differenz zwischen dem mit RRB Nr. 677/2019 provisorisch festgesetzten Basisfallwert und dem vorliegend festgesetzten Basisfallwert nachzufordern.

12 Finanzielle Auswirkungen

Der mit diesem Beschluss geregelte Tarif ab 1. Januar 2020 für das KSW beruht auf einem Wirtschaftlichkeitsvergleich beim 33.3. Perzentil (vgl. Ziff. 9.2.2). Die Tarifanpassung und die Rückabwicklung gegenüber dem provisorischen Tarif führt zu Mehrausgaben bei den Krankenversicherern und beim Kanton. Beim KSW betragen die jährlichen Mehrausgaben gegenüber dem provisorisch abgerechneten Tarif bei einer geschätzten Leistungsmenge von 23 400 Case-Mix-Punkten insgesamt 5,9 Mio. Franken. Gemäss Art. 49a Abs. 1 KVG werden die Vergütungen vom Kanton und von den Krankenversicherern anteilsmässig übernommen. Der Kantonsanteil beträgt 55% und entspricht damit jährlichen Mehrbelastungen von rund 3,2 Mio. Franken rückwirkend ab 1. Januar 2020. Sofern der vorliegende Beschluss bereits im Jahr 2022 in Rechtskraft erwächst, würde sich die im Jahr 2022 anfallende kumulierte Mehrbelastung 2020–2022 zulasten der Kantonsfinanzen somit auf 9,7 Mio. Franken belaufen. Sollte der vorliegende Beschluss nicht unmittelbar, sondern erst zu einem späteren Zeitpunkt in Rechtskraft erwachsen, erhöht sich die geschätzte Summe der kumulierten Mehrkosten in den Folgejahren jährlich um 3,2 Mio. Franken.

Rechtliche Grundlage für die Ausgabe bildet Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG. Demnach orientieren sich die Spitaltarife an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Bei den nach Art. 49a Abs. 1 KVG vorgegebenen Kostenanteilen des Kantons handelt es sich gemäss § 2 des Staatsbeitragsgesetzes (LS 132.2) um Staatsbeiträge, auf die das Gesetz einen Anspruch einräumt und deren Höhe sich aus der Gesetzgebung ergibt.

Die gebundene Ausgabe betrifft die Erfolgsrechnung der Leistungsgruppe Nr. 6300, Somatische Akutversorgung und Rehabilitation. Die Mehrkosten fallen rückwirkend ab 1. Januar 2020 an. Die erforderlichen Mittel für die Tarifanpassung und die anfallenden Tarifrückabwicklungen sind im Budget 2022 und im Konsolidierten Entwicklungs- und Finanzplan (KEF) 2022–2025 sowie im Budgetentwurf 2023 und KEF 2023–2026 nur teilweise eingestellt und können innerhalb der Leistungsgruppe Nr. 6300 nicht kompensiert werden. Der nicht kompensierte Anteil geht vollumfänglich zulasten der laufenden Jahresrechnung ab Eintritt der Vollstreckbarkeit des Beschlusses. Die Voraussetzung für die Bewilligung der Kreditüberschreitung im Jahr 2022 (bzw. in den Folgejahren) ist gegeben, da es sich vorliegend um eine vom Bundesrecht vorgeschriebene, zwingende Ausgabe handelt (§ 22 Abs. 1 lit. b Gesetz über Controlling und Rechnungslegung [LS 611]). Bei Eintritt der Vollstreckbarkeit des Beschlusses werden die finanziellen Auswirkungen der definitiv festgesetzten Tarife über die Instrumente der kantonalen Budgetierung, insbesondere Budgetentwurf und KEF bzw.

Nachtrag zum Budgetentwurf, in die kantonale Finanzplanung aufgenommen. Zur Sicherstellung einer zweckmässigen Versorgung der Zürcher Bevölkerung ist die Tariferhöhung entsprechend notwendig.

13 Parteientschädigung

Verschiedene Tarifpartner beantragen eine Parteientschädigung. Gemäss § 17 Abs. 2 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes (LS 175.2) werden im Verfahren vor den Verwaltungsbehörden keine Parteientschädigungen zugesprochen. Es sind deshalb keine Parteientschädigungen zuzusprechen.

14 Rechtsmittel

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

15 Weitergeltung der vorsorglichen Massnahmen

Der Regierungsrat setzte, wie erwähnt, mit Beschluss Nr. 677/2019 für die Dauer der Festsetzungsverfahren die provisorische Weitergeltung der verlängerten Tarifverträge fest samt Basisfallwert von Fr. 9650 für das KSW. 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 (Regina Kiener, in: VRG-Kommentar, N. 29 zu § 6). Gemäss Art. 55 Abs. 1 des Verwaltungsverfahrensgesetzes (VwVG; SR 172.021) hat eine Beschwerde aufschiebende Wirkung. Diese Wirkung tritt erst mit Erhebung der Beschwerde, nicht aber bereits mit Beginn der Rechtsmittelfrist ein (vgl. statt vieler Alfred Kölz / Isabelle Häner / Martin Bertschi, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2013, N. 1069). 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 Nr. 677/2019 für die Dauer der

Rechtsmittelfrist und eines sich allenfalls daran anschliessenden Rechtsmittelverfahrens angeordneten vorsorglichen Massnahmen in Kraft bleiben.

16 Teilweise Öffentlichkeit

Wie erwähnt (Ziff. 2 und 9.1.2) sind die Nutzungsrechte des Kantons Zürich an den interkantonalen Daten, die über die GDK-Plattform zwischen den Kantonen ausgetauscht werden, eingeschränkt. Die beigezogenen GDK-Spitalkostendaten wurden im Rahmen des vorliegenden Verfahrens gestützt auf berechtigte Anregungen der Verfahrensparteien bezüglich einzelner Spitäler teilweise modifiziert. Da einerseits private Interessen der schweizweit beteiligten Spitäler gegen eine Veröffentlichung von Ausführungen und Berechnungen zu einzelnen Spitälern sprechen und zudem die Nennung von Spitälern, deren Daten modifiziert wurden, die künftige Mitarbeit der Kantone an der Datenlieferung zuhanden der GDK beeinträchtigen könnte, ist die Beilage zum vorliegenden Beschluss – einschliesslich des den Kontaktpersonen auf Verlangen der Parteien zuzustellenden Datensets im Excel-Format betreffend Herleitung der schweregradbereinigten Fallkosten – nicht öffentlich zugänglich zu machen (§ 23 Abs. 2 lit. d und Abs. 3 Gesetz über die Information und den Datenschutz vom 12. Februar 2007 [LS 170.4]).

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Für stationäre akutsomatische Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die nach SwissDRG abgerechnet werden, wird für das Kantonsspital Winterthur (KSW) einerseits und die von der CSS Kranken-Versicherung AG, der Einkaufsgemeinschaft HSK AG und der tarifsuisse ag vertretenen Versicherer anderseits mit Wirkung ab 1. Januar 2020 ein SwissDRG-Basisfallwert von Fr. 9900 festgesetzt.

II. Das Gesuch des KSW um nachträgliche und ab 1. Januar 2020 rückwirkende Erhöhung des Tarifs zur Abdeckung von allfälligen Mehrkosten aufgrund der Coronapandemie wird abgewiesen.

III. Die Tarifpartner sind berechtigt, rückwirkend ab dem 1. Januar 2020 die Differenz zwischen den mit RRB Nr. 677/2019 angeordneten provisorischen Tarifen und den gemäss Dispositiv I festgesetzten Tarif nachzufordern.

IV. Das Kantonsspital Winterthur, die CSS Kranken-Versicherung AG, die Einkaufsgemeinschaft HSK AG, die tarifsuisse ag sowie die Preisüberwachung werden verpflichtet, die Beilage «Spitalkostendaten und Benchmarking» zu diesem Beschluss – einschliesslich des den Kontakt-

personen auf Verlangen der Parteien zuzustellenden Datensets im Excel-Format betreffend Herleitung der schweregradbereinigten Fallkosten – nur im Zusammenhang mit dem vorliegenden Verfahren zur Festsetzung des Basisfallwerts für das KSW zu verwenden und die daraus erfahrenen Tatsachen und Erkenntnisse weder in anderen Tarifgenehmigungs- oder Tariffestsetzungsverfahren zu verwenden noch an Drittpersonen weiterzugeben.

V. Für den Fall der Widerhandlung gegen Dispositiv IV wird eine Bestrafung wegen Ungehorsams gegen eine amtliche Verfügung im Sinne von Art. 292 StGB (Bestrafung mit Busse bis Fr. 10000) angedroht.

VI. Die mit RRB Nr. 677/2019 angeordnete provisorische Weitergeltung der verlängerten Tarifverträge samt Basisfallwerte von Fr. 9650 für das KSW bleibt für die Dauer der Rechtsmittelfrist und eines sich allenfalls daran anschliessenden Rechtsmittelverfahrens in Kraft.

VII. 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.

VIII. Dispositiv I–VII werden im Amtsblatt veröffentlicht.

IX. Mitteilung einschliesslich der Beilage «Spitalkostendaten und Benchmarking» an folgende Parteien, je für sich sowie bei Verbänden zuhanden ihrer Mitglieder (E):

- CSS Kranken-Versicherung AG, Recht & Compliance, Tribschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern
- Einkaufsgemeinschaft HSK AG, Postfach, 8081 Zürich
- Helsana Versicherungen AG, Recht & Compliance, Postfach, 8081 Zürich
- Preisüberwachung, Einsteinstrasse 2, 3003 Bern
- tarifsuisse ag, Lagerstrasse 107, 8004 Zürich
- Kantonsspital Winterthur, Brauerstrasse 15, Postfach 834, 8401 Winterthur
- Gesundheitsdirektion

Vor dem Regierungsrat
Die Staatsschreiberin:

Kathrin Arioli

Inhalt

1 Ausgangslage 1
2 Verfahrensgeschichte 2
3 Anhörung der Preisüberwachung 4
4 Definitive Festsetzungsanträge der Parteien 5
4.1 Anträge des KSW 5
4.2 Anträge der tarifsuisse 5
4.3 Anträge der HSK 5
4.4 Anträge der CSS 5
5 Prozessuale Anträge 5
5.1 Prozessuale Anträge des KSW 5
5.1.1 Schreiben des KSW vom 3. Juli 2020 5
5.1.2 Schreiben des KSW vom 15. Januar 2021 7
5.2 Prozessuale Anträge der tarifsuisse 8
5.3 Prozessuale Anträge der HSK 10
5.4 Prozessuale Anträge der CSS 11
5.5 Fazit zu den prozessualen Anträgen der Parteien 13
6 Im Festsetzungsentscheid zu klärende Punkte 13
6.1 Bestimmung der benchmarkingrelevanten Betriebskosten je Spital 13
6.2 Benchmarking 14
6.3 Ermittlung des Referenzwerts 14
6.4 Spitalindividuelle Zuschläge 15
7 Voraussetzungen für eine Tariffestsetzung gegeben 15
8 Grundsätze der Wirtschaftlichkeitsprüfung 15
9 Tariffestsetzung ab 1. Januar 2020 16
9.1 Bestimmung der benchmarkingrelevanten Betriebskosten und des Basiswerts für jedes Spital 17
9.1.1 Massgebendes Datenmaterial 17
9.1.2 Bekanntgabe und Bereinigung der GDK-Spitalkostendaten 2018 19
9.1.3 Abzug Kosten für Leistungserbringung an Personen mit Zusatzversicherung 21
9.1.4 Gemeinwirtschaftliche Leistungen 25
9.1.5 Bewertung der Anlagenutzungskosten 29
9.1.6 Herleitung des benchmarkingrelevanten Basiswerts 34

9.2 Benchmarking: Durchführung des Betriebsvergleichs 35
9.2.1 Ein- oder Ausschluss der Geburtshäuser 35
9.2.2 Festlegung der Gewichtung und des Perzentils: Massstab für effiziente Leistungserbringung 38
9.3 Ermittlung des Referenzwerts 43
9.3.1 Zuschlag der Teuerung zum Benchmark 43
9.3.2 Regionales Kostenniveau 45
9.4 Spitalindividuelle Zuschläge 47
9.5 Festzusetzender Basisfallwert 56
9.6 Festsetzung vorbehältlich Mehrkosten aufgrund der Coronapandemie 56
10 Geltungsdauer des Tarifs 57
11 Nachforderung der Tarifdifferenz 57
12 Finanzielle Auswirkungen 58
13 Parteientschädigung 59
14 Rechtsmittel 59
15 Weitergeltung der vorsorglichen Massnahmen 59
16 Teilweise Öffentlichkeit 60