

Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich

Sitzung vom 31. August 2022

1154. Krankenversicherung (Tarif für stationär erbrachte akutsomatische Leistungen des Stadtspitals Zürich, Standort Triemli, gegenüber den Versicherern der CSS und der tarifsuisse ab 1. Januar 2019 bis 31. Dezember 2019 und ab 1. Januar 2020; Festsetzung)

I 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 nach SwissDRG zwischen dem Stadtspital Zürich, Standort Triemli (im Folgenden Stadtspital Triemli), einerseits sowie den von der tarifsuisse ag (tarifsuisse) und der CSS Kranken-Versicherung AG (CSS) vertretenen Versicherern anderseits kam vom 1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2017 ein Basisfallwert von Fr. 9700 zur Anwendung. Dieser Tarif wurde zwischen dem Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich (GUD) und der tarifsuisse vertraglich vereinbart. Zu den Vertragspartnern gehörten auch die von der CSS vertretenen Versicherer, die heute nicht mehr der tarifsuisse angeschlossen sind. Der Regierungsrat genehmigte den genannten Tarifvertrag mit Beschluss Nr. 634/2016. Die Tarifverträge wurden vom Regierungsrat mit Beschluss Nr. 657/2018 um ein Jahr bis 31. Dezember 2018 verlängert. Vor dem Hintergrund des ab 2019 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 2019 festgesetzt, unter Vorbehalt der rückwirkenden Geltendmachung einer allfälligen Differenz zwischen den provisorischen und den definitiven Tarifen.

2 Verfahrensgeschichte

2.1 Verfahren bis August 2020 für Tarife ab 2019

Da sich das GUD mit der CSS und der tarifswisse nicht auf einen neuen Basisfallwert für das Stadtspital Triemli ab 2019 einigen konnte, ersuchte das GUD mit je separaten Schreiben vom 22. März 2019 um Festsetzung des Basisfallwerts ab 1. Januar 2019 gegenüber der CSS und der tarifswisse. Die Versicherer-Gruppierungen nahmen mit Schreiben vom 15. Mai 2019 (CSS) und 21. Mai 2019 (tarifswisse) Stellung. Mit Schreiben vom 23. Juli 2019 kündigte die Gesundheitsdirektion die Koordination von je einer Einigungsverhandlung zwischen dem GUD und der CSS bzw. der tarifswisse an. Die Einigungsverhandlungen fanden schliesslich am 29. Oktober 2019 (Stadtspital Triemli und tarifswisse) und am 19. November 2019 (Stadtspital Triemli und CSS) statt. Nachdem in der Folge keine Verhandlungslösung zwischen den Parteien erzielt werden konnte, hat die Gesundheitsdirektion mit Schreiben vom 24. Januar 2020 das GUD einerseits eingeladen, zu den Stellungnahmen der Versicherer-Gruppierungen vom Mai 2019 Stellung zu nehmen und andererseits die in den Festsetzungsanträgen des GUD geltend gemachten Zuschlüsse für spitalindividuelle Besonderheiten des Stadtspitals Triemli zu substantiiieren. Mit Eingaben vom 30. März 2020 hat das GUD mit je separaten Schreiben bezüglich Tariffestsetzung gegenüber der CSS bzw. tarifswisse Stellung genommen. Gleichzeitig machte das GUD in beiden Schreiben für verschiedene Beilagen Geheimhaltungsinteressen geltend, da die Beilagen Geschäftsgeheimnisse des GUD bzw. anderer Spitäler enthielten. Das GUD führte weiter dazu aus, dass diese Beilagen nur unter der ausdrücklichen Auflage offengelegt würden, dass diese einzig für den Zweck des vorliegenden Verfahrens bearbeitet werden dürfen und Dritten weder offenzulegen noch für einen Zweck ausserhalb dieses Verfahrens zu verwenden seien. Mit Schreiben vom 20. April 2020 stellte die Gesundheitsdirektion die Eingaben des GUD vom 30. März 2020 den beiden Versicherer-Gruppierungen ohne Beilagen zur Kenntnisnahme zu und ersuchte die CSS und die tarifswisse, entsprechende Geheimhaltungserklärungen zurückzusenden. Mit Schreiben je vom 13. Mai 2020 erklärten die CSS und die tarifswisse, sie seien nicht bereit, für den Erhalt der Beilagen Geheimhaltungserklärungen zu unterzeichnen, zudem sei fraglich, ob es sich überhaupt um schützenswerte Daten handle. Mit Schreiben vom 28. Mai 2020 ersuchte die Gesundheitsdirektion das GUD, seine Geheimhaltungsinteressen zu konkretisieren. Nachdem das GUD mit Schreiben vom 10. Juni 2020 eine entsprechende Stellungnahme

eingereicht hatte, ersuchte die Gesundheitsdirektion mit Schreiben vom 22. Juni 2020 die Versicherer-Gruppierungen um Stellungnahme zu den vom GUD geltend gemachten Geheimhaltungsinteressen. Mit Schreiben vom 28. Juli 2020 hat die Gesundheitsdirektion die Versicherer-Gruppierungen ersucht, zur jeweiligen Eingabe des GUD vom 30. März 2020 Stellung zu nehmen sowie Kontaktpersonen zur Übermittlung der vom GUD gekennzeichneten vertraulichen Beilagen bekannt zu geben. In der Folge wurden die Beilagen an die bezeichneten Kontaktpersonen übermittelt.

2.2 Verfahren bis August 2020 für Tarife ab 2020

Da sich das GUD mit der CSS und der tarifsuisse parallel zum Festsetzungsverfahren des Basisfallwerts ab 2019 auch nicht auf einen neuen Tarif für das Stadtspital Triemli ab 2020 einigen konnte, ersuchte das GUD mit je separaten Schreiben vom 23. Dezember 2019 um Festsetzung des Basisfallwerts des Stadtspitals Triemli ab 1. Januar 2020 gegenüber der CSS und der tarifsuisse. Zu diesen Anträgen nahmen die Versicherer-Gruppierungen mit Schreiben vom 5. März 2020 (CSS) und 24. April 2020 (tarifsuisse) je einzeln Stellung. In der Folge hat die Gesundheitsdirektion mit Schreiben vom 6. Mai 2020 das GUD einerseits eingeladen, zu den Eingaben der Versicherer-Gruppierungen Stellung zu nehmen und anderseits die in den Festsetzungsanträgen des GUD geltend gemachten Zuschläge für spitalindividuelle Besonderheiten des Stadtspitals Triemli zu substantiiieren. Mit Eingaben vom 6. Juni 2020 ist das GUD diesen Er-suchen nachgekommen und hat mit je einem separaten Schreiben bezüg-lich Tariffestsetzung gegenüber CSS bzw. tarifsuisse Stellung genommen. Gleichzeitig machte das GUD in beiden Schreiben für verschiedene Beilagen Geheimhaltungsinteressen geltend und ersuchte darum, diese Beilagen nur unter der ausdrücklichen Auflage offenzulegen, dass diese einzig für den Zweck des vorliegenden Verfahrens bearbeitet werden dürfen und Dritten weder offenzulegen noch für einen Zweck ausserhalb dieses Verfahrens zu verwenden seien. Mit Schreiben vom 28. Juli 2020 hat die Gesundheitsdirektion die Versicherer-Gruppierungen ersucht, zur jeweiligen Eingabe des GUD vom 6. Juni 2020 Stellung zu nehmen sowie Kontaktpersonen zur Übermittlung der entsprechenden Beilagen bekannt zu geben. In der Folge wurden die Beilagen an die bezeichneten Kontaktpersonen übermittelt.

2.3 Verfahrensvereinigung

Mit Schreiben vom 22. September 2020 stellte die CSS den Antrag, die beiden Verfahren für die Festsetzung des Basisfallwerts für das Stadtspital Triemli ab 1. Januar 2019 bzw. ab 1. Januar 2020 zu vereinen. Des Weiteren beantragte die CSS, dass aus Gründen der Verfahrensökonomie auch für die verschiedenen Versicherer-Gruppierungen keine unterschied-

lichen Verfahren zu führen seien. Nach Anhörung der Parteien hat der Regierungsrat mit Beschluss Nr. 1143/2020 die Verfahren zur Festsetzung des Basisfallwerts für das Stadtspital Triemli ab 1. Januar 2019 und ab 1. Januar 2020 zwischen dem GUD und der CSS bzw. tarifuisse vereinigt.

2.4 Vereinigtes Verfahren für Tarife ab 2019 und ab 2020

Mit Schreiben vom 27. Januar 2021 setzte die Gesundheitsdirektion im vereinigten Verfahren den Versicherer-Gruppierungen die Fristen für die Stellungnahmen des GUD vom 30. März 2020 und 6. Juni 2020 neu an, die im Rahmen der Verfahrensvereinigungen abgenommen worden waren. Gleichzeitig teilte die Gesundheitsdirektion den Parteien mit, dass sie für die Festsetzung der Basisfallwerte in Betracht ziehe, Spitalkosten beizuziehen, welche die Kantone über eine Plattform der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) austauschen. Zudem wies sie darauf hin, dass die Nutzungsrechte des Kantons Zürich an diesen interkantonalen Daten eingeschränkt seien und die Vertraulichkeit der Daten sichergestellt werden müsse und die bekannt gegebenen Tarifdaten von den Parteien nicht ausserhalb des Verfahrens verwendet werden dürften. Mit Schreiben vom 23. Februar 2021 (CSS) und 10. März 2021 (tarifuisse) legten die Versicherer-Gruppierungen ihre Stellungnahmen zu den Eingaben des GUD vor. Mit Schreiben vom 31. März 2021 stellte die Gesundheitsdirektion diese Eingaben den Parteien zur Kenntnisnahme zu. Zudem übermittelte die Gesundheitsdirektion verschiedene Spitalkostendaten der GDK-Plattform (im Folgenden «GDK-Spitalkostendaten») für das Datenjahr 2017 (142 Dateien) und für das Datenjahr 2018 (147 Dateien) per USB-Speicherstick persönlich und vertraulich den von den Parteien bezeichneten Kontaktpersonen und ersuchte die Parteien um Stellungnahme dazu. Gleichzeitig kündigte die Gesundheitsdirektion an, die vollständige Datengrundlage zugänglich zu machen, die über die Plattform der GDK zwischen den Kantonen für die Jahre 2017 und 2018 ausgetauscht wurde. Die Gesundheitsdirektion lud die Parteien ein, die Daten aufgrund des eingeschränkten Nutzungsrechtes des Kantons Zürich in den Räumlichkeiten der Gesundheitsdirektion einzusehen und hielt zugleich fest, dass die bekannt gegebenen Tarifdaten von den Parteien nicht ausserhalb des Verfahrens verwendet werden dürfen. Nach Unterzeichnung einer entsprechenden Vertraulichkeitserklärung sahen das GUD (am 23. April 2021 und 7. Mai 2021) und die tarifuisse (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 von der Gesundheitsdirektion geprüft und der jeweiligen Partei zugestellt wurden. Die CSS verzichtete auf eine Dateneinsicht vor Ort.

Mit Schreiben vom 21. Januar 2021 wurde die Preisüberwachung eingeladen, zu den Festsetzungsanträgen der Parteien Stellung zu nehmen. Mit E-Mail vom 29. Januar 2021 ersuchte die Preisüberwachung um Übermittlung der relevanten Parteieingaben (Tarifanträge ohne Beilagen sowie Tarifberechnungen bzw. Benchmarkings der Parteien). Mit Schreiben vom 19. Februar 2021 ist die Gesundheitsdirektion diesem Ersuchen nachgekommen und hat der Preisüberwachung die gewünschten Unterlagen übermittelt. Die Preisüberwachung hat mit Schreiben vom 30. März 2021 eine Empfehlung zuhanden des Regierungsrates des Kantons Zürich zum Festsetzungsverfahren zwischen dem GUD einerseits und der CSS bzw. der tarifsuisse anderseits betreffend Basisfallpreis des Stadtspitals Triemli ab 1. Januar 2019 und ab 1. Januar 2020 eingereicht. Mit Schreiben vom 28. April 2021 hat die Gesundheitsdirektion die Empfehlung der Preisüberwachung dem GUD und den Versicherer-Gruppierungen übermittelt und die Parteien zur Stellungnahme eingeladen.

Die CSS nahm mit Schreiben vom 11. Mai 2021 zu den GDK-Spitalkostendaten sowie am 20. Mai 2021 zur Empfehlung der Preisüberwachung Stellung. Das GUD hat sich mit Schreiben vom 25. Mai 2021 zur Empfehlung der Preisüberwachung und mit Schreiben vom 28. Juni 2021 zu den GDK-Spitalkostendaten geäussert. Die tarifsuisse hat ihre Stellungnahmen mit zwei separaten Schreiben vom 28. Juni 2021 zur Empfehlung der Preisüberwachung bzw. zu den eingesehenen GDK-Spitalkostendaten eingereicht. Mit Schreiben vom 8. September 2021 stellte die Gesundheitsdirektion die eingegangenen Stellungnahmen zu den GDK-Spitalkostendaten und zur Empfehlung der Preisüberwachung den Parteien gegenseitig zur Kenntnisnahme zu.

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 Spitätern, nach Anzahl Fällen oder nach Case Mix) ein Ermessensspielraum zu, wobei sich die Preisüberwachung für das 20. Perzentil und für eine Gewichtung nach Anzahl Spitätern ausspricht. Das nationale Benchmarking führe bei ineffizienten Spitätern zu ungedeckten Kosten. Dadurch entstünden Anreize zur Effizienzsteigerung.

Die Preisüberwachung leitet auf Grundlage der Kosten- und Leistungsdaten 2018 von 134 Spitäler (einschliesslich Geburtshäuser und alle 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 Stadtspital Triemli, ab 1. Januar 2020 höchstens einen Basisfallwert von Fr. 9349 festzusetzen. Aus Sicht der Preisüberwachung stellt das Benchmarking basierend auf Daten des Jahres 2018 ohne Teuerungszuschlag auch eine geeignete Grundlage für die Beurteilung der Tarife 2019 dar. Sie empfiehlt deshalb, für das Stadtspital Triemli ab 1. Januar 2019 höchstens einen Basisfallwert von Fr. 9280 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 sowie die Empfehlung der Preisüberwachung aufgeführt:

Beantragte bzw. empfohlene Basisfallwerte nach SwissDRG für das Stadtspital Triemli				
	GUD	tarifswisse	CSS	Preisüberwachung
Ab 1. Januar 2019	Fr. 10 864 (mindestens)	Fr. 9485 (höchstens)	Fr. 9595	Fr. 9280 (höchstens)
Ab 1. Januar 2020	Fr. 10 583 (mindestens)	Fr. 9634 (höchstens)	Fr. 9610	Fr. 9349 (höchstens)

5 Prozessuale Anträge der Parteien

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

5.1 Prozessuale Anträge des GUD

5.1.1 Schreiben des GUD vom 22. März 2019 gegenüber CSS bzw. gegenüber tarifswisse (bzgl. Tarife ab 2019)

Das GUD stellt folgende «Verfahrensanträge»:

1. *Die Festsetzungsbehörde habe ein 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 Bezug 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 und allfällige weitere Anträge zum Verfahren zu formulieren.*

Zu diesen Anträgen macht das GUD geltend, der Basisfallwert für das Stadtspital Triemli müsse gemäss den rechtlichen Vorgaben anhand eines Benchmarkings bestimmt werden. Dem GUD 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 GUD 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 allfälligen Korrekturen der benchmarkingrelevanten Betriebskosten gemäss Ziff. 2 durch die Festsetzungsbehörde und deren Begründung;*
4. *die allfälligen Korrekturen der benchmarkingrelevanten Betriebskosten gemäss Ziff. 2 durch die Festsetzungsbehörde und deren Begründung;*
5. *die Anlagenutzungskosten nach VKL und (soweit vorhanden) RE-KOLE®;*
6. *die Fallzahlen und der relevante CMI.*

Zu diesen Anträgen ist Folgendes festzuhalten: Dem vorliegenden Tariffestzungsscheid liegen die GDK-Spitalkostendaten der Jahre 2017 und 2018 zugrunde (vgl. Ziff. 9.1.1). Die Verfahrensparteien hatten Gelegenheit, die GDK-Spitalkostendaten 2017 und 2018 einzusehen und sich zu diesen zu äussern (vgl. Ziff. 2.4 und 9.1.2 sowie die Beilage

[Spitalkostendaten und Benchmarking] zum vorliegenden Regierungsratsbeschluss). Die GDK-Spitalkostendaten umfassen die vom GUD oben aufgeführten Spezifikationen.

5.1.2 Schreiben des GUD vom 23. Dezember 2019 gegenüber CSS bzw. gegenüber tarifsuisse (bzgl. Tarife ab 2020)

Das GUD stellt folgende «Verfahrensanträge»:

1. *Es sei davon Vormerk zu nehmen, dass sich die Gesuchstellerin vorbehält, ihr Gesuch im weiteren Verlauf des Verfahrens zu ergänzen und gegebenenfalls ihre Rechtsbegehren anzupassen;*
2. *soweit sich die GD nicht auf die mit vorliegender Eingabe eingereichten Kosten- und Leistungsdaten des Vereins SpitalBenchmark stützen wollen sollte, habe die Festsetzungsbehörde ein 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;*
3. *die Festsetzungsbehörde habe der Gesuchstellerin den Bezug von Datengrundlagen gemäss Verfahrensantrag Nr. 2 zu den Verfahrensakten zur Kenntnis zu bringen und ihr integrale Akteneinsicht in die beigezogenen Unterlagen zu gewähren;*
4. *zugleich mit der Offenlegung gemäss Verfahrensantrag Nr. 3 habe die Festsetzungsbehörde der Gesuchstellerin die Gelegenheit zu geben, ihr Rechtsbegehren in der Sache zu konkretisieren und allfällige weitere Anträge zum Verfahren zu formulieren.*

Verfahrensantrag 1 muss nicht beurteilt werden. Die übrigen Verfahrensanträge wurden bereits unter Ziff. 5.1.1 abgehandelt.

5.1.3 Schreiben des GUD vom 30. März 2020 gegenüber CSS bzw. gegenüber tarifsuisse (bzgl. Tarife ab 2019)

Das GUD passte die «Verfahrensanträge» wie folgt an:

1. *Soweit die Festsetzungsbehörde für den Zweck des gesamtschweizerischen Benchmarkings nicht auf die Daten des Vereins SpitalBenchmark (Datenjahr 2017) abstehen 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 Bezug von Datengrundlagen gemäss Verfahrensantrag Nr. 1 zu den Verfahrensakten zur Kenntnis zu bringen und ihr integrale Akteneinsicht in die beigezogenen Unterlagen zu gewähren;*

Auch diese Verfahrensanträge wurden bereits unter Ziff. 5.1.1 abgehandelt.

*5.1.4 Schreiben des GUD vom 3. Juli 2020 gegenüber tarifsuisse
(bzgl. Tarife ab 2020)*

Das GUD stellt folgende neuen oder angepassten «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;*
4. *es sei das vorliegende Verfahren betreffend die Tarife ab 1. Januar 2020 nicht mit dem Festsetzungsverfahren betreffend die stationären Tarife der Gesuchstellerin ab 1. Januar 2019 (Verfahren Nr. 516–2019) zu vereinigen;*
5. *die Verfahrensanträge Nr. 1–4 der Gesuchsgegnerinnen gemäss deren Eingabe vom 24. April 2020 seien abzuweisen.*

Die Verfahrensanträge 1 und 2 wurden bereits unter Ziff. 5.1.1 abgehandelt. Die Verfahrensvereinigung erfolgte mit RRB Nr. 1143/2020 (vgl. Ziff. 2.3). Die Verfahrensanträge der Gegenparteien werden im Zusammenhang mit deren Verfahrensanträgen abgehandelt.

*5.1.5 Schreiben des GUD vom 3. Juli 2020 gegenüber CSS
(bzgl. Tarife ab 2020)*

Das GUD stellt folgende angepassten «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;*

Auch diese Verfahrensanträge wurden bereits unter Ziff. 5.1.1 abgehandelt.

5.1.6 Schreiben des GUD vom 25. Mai 2021 gegenüber CSS bzw. gegenüber tarifsuisse (bzgl. Tarife ab 2019 und ab 2020)

Das GUD stellt folgenden zusätzlichen «Verfahrensantrag»:

- 4. der Empfehlung der PUE sei keine Folge zu leisten;*

Die Empfehlung der Preisüberwachung wird im Zusammenhang mit einzelnen Herleitungsschritten zur Tariffestlegung abgehandelt (vgl. Ziff. 3 und 9).

5.1.7 Schreiben des GUD vom 28. Juni 2021 gegenüber CSS bzw. gegenüber tarifsuisse (bzgl. Tarife ab 2019 und ab 2020)

Das GUD stellt folgende neuen «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 Kosten-daten zu ermitteln; sie haben das Abklärungsergebnis der Gesuchstellerin offenzulegen und ihr Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben;*
- 2. eventualiter (zu 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. sollte die GD für die Berechnung des differenzierten Notfallzuschla-ges Level 3 nicht wie beantragt auf die Daten des Vereins SpitalBench-mark abstellen, so habe sie die aus ihrer Sicht notwendigen Daten aus den ihr vorliegenden PRISMA-Daten zu den Akten im vorliegenden Verfahren zu nehmen und der Gesuchstellerin zur Stellungnahme offenzulegen;*
- 4. sollte die GD für die Berechnung des Zuschlags für hochdefizitäre Fälle nicht wie beantragt auf die von der Gesuchstellerin eingereichten Fallkostendaten (vgl. Beilagen 130 und 138) abstellen, so habe sie die aus ihrer Sicht notwendigen Daten aus den ihr vorliegenden PRISMA-Daten zu den Akten im vorliegenden Verfahren zu nehmen und der Gesuchstellerin offenzulegen.*

Zu den Verfahrensanträgen 1 und 2 betreffend Mehrkosten von zusatzversicherten Personen hält das GUD 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 neu zu berechnen. Alternativ sei die Datengrundlage für den bisherigen normativen Abzug offenzulegen. Zum Verfahrensantrag 3 betreffend Notfallzuschlag Level 3 beantragt das GUD, die bisher praktizierte Tarifdifferenzierung zwischen Spitätern mit und ohne Notfallstation sei neu zu berechnen und insbesondere zu differenzieren für Spitäler mit einer Notfallstation Level 3 (die weiteren

Ausführungen des GUD sind in Ziff. 9.4.1 aufgeführt). Sofern die Feststellungsbehörde dazu nicht auf die vom GUD vorgelegten Auswertungen der Daten des Vereins SpitalBenchmark abstehen wolle, habe sie die relevanten Daten aus ihrer eigenen Datenbank zu entnehmen und dem GUD zur Einsichtnahme offenzulegen. Zum Verfahrensantrag 4 betreffend «Häufung von hochdefizitären Fällen» beantragt das GUD auf Grundlage der eigenen Fallkostendaten des Stadtspitals Triemli einen Zuschlag. Sollte die Gesundheitsdirektion nicht auf die vom GUD eingereichten Daten abstehen, habe sie die relevanten Daten aus ihrer eigenen Datenbank zu entnehmen und dem GUD zur Einsichtnahme offenzulegen. Die Gesundheitsdirektion verfüge über eine breitere Datenbasis, die hinsichtlich der hochdefizitären Fällen einen Vergleich mit anderen Zürcher Listenspitälern gestatte.

Zu diesen Verfahrensanträgen ist Folgendes zu 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. Ziff 9.1.3 sowie Beilage Ziff. 2). Die Verfahrensparteien hatten Gelegenheit, diese Daten einzusehen und sich zu diesen zu äussern (vgl. Ziff. 2.4 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 erübriggt.

Auf die mit Verfahrensanträgen 3 und 4 beantragten Zuschläge für die Notfallstation Level 3 und für hochdefizitäre Fälle ist unter Ziff. 9.4 vertieft einzugehen.

5.2 Prozessuale Anträge der tarifsuisse

5.2.1 Schreiben der tarifsuisse vom 21. Mai 2019 (bzgl. Tarife ab 2019)

Die tarifsuisse stellt folgende «Verfahrensanträge»:

1. *Das Gesundheitsdepartement des Kantons Zürich (GD ZH) habe den Gesuchsteller zur Herausgabe des für die Tariffestsetzung notwendigen transparenten, vollständigen und differenzierten Leistungs- und Kostendatenmaterials gemäss den im Gesuch begründeten Editionsanträgen zu verpflichten.*
2. *Den Gesuchgegnern sei nach Eingang der edierten Leistungs- und Kostendaten das rechtliche Gehör zu gewähren.*

Weiter stellt die tarifsuisse folgende «Editionsanträge»:

- *Edition 1: Der Gesuchsteller sei zu verpflichten, datenbasiertes transparentes, vollständiges, reales und nicht normatives Leistungs- und Kostendatenmaterial im Sinne von Art. 49 Abs. 7 KVG und in Verbindung mit Art. 9 VKL zu edieren. Der Gesuchsteller darf keines-*

falls einen Vorteil daraus ziehen, wenn er keine Daten liefert. Überdies hat die Regierung die Festsetzungsbehörde den Sachverhalt aufgrund der Untersuchungsmaxime zu untersuchen. Es genügt nicht, den Entscheid auf den Angaben der Leistungserbringer zu stützen (BVGer Urteil C-1918/2016 E. 6.3 und 6.4).

- Edition 2: Der Gesuchsteller sei zu verpflichten, die Erlassung, Zuordnung und Umlage der Betriebskosten gemäss dem spitalinternen System, detailliert in nachvollziehbarer Form, datenbasiert nach BAB einschliesslich Umlage- und Verrechnungsschlüssel, offenzulegen. Dabei sei der Erfassung und Verteilung der Gemeinkosten ein besonderer Stellenwert einzuräumen.*
- Edition 3: Der Gesuchsteller sei zu verpflichten, datenbasiert aufzuzeigen, wie sich die Kosten des STZ (gesamt und differenziert nach Vorgaben von Edition 2), sowohl nach finanzbuchhalterischen als auch nach betriebsbuchhalterischen Aspekten, über den Zeitraum der letzten drei Jahre von 2015 bis 2017 entwickelten.*
- Edition 4: Der Gesuchsteller sei zu verpflichten, datenbasiert und in Verbindung mit den Fallzahlen des Spitals nachzuweisen, dass die erbrachten Leistungen im Sinne von Art. 43 Abs. 6 KVG qualitativ hochstehend sind.*
- Edition 5: Der Gesuchsteller sei zu verpflichten, datenbasiert anhand eines Konzepts nachzuweisen, dass keine Leistungen und Kosten auf den Kostenträgern stationäre KVG-Leistungen (KVG und KVG/ZV) gebucht wurden, die grundsätzlich Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) enthalten.*
- Edition 6: Der Gesuchsteller sei zu verpflichten, datenbasiert nachzuweisen, dass keine Leistungen und Kosten auf den Kostenträgern stationäre KVG-Leistungen (KVG und KVG/ZV) gebucht wurden, die insbesondere Kostenanteile zur Aufrechterhaltung von Spitälerkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen enthalten.*
- Edition 7: Der Gesuchsteller sei zu verpflichten, datenbasiert nachzuweisen, dass keine kalkulatorischen Kosten für Infrastruktur, die dem Spital kostenlos überlassen respektive zur Verfügung gestellt wurde, auf die Kostenträger verteilt wurden.*
- Edition 8: Der Gesuchsteller sei zu verpflichten, datenbasiert nachzuweisen nach welchem System die Arzthonorare abgerechnet werden und wie die Abgrenzung und Zuordnung der Arzthonorarkosten im Rahmen der FiBu und BEBU erfolgt, mit detaillierter Verteilung auf die relevanten Kostenträger.*
- Edition 9: Der Gesuchsteller sei zu verpflichten, datenbasiert die Kostenunterschiede für den Mehraufwand für Zusatzversicherte im Detail nachzuweisen.*
- Edition 10: Der Gesuchsteller sei zu verpflichten, die Leistungsstatistik nach Art. 59a KVG und Art. 31 KVV sowie die Fallkostenstatistik offenzulegen.*

- *Edition 11: Der Gesuchsteller sei zu verpflichten, datenbasiert nachzuweisen, dass keine Leistungen und Kosten auf den Kostenträgern stationäre KVG-Leistungen (KVG und KVG/ZV) gebucht wurden, die insbesondere Kostenanteile für Forschung und universitäre Lehre enthalten.*
- *Edition 12: Der Gesuchsteller sei zu verpflichten, diesen Nachweis des vorgängig erwähnten Punktes, anhand eines transparenten L. & F.-Konzepts mit genauem Beschrieb der einzelnen Kostenaufwände und der substantiell ausgeschiedenen Summen zur nachvollziehbaren Herleitung der vollständig ausgeschiedenen Kosten, zu erbringen.*
- *Edition 13: Der Gesuchsteller sei zu verpflichten, detailliertes, belegtes Datenmaterial betr. Anlagenutzungskosten mit entsprechender Anlagebuchhaltung zur Verfügung zu stellen und den Nachweis zu erbringen, dass diese in allen Punkten gemäss den Vorgaben nach VKL erfasst wurden.*
- *Edition 14: Der Gesuchsteller sei zu verpflichten, datenbasiert aufzuzeigen, wie sich die Investitionskosten des Stadtspitals Triemli, sowohl nach finanzbuchhalterischen als auch nach betriebsbuchhalterischen Aspekten, über den Zeitraum der letzten Jahre von 2012 bis 2017 entwickelten. Im Weiteren ist der Auslastungsgrad der geschaffenen spitalbetrieblichen Kapazitäten nachvollziehbar aufzuzeigen.*
- *Edition 15: Der Gesuchsteller sei zu verpflichten, aufzuzeigen, wie die Empfehlungen der GDK betreffend OKP-Pflicht umgesetzt werden.*

Zu diesen Verfahrens- und Editionsanträgen ist Folgendes zu festzuhalten: Verfahrensantrag 1 ist im nachfolgenden Absatz anhand der spezifischen Editionsanträge zu prüfen. Die Stellungnahmen und die Datengrundlagen des GUD wurden – im Sinne des Verfahrensantrags 2 – jeweils der tarifsuisse übermittelt; diese konnte die verwendete Datengrundlage einsehen (vgl. Ziff. 2).

Ein Vorgehen im Sinne der Editionsanträge 1 bis 4 sowie 14 mit Abklärungen auf spitalindividueller Ebene des Stadtspitals Triemli erübriggt sich mit Durchführung eines schweizweiten Benchmarkings (vgl. Ziff. 9.2) und wäre zudem nicht verhältnismässig. Die Daten des Stadtspitals Triemli wurden vom Kanton geprüft und konnten im Rahmen der Dateneinsicht in die GDK-Spitalkostendaten von den Verfahrensparteien eingesehen und kommentiert werden (vgl. Ziff. 2.4 und 9.1.2 sowie die Beilage zum vorliegenden Regierungsratsbeschluss). Die Editionsanträge 5 bis 7 sowie 11 und 12 stehen im Kontext zur Ausscheidung der Kosten von gemeinwirtschaftlichen Leistungen bzw. der Kosten von Forschung und universitäre Lehre. Eine Verpflichtung des GUD im Sinne dieser Editionsanträge erübriggt sich mit der Durchführung eines schweizweiten Benchmarkings und wäre zudem nicht verhältnismässig, zumal sich die Verfahrensparteien zur Datengrundlage des Benchmarkings äussern konnten. Das Vorgehen bezüglich der gemeinwirtschaft-

lichen Leistungen wird unter Ziff. 9.1.4 offengelegt. Editionsantrag 8 zielt gemäss tarifsuisse darauf ab, dass Normabzüge bei den Arzthonoraren zu vermeiden sind. Konkrete Rückmeldungen zu den Datensätzen einzelner Spitäler betreffend Arzthonorarkosten für zusatzversicherte Personen werden in der Beilage zum vorliegenden Regierungsratsbeschluss abgehandelt. Eine Verpflichtung des GUD für einen datenbasierten Nachweis wird mit der Verwendung der GDK-Spitalkostendaten hinfällig. Die Editionsanträge 9 und 10 stehen im Zusammenhang mit Mehrkosten bei zusatzversicherten Patientinnen und Patienten. Auch diesbezüglich sind mit der Verwendung der GDK-Spitalkostendaten weitere datenbasierte Abklärungen beim GUD hinfällig. Das Vorgehen bezüglich Kosten für die Leistungserbringung an Personen mit Zusatzversicherung ist unter Ziff. 9.1.3 beschrieben. Die Editionsanträge 13 und 14 betreffen die Anlagenutzungskosten. Mit dem Bezug der GDK-Spitalkostendaten sind Abklärungen beim GUD nicht notwendig. Das Vorgehen bezüglich der Bewertung der Anlagenutzungskosten wird unter Ziff. 9.1.5 offengelegt. Editionsantrag 15 betrifft die OKP-Pflichtigkeit von bestimmten Leistungen. Bei den verwendeten GDK-Spitalkostendaten werden die Kostenrechnungen der Spitäler durch die einzelnen Standortkantone geprüft. Ihnen steht ein einsprechender Ermessensspielraum zu. Im Rahmen der Bereinigung der GDK-Spitalkostendaten wurden die konkreten Rückmeldungen der tarifsuisse geprüft (vgl. Ziff. 9.1.2). Eine zusätzliche Verpflichtung des GUD, die Umsetzung der Empfehlungen der GDK betreffend OKP-Pflicht aufzuzeigen, erübriggt sich damit.

5.2.2 Schreiben der tarifsuisse vom 24. April 2020 (bzgl. Tarife ab 2020)

Die tarifsuisse stellt folgende «Verfahrensanträge»:

1. *Die Verfahrensanträge des Gesuchsstellers seien abzuweisen.*
2. *Die Verfahren der Jahre 2019 (Nr. 516/2019) und 2020 seien zu einem Festsetzungsverfahren ab dem 1. Januar 2019 zusammenzuführen.*
3. *Das Gesundheitsdepartement des Kantons Zürich (GD ZH) habe den Gesuchsteller zur Herausgabe des für die Tariffestsetzung notwendigen transparenten, vollständigen und differenzierten Leistungs- und Kostendatenmaterials gemäss den im Gesuch begründeten Editionsanträgen zu verpflichten.*
4. *Die vom Gesuchsteller edierten Leistungs- und Kostendaten seien tarifsuisse zuzustellen und den Gesuchgegnern das rechtliche Gehör zu gewähren.*

Weiter stellt die tarifsuisse folgende «Editionsanträge»:

- *Editionsantrag 1: Offenlegung der konkreten Berechnungsgrundlagen inklusive der Einzelpositionen im jeweiligen ITAR_K (ITAR_K und Kalkulation pro Leistungserbringer)*

- *Editionsantrag 2: Offenlegung der Verteilschlüssel pro ITAR_K*
- *Editionsantrag 3: Herleitung der Auswahl der Spitäler im Benchmarking des Vereins Spitalbenchmark*
- *Editionsantrag 4: Sichtung der verwendeten Benchmarkingdaten der GD Zürich*

Zu den Editionsanträgen 1 bis 3 macht die tarifsuisse geltend, sie habe bei der Datengrundlage des GUD verschiedene Mängel festgestellt, weshalb die Tarifherleitung des GUD für das Stadtspital Triemli nicht gesetzeskonform sein könne.

Zu diesen Verfahrens- und Editionsanträgen ist Folgendes zu festzuhalten: Verfahrensantrag 1 wurde bereits im Zusammenhang mit den Verfahrensanträgen des GUD abgehandelt (vgl. Ziff. 5.1). Die Verfahrensvereinigung (Verfahrensantrag 2) erfolgte mit RRB Nr. 1143/2020 (vgl. Ziff. 2.3). Verfahrensantrag 3 wird im nachfolgenden Absatz anhand der spezifischen Editionsanträge geprüft. Bezuglich Verfahrensantrag 4 ist festzuhalten, dass die Stellungnahmen des GUD jeweils der tarifsuisse zugestellt wurden (vgl. Ziff. 2).

Bezuglich der Editionsanträge 1 bis 3 ist festzuhalten, dass nicht auf die vom GUD eingebrachte Datengrundlage des Vereins SpitalBenchmark abgestützt wurde. Vielmehr wurden die GDK-Spitalkostendaten verwendet (vgl. Ziff. 9.1.1). Die Editionsanträge zur Datengrundlage des GUD sind damit hinfällig. Die mit Editionsantrag 4 verlangte Einsicht in die verwendete Datengrundlage wurde gewährt (vgl. Ziff. 2).

5.2.3 Schreiben der tarifsuisse vom 10. März 2021 (bzgl. Tarife ab 2019 und ab 2020)

Die tarifsuisse stellt folgende neuen oder angepassten «Verfahrensanträge»:

2. *Das Gesundheitsdepartement des Kantons Zürich (GD ZH) habe den Gesuchsteller zur Herausgabe des für die Tariffestsetzung notwendigen transparenten, vollständigen und differenzierten Leistungs- und Kostendatenmaterials gemäss den im Gesuch begründeten Editionsanträgen zu verpflichten und den Gesuchgegnern integrale Akteneinsicht in die beigezogenen Unterlagen zu gewähren sowie sämtliche Unterlagen in digitaler und bearbeitbarer Form zuzustellen und Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.*
3. *Sollte die Festsetzungsbehörde beim Benchmarking nicht auf den Daten von tarifsuisse abstellen, sei den Gesuchgegnern integrale Akteneinsicht in die beigezogenen Unterlagen zu gewähren sowie sämtliche Unterlagen in digitaler und bearbeitbarer Form zuzustellen und Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.*

Weiter stellt die tarifsuisse folgende «Editionsanträge»:

- *Editionsantrag 16: Einsichtnahme in elektronischer Form der detaillierten Einzellohnkostendaten und Anlagenutzungskosten des Gesuchstellers.*

- *Editionsantrag 17: Einsichtnahme in elektronischer Form in die für die Berechnung des Zuschlages aufgrund breiten Leistungsspektrums von der Festsetzungsbehörde verwendeten Daten.*

Editionsantrag 16 steht im Kontext mit dem vom GUD verlangten Zuschlag für das höhere Kostenniveau im Raum Zürich, das vom GUD mit höheren Löhnen und Mietkosten begründet wird. Editionsantrag 17 bezieht sich auf die Feststellung des GUD, dass das Stadtspital Triemli eine hohe Anzahl DRG ansteuert.

Zu diesen Verfahrens- und Editionsanträgen ist Folgendes zu festzuhalten: Verfahrensantrag 2 wird anhand der spezifischen Editionsanträge geprüft. Die vom GUD eingebrachten Unterlagen wurden der tarifsuisse zugestellt (vgl. Ziff. 2). Die Akteneinsicht in die verwendete Datengrundlage wurde tarifsuisse gewährt (vgl. Ziff. 2.4). Aufgrund der eingeschränkten Nutzungsrechte des Kantons Zürich an den GDK-Spitalkostendaten, konnten den Parteien verschiedene Daten nicht zugestellt werden.

Das vom GUD geltend gemachten höhere Kostenniveau im Raum Zürich (Editionsantrag 16) wird unter Ziff. 9.3.2 abgehandelt. Editionsantrag 17 betrifft die vom GUD verlangten spitalindividuellen Zuschläge, deren Beurteilung unter Ziff. 9.4 erfolgt.

5.3 Prozessuale Anträge der CSS

5.3.1 Schreiben der CSS vom 15. Mai 2019 (bzgl. Tarife ab 2019)

Die CSS stellt folgende Anträge:

4. *Der Preisüberwacher sei gestützt auf Art. 14 des Preisüberwachungsgesetzes (PüG; SR 942.20) anzuhören.*
5. *Es sei ein weiterer Schriftenwechsel (Replik/Duplik) durchzuführen.*

Die Preisüberwachung für die Tarife ab 2019 wurde – wie in Antrag 4 verlangt – angehört (vgl. 2.4). Antrag 5 gilt ebenfalls als erfüllt, da im Verfahren zahlreiche Schriftenwechsel durchgeführt wurden (vgl. Ziff. 2).

5.3.2 Schreiben der CSS vom 5. März 2020 (bzgl. Tarife ab 2020)

Die CSS stellt folgende Anträge:

3. *Die Gesuchgegnerin behält sich ausdrücklich vor, im Verlaufe des Verfahrens weitere formelle wie materielle Einreden, Einwendungen und Anträge zu formulieren.*
4. *Der Preisüberwacher sei gestützt auf Art. 14 des Preisüberwachungsgesetzes (PüG; SR 942.20) anzuhören.*

Antrag 3 muss nicht beurteilt werden. Bezüglich Antrag 4 ist festzuhalten, dass die Preisüberwachung angehört wurde (vgl. Ziff. 2.4).

5.4 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, entscheid-relevanten Erkenntnisse mehr gewonnen werden könnten.

6 Im Festsetzungsentscheid zu klärende Punkte

Die Verfahrensparteien sind sich einig, dass die festzusetzenden Basisfallwerte für das Stadtspital Triemli mittels eines Benchmarkings zu ermitteln sind. 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=F12F9F8738DE27A5A3CDCE-1CE9DD2CBF?decisionId=c7825940-ff77-4329-b631-7441fb80154).

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 Spitäler mit gemäss Standortkanton nicht plausiblen Daten – Umgang mit unvollständigen GDK-Spitalkostendaten – Berichtigung offensichtlicher Rechnungsfehler – Beurteilung der Abbildung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen – 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 Spitäler mit verschiedenen Standorten	Beilage zum RRB

Thema	Streitpunkte	Erwägung
Abzug Kosten für Leistungs-erbringung an Personen mit Zusatzversicherung	<ul style="list-style-type: none"> – 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 Spitäler ausgewiesenen Kosten 	9.1.3
Gemeinwirtschaft-liche Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> – Abzug der Kosten für Forschung und universitäre Lehre gemäss – Empfehlung der Preisüberwachung oder – Empfehlung der GDK oder – den von den Spitäler ausgewiesenen Kosten 	9.1.4
Anlagennutzungs-kosten	<ul style="list-style-type: none"> – 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) <p>Ausschluss von Spitäler mit einem Anlagenutzungskostenanteil an den Gesamtkosten von unter 5%</p>	9.1.5

6.2 Benchmarking

Thema	Streitpunkte	Erwägung
Geburtshäuser	<ul style="list-style-type: none"> – Benchmarking – unter Berücksichtigung aller Spitäler mit verwendbaren Daten oder – unter Ausschluss der Geburtshäuser 	9.2.1
Massstab für effiziente Leistungs-erbringung	<ul style="list-style-type: none"> – Gewichtung im Benchmarking – nach Anzahl Fällen oder – nach Case Mix oder – nach Anzahl Spitäler (bzw. keine Gewichtung) <p>Bestimmung des Perzentils</p>	9.2.2

6.3 Ermittlung des Referenzwerts

Thema	Streitpunkte	Erwägung
Zuschlag der Teuerung	Höhe des Teuerungszuschlags auf dem Benchmark	9.3.1
Zuschlag entspre-chend 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 Stadtspital Triemli aufgrund spitalindividueller Besonderheiten	<ul style="list-style-type: none">– Zuschlag oder kein Zuschlag für das Führen einer Notfallstation auf «Level 3» gemäss Leistungsauftrag des Kantons Zürich– Zuschlag oder kein Zuschlag zur Abgeltung der geltend gemachten Häufung von hochdefizitären Fällen und der geltend gemachten partiellen Endversorgerstellung (breites Leistungsspektrum, hohe Zuverlegungsquote)	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 des 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. 657/2018 bereits einmal um ein Jahr verlängert worden sind (vgl. Ziff. 1).

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 schwergradbereinigten 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 Benchmarksitals 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 2019 und ab 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 obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) genau gedeckt wären. Dieser spitalindividuelle Wert wird «benchmarking-relevanter 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 die festzusetzenden Basisfallwerte zu orientieren haben.

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-Spitalkosten-daten 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 und als auch die Versicherer-Gruppierungen leiten die schweregradbereinigten Fallkosten abweichend vom ITAR_K-Tarifmodell ab.

Die GDK-Spitalkostendaten umfassen für 2018 Angaben von 155 Akutspitälern aus allen Kantonen und für 2017 von 143 Akutspitälern aus 25 Kantonen (jeweils einschliesslich Geburtshäuser). Pro Leistungs-erbringer 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 (im Folgenden «Plausibilitätsprüfungsdokument»), (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 GUD und die tarifsuisse haben festgehalten, dass sich die ITAR_K-Daten einzelner Spitäler, die ihnen vorlägen, von den GDK-Spitalkosten-daten unterscheiden würden. 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 GUD stützt, oder die Daten der Versicherer-Gruppierungen, die diese bei den Spitätern 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/krankenversicherungs-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. Die Basisfallwerte für das Stadtspital Triemli sind deshalb gestützt auf die GDK-Spitalkostendaten festzusetzen.

Alle Verfahrensparteien beantragen für die Tarife 2019 auf die Kostendaten des Jahres 2017 und 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 2018 und der Basisfallwert ab 2019 gestützt auf die GDK-Spitalkostendaten 2017 festzusetzen.

9.1.2 Bekanntgabe und Bereinigung der GDK-Spitalkostendaten 2017 und 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 der Schreiben der Gesundheitsdirektion vom 27. Januar 2021 und vom 31. März 2021 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 Spitäler vorgenommenen Bemerkungen. Zudem sind die im vorliegenden Beschluss erwähnten Spitäler lediglich in anonymisierter Form aufzuführen: Dabei werden die für das Benchmarking 2017 verwendeten Spitäler mit Nummern I_2017 bis 110_2017 und die für das Benchmarking 2018 verwendeten Spitäler mit Nummern I_2018 bis 140_2018 bezeichnet. Ausgeschlossene Spitäler werden in den jeweiligen Datenjahren mit Grossbuchstaben benannt (AA_2017 bis BG_2017) bzw. (A_2018 bis P_2018). 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 der Basisfallwerte für das Stadtspital Triemli 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 (SR 311.0; Bestrafung mit Busse bis Fr. 10 000) im Widerhandlungsfall anzudrohen.

Die Bereinigung der GDK-Spitalkostendaten der Jahre 2017 und 2018 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 Basiswerte für die jeweiligen Datenjahre zu ermitteln (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 11. September 2014, 2014/36, E. 6.2 ff.). 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
(2017: Ausschluss von 22 Spitätern; 2018: Ausschluss von 14 Spitätern)
- 1.2. Unvollständige GDK-Spitalkostendaten
(2017: Ausschluss von 7 Spitätern; 2018: Ausschluss von 1 Spital)
- 1.3. Rechnungsfehler
(2017: Korrektur bei 1 Spital; 2018: Korrektur bei 15 Spitätern)
- 1.4. Abbildung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen
(2017: Korrektur bei 1 Spital und Ausschluss von 1 Spital;
2018: Korrektur bei 1 Spital)
- 1.5. Arzthonorarkosten für zusatzversicherte Personen
(2017 und 2018: keine Ausschlüsse oder Korrekturen)
- 1.6. Rückmeldungen zu den ITAR_K-Daten der Zürcher Spitäler
(2017 und 2018: keine Ausschlüsse oder Korrekturen)
- 1.7. Finanzerlöse und der übrigen Erlöse aus Leistungen an Patienten
(2017 und 2018: keine Ausschlüsse oder Korrekturen)
- 1.8 Anzahl Personen mit Zusatzversicherung
(2017: Ausschluss von 3 Spitätern; 2018: 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. Dadurch 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 Spitätern 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 Spitätern berücksichtigt wird, weshalb punktuelle Besonderheiten – wenn überhaupt – nur minimale 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 Bundesver-

waltungsgericht jedoch fundiert und realitätsnah sein sollten (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 11. September 2014, 2014/36, E. 6.3f). 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 Spitätern ihres Kantons stehen und deren Besonderheiten daher 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 für das Datenjahr 2017 die Kostenrechnungen von total 110 Spitalstandorten und der Datensatz für das Datenjahr 2018 die Kostenrechnungen von total 140 Spitalstandorten, die im Folgenden zur Bestimmung des jeweiligen Basisfallwerts für 2019 und 2020 für das Stadtkrankenhaus Triemli 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 GUD

Das GUD lehnt die Vornahme eines normativen Abzugs in Höhe von Fr. 800 pro Austritt einer halbprivat- und Fr. 1000 pro Austritt einer privatversicherten Person ab. Es lägen flächendeckend, gemäss REKOLE erstellte Kostenträgerrechnungen von Spitätern aus der ganzen Schweiz vor. Aus den entsprechenden Spitalkostendaten lasse sich erkennen, dass die bisherigen Abzüge deutlich zu hoch seien. Der Verein Spital-Benchmark habe im Dokument «Benchmarkingverfahren der Schweizer Spitäler» vom 28. August 2019 für das Datenjahr 2018 hergeleitet, dass die Mehrkosten im Durchschnitt fallgewichtet Fr. 415 für Halbprivat- und Fr. 596 für Privatpatientinnen und -patienten betragen. Auch die vom GUD vorgenommene Auswertung der GDK-Kostendaten 2018 zeige, dass die tatsächlichen Mehrkosten halbprivat- und privatversicherten Personen lediglich bei höchstens Fr. 718 pro Fall bzw. Fr. 605 pro Case-Mix-Punkt liegen können. Aufgrund des zu Unrecht überhöhten GDK-Pau-

schalabzuges von Fr. 800 pro Austritt einer halbprivat- und Fr. 1000 pro Austritt einer privatversicherten Person würden den anrechenbaren Betriebskosten im Benchmarking bis zu 53 Mio. Franken ungerechtfertigt entzogen. Die im Benchmark aufgeführten Fallnormkosten würden dabei gemäss den Berechnungen des GUD im Durchschnitt um mindestens Fr. 25 zu tief ausgewiesen. Dass die tatsächlichen Mehrkosten einer Person mit Zusatzversicherung heute nicht mehr gleich hoch seien wie bei der Berechnung der Gesundheitsdirektion im Jahr 2010, korreliere auch mit der seit Jahren sinkenden durchschnittlichen Aufenthaltsdauer stationärer Patienten, wodurch sich entsprechend die aufenthaltsdauer-abhängigen Mehrkosten reduzieren. Ein normativer Abzug sei nur dann in Betracht zu ziehen, wenn die Spitäler die tatsächlichen Kosten nicht ausweisen. Diese Voraussetzung sei vorliegend nicht gegeben, da die Spitäler ihre tatsächlichen Mehrkosten zwischenzeitlich durchgehend auf der Grundlage von ITAR_K und REKOLE ausweisen würden. Das GUD beantragt, dass die Gesundheitsdirektion einen allfälligen normativen Abzug für die Mehrkosten von Personen mit Zusatzversicherung auf der Grundlage aktueller Kostendaten ermittle und das Abklärungsergebnis dem GUD zur Stellungnahme offenlege. Eventualiter beantrage das GUD, dass die Gesundheitsdirektion zumindest die Datengrundlage für die bisher praktizierten Pauschalabzüge von Fr. 800 und Fr. 1000 zur Stellungnahme offenlege, da die entsprechenden Unterlagen der Gesundheitsdirektion aus dem Verfahren RRB Nr. 278/2013 vorliegen.

Im Falle, dass die Gesundheitsdirektion weder die tatsächlichen Mehrkosten für zusatzversicherte Personen verwende, noch den Pauschalabzug neu berechne, so habe die Gesundheitsdirektion die ausgewiesene Unzulänglichkeit des veralteten Pauschalabzuges von Fr. 800 bzw. Fr. 1000 mit einem Zuschlag auf den Benchmark zu begegnen. Das GUD beantrage in diesem Fall, dass der Benchmark um einen Zuschlag von Fr. 25 erhöht werde.

9.1.3.2 Ausführungen der tarifsuisse

Die tarifsuisse macht geltend, dass es sich bei den Mehrleistungen für zusatzversicherte Personen um Kosten betreffend freie Arztwahl sowie Hotellerie- und sonstige Mehrleistungen gemäss dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG; SR 221.229.1) handle. Gemäss Rechtsprechung seien diese zusätzlichen Kosten in Abzug zu bringen.

Normative Abzüge seien nur dann vorzunehmen, wenn keine transparenten Daten erhältlich seien. Ausserdem dürfe dem Leistungserbringer aufgrund mangelnder Datentransparenz kein finanzieller Vorteil erwachsen. Aufgrund der grossen Heterogenität der Eigendeklaration der Spitäler in den ITAR_K-Daten sowie der Schwierigkeit der Quantifizierung könne man nicht unbesehen auf die von den Spitätern ausgewiesenen Werte abstehen, wie es der Verein SpitalBenchmark handhabe.

Es liege auch kein plausibles Konzept vor, wie diese Daten erfasst und ausgeschieden werden. Es deute darauf hin, dass die Spitäler bei der Erfassung und Bewertung der VVG-Zusatzleistungen uneinheitlich vorgegangen seien.

Die tarifsuisse verwendet im eigenen Benchmarkingverfahren grundsätzlich die tatsächlichen Kosten. Werden die abzugrenzenden Kosten von den Spitälern jedoch nicht im erforderlichen Ausmass und in der notwendigen Transparenz offengelegt, habe sie gestützt auf die Rechtsprechung normative Abzüge von Fr. 800 bzw. Fr. 1000 vorgenommen, auch wenn diese Abzüge zu tief angesetzt seien.

9.1.3.3 Ausführungen der CSS

Die CSS zieht in ihrem eigenen Benchmarking grundsätzlich die tatsächlich ausgewiesenen Mehrkosten für zusatzversicherte Personen ab. Wenn die Angaben gemäss ITAR_K-Daten nicht vorhanden seien oder der tatsächliche Kostenabzug als zu tief erscheine, werde dieser Abzug normativ gemäss der aktuellen Praxis der GDK-Ost berechnet. In diesem Falle würden Mehrkosten von Fr. 800 pro Austritt einer halbprivat- und Fr. 1000 pro Austritt einer privatversicherten Person abgezogen. Bei denjenigen Leistungserbringern, bei welchen ein Normabzug vorgenommen werden musste, jedoch keine Angaben zur Fallzahl privat- oder halbprivatversicherter Personen vorgelegen worden seien, sei mit einem Durchschnittswert von Fr. 900 über alle zusatzversicherten Fälle gerechnet worden.

9.1.3.4 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 benchmarkrelevanten 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.

9.1.3.5 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 benchmarkrelevanten 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 Bun-

desverwaltungsgericht 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 gestützt, 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 Spitätern 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 GUD. Das unterschiedliche Ergebnis ist hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass vorliegend Spitäler von der Analyse ausgeschlossen sind, 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 Ab-

schlag 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_2018, 131_2018 und 137_2018). 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.

In den GDK-Spitalkostendaten für 2017 sind beim Spital 45_2017 die Fälle mit Halbprivatversicherung und Privatversicherung ebenfalls nicht differenziert ausgewiesen. Diesbezüglich ist deshalb ein Abschlag von Fr. 900 pro Fall 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 benchmarkrelevanten Betriebskosten auszuscheiden.

9.1.4.1 Ausführungen des GUD

Das GUD hat sich im Rahmen des Verfahrens zu dieser Thematik nicht explizit geäussert. In der vom GUD herangezogenen Datengrundlage des Vereins SpitalBenchmark werden jeweils die tatsächlich ausgewiesenen Kosten für Forschung und universitäre Lehre in Abzug gebracht.

9.1.4.2 Ausführungen der tarifuisse

Die tarifuisse macht geltend, dass die 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 oder die Forschung und universitäre Lehre. Daneben gebe es noch zahlreiche weitere gemeinwirtschaftliche Leistungen wie Transplantationskoordination, Palliativpflege, Sozialdienst, Epidemievorsorge oder Rechtsmedizin. Mit Ausnahme der Forschung und universitären Lehre berück-

sichtige die tarifsuisse im Bereich der gemeinwirtschaftlichen Leistungen bei der Herleitung der benchmarkingrelevanten Betriebskosten im eigenen Benchmarking die Angaben der Spitäler. Bei der Forschung und universitären Lehre ziehe die tarifsuisse bei einem transparenten und nachvollziehbaren Kostenausweis die effektiv ausgewiesenen Kosten ab, ansonsten werde der Normabzug gemäss Preisüberwachung angewendet.

9.1.4.3 Ausführungen der CSS

Die CSS macht geltend, dass die Vergütungen nach Art. 49 Abs. 3 KVG keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten dürfen. Dazu gehörten insbesondere die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie die Forschung und universitäre Lehre. Für die Ermittlung der benchmarkingrelevanten Betriebskosten im eigenen Benchmarking nimmt die CSS bezüglich Forschung und universitärer Lehre bei Bedarf normative Abzüge gemäss Preisüberwachung vor.

9.1.4.4 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 Spitäler, die diese Vorgabe jedoch nicht befolgten, seien bei der Herleitung der benchmarkingrelevanten Betriebskosten die Kosten für universitäre Lehre und Forschung anteilmässig abzuziehen. Bei Spitäler, 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 Spitäler mit 1–74 Betten beträgt der Abzug 0,8%, bei Spitäler mit 75–124 Betten 1,5% und bei Spitäler mit 125 und mehr Betten 3,5% der Personalkosten.

9.1.4.5 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 liefert 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. 73.4.3) 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 Spitätern 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 Spitätern. 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 Spitätern 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 anteilmässig 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 Spitäler ausgewiesenen Kosten für universitäre Lehre und Forschung abzustellen.

Die tarifsuisse erhöht 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 12_2017 bzw. 16_2018 jeweils 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 in beiden Datenjahren 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 GUD

Das GUD führt aus, dass es eine Bewertung der Anlagennutzungskosten gemäss VKL im Rahmen eines Benchmarkings ablehne, da dies zu KVG-widrigen Ergebnissen führe. Bei Einführung der neuen Spitalfinanzierung habe der Bundesrat bei Erlass der VKL die gesetzgeberische Zielsetzung nicht umgesetzt, wonach vor der Gesetzesänderung getätigte Investitionen in die Tarifberechnung einzubeziehen seien, da die Verordnung hinsichtlich vorbestehender Investitionen auf die finanzbuchhalterischen Buchwerte und mithin auf die frühere Aktivierungs- und Abschreibungspraxis des jeweiligen Spitals abstelle. So sei es in der Finanzbuchhaltung möglich, Anlagen lange vor dem Ende ihrer wirtschaftlichen Lebensdauer auf null abzuschreiben. Eine solche Abschreibungspraxis führe dazu, dass die finanzbuchhalterischen Buchwerte den wirtschaftlichen Restwert der Anlagen und damit die objektiv entstehenden Anlagenutzungskosten nicht reflektieren. Dasselbe gelte auch für die kalkulatorischen Zinsen. Die benchmarkingrelevanten Zinsen seien durch buchhalterische Zufälligkeiten verzerrt, da die Schlussbestimmung bei der Durchschnittswertmethode anstatt auf den Anschaffungswert auf den (zufälligen) Buchwert im Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen Spitalfinanzierung abstelle. Das Abstellen auf die Anlagenutzungskosten nach VKL verzerre einen fairen Betriebsvergleich.

Betrachte man die Anlagekosten der Spitäler in den Fallkostenberechnungen der GDK, so sei offensichtlich, dass einzelne Spitäler unplausibel niedrige Anlagenutzungskosten ausweisen. Während im Jahr 2012

ein Normkostenzuschlag von 10% (mit ursprünglich geplanter Erhöhung auf 11% im Jahr 2013 und 12% im Jahr 2014) zur Abgeltung der Anlagenutzungskosten festgelegt war, seien in der Datengrundlage der GDK für das Tarifjahr 2020 nach wie vor einzelne Spitäler mit Anlagenutzungskosten von nicht einmal der Hälfte, also unter 5%, zu finden. Dies habe oft damit zu tun, dass bei diversen Spitäler vor 2012 lediglich eine unvollständige oder gar keine Anlagebuchhaltung geführt wurde. Ein prominentes Beispiel sei das Spital 24_2018, dessen Spitalgebäude bis 2012 vom Kanton finanziert wurde. 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. 12856909 bzw. 4,4% entsprächen deshalb in keiner Weise den realen Anlagenutzungskosten des Spitals 24_2018 (nach REKOLE Fr. 25910307). Darüber 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. Franken an Anlagenutzungskosten gemäss REKOLE), was aufgrund mangelhafter Transparenz als solches einen Ausschluss aus dem Benchmarking angezeigt erscheinen lasse.

Auch die GDK erachte zumindest einen Anteil der Anlagenutzungskosten von kleiner als 5% an den Gesamtkosten als nicht plausibel, denn in den GDK-Spitalkostendaten 2018 (Plausibilitätsprüfungsdocument) werde erfragt, ob beim betreffenden Leistungserbringer ein Anteil von 5% bis 15% an Anlagenutzungskosten an den Gesamtkosten ausgewiesen seien. Diese im Plausibilitätsprüfungsdocument formulierte Regel werde jedoch von den Standortkantonen lediglich einseitig angewendet. So habe das GUD die Vermutung, dass Spitäler mit einem Anteil der Anlagenutzungskosten von grösser als 15% an den Gesamtkosten allem Anschein nach aus dem Benchmarking ausgeschieden würden. Als Beispiel verweist das GUD auf das Spital C_2018, das explizit unter Hinweis auf seine hohen Kosten als «unplausibel» qualifiziert worden sei. Hingegen sei keiner der Leistungserbringer unter Hinweis auf seine zu tiefen Anlagenutzungskosten als nicht plausibel eingestuft worden. Eine solche einseitige Anwendung, bei der lediglich Leistungserbringer mit hohen Anlagenutzungskosten ausgeschlossen, unplausibel günstige Leistungserbringer aber im Benchmarking verbleiben würden, sei nicht statthaft. Anlagenutzungskosten nach VKL mit einem Anteil von kleiner als 5% an den Gesamtkosten seien deshalb nicht plausibel. Leistungserbringer mit solch tiefen Anlagenutzungskosten seien daher aus dem Benchmarking auszuscheiden.

9.1.5.2 Ausführungen der tarifsuisse

Die tarifsuisse ist der Auffassung, dass nur Anlagenutzungskosten nach der VKL zu berücksichtigen seien. Bei den entsprechenden Datenlieferungen für das eigene Benchmarking seien indessen nicht alle Spitäler in der Lage gewesen, für das Datenjahr 2018 die Anlagenutzungskosten nach VKL zu liefern.

Die tarifsuisse hält fest, der Bundesrat habe im Rahmen seiner Kompetenz in der VKL die Ausführungsbestimmungen zur Kostenermittlung in der OKP erlassen. Die Verordnung habe er im Hinblick auf die Einführung der SwissDRG-Tarifstruktur mit Revision vom 22. Oktober 2008 angepasst, wobei er unter anderem die Bewertungsregeln für die Anlagenutzungskosten hinzugefügt habe. Mit den Bewertungsregeln werde bestimmt, mit welchen Werten Gegenstände sowie Sach- und Geschäftsvorgänge in die Kostenrechnung einfließen. Es liege in der Natur von Bewertungsregeln, dass diese immer auch ein Auswahlermessen der Behörde darstellen. Die in der VKL festgelegten Bewertungsregeln, die auch die Anlagenutzungskosten betreffen, verstossen weder gegen übergeordnetes Recht noch habe der Bundesrat seine Kompetenzen überschritten. Zudem seien sie auch sachlich vertretbar. Würde man im Gegensatz dazu die vom GUD vorgeschlagenen Bewertungsregeln für die Anlagenutzungskosten nehmen, ergebe sich nicht nur ein «KVG-widriges Ergebnis», sondern ein rechtswidriges Ergebnis, das gegen die VKL und somit gegen geltendes Recht verstösse. Wolle das GUD andere Bewertungsregeln bei den Anlagenutzungskosten durchsetzen, könne sie das nur über eine Änderung der Bewertungsregeln in der VKL erreichen.

Der Bundesrat sei sich der Problematik der mehrfachen Abschreibungen sehr wohl bewusst gewesen und habe gerade aus diesem Grund die vom GUD zitierte Schlussbestimmung, die das Abstellen auf den Buchwert vorsehe, in die VKL aufgenommen. Der Bundesrat führe diesbezüglich das Folgende aus: «Absatz 1 hält fest, dass im Zeitpunkt des Übergangs die Nutzungskosten jener Anlagen in die Kostenermittlung einfließen sollen, die in der Anlagebuchhaltung eines Spitals oder Geburtshauses erfasst sind und für die der aktuelle Buchwert vorliegt. Im Hinblick auf die Erarbeitung der Tarifstrukturen sollen verlässliche Angaben über die Betriebs- und Investitionskosten bereitgestellt werden. Namentlich soll sichergestellt werden, dass bereits abgeschriebene Anlagen nicht nochmals abgeschrieben werden. Damit werde verhindert, dass die von den Spitätern ausgewiesenen Kosten überhöht werden und so beim Übergang zu den einheitlichen Tarifstrukturen zu hohe Kosten in die Berechnungen einfließen» (vgl. Dokument des EDI «Änderungen und Kommentar im Wortlaut» betreffend Änderungen der VKL per

1. Januar 2009, S. 6). Daraus folge, dass die hier zur Diskussion stehenden VKL-Bestimmungen, die einzig die heute noch bestehenden Altanlagen betreffen, klarerweise KVG-konform seien.

Zudem hält die tarifsuisse fest, dass der vom GUD geforderte Ausschluss von Spitätern mit niedrigen Anlagenutzungskosten gemäss VKL aus dem Benchmarking einseitig sei, da auf der anderen Seite jene mit hohen Anlagenutzungskosten im Benchmarking verbleiben sollen. Weiter führe eine Abschreibung nach REKOLE mit einer Abschreibungsdauer von 33 Jahren zu überhöhten Kosten. Für sonstige Immobilien gelten Abschreibungen von 2% pro Jahr und damit einhergehend eine Nutzungsdauer von 50 Jahren als ordentliche Praxis. Fliessen falschhohe Kosten in die Betriebskosten ein, sei es gemäss tarifsuisse nicht verwunderlich, dass der Gesetzgeber von vornherein eine Doppelabschreibung verhindern wolle.

REKOLE sei ein Modell für das betriebliche Rechnungswesen eines Spitals und sei in erster Linie als ein Instrument für die Unternehmensführung zu betrachten, denn bei der Planung sei es zentral zu wissen, wo und wofür wie viele Kosten im Betrieb anfallen. Daneben diene REKOLE selbstverständlich auch der Preisfindung. Jedoch verkaufe ein Spital nicht nur KVG-Leistungen, sondern auch andere Leistungen (UV/IV/MV-Leistungen, Zusatzversicherungsleistungen, Leistungen für Selbstzahler, Leistungen aus den Nebenbetrieben, Leistungen für Dritte usw.), für die keine oder andere gesetzliche Vorgaben gelten. Es sei somit nachvollziehbar, dass in REKOLE andere Bewertungsgrundsätze gelten als in der VKL. Wenn es um KVG-Leistungen gehe, seien nicht die gleichen Grundsätze wie bei der Preisbildung in einem freien Markt gültig, sondern die gesetzlichen Vorgaben, zu denen auch die Bewertung der Anlagenutzungskosten gemäss VKL gehören.

Die tarifsuisse kommt deshalb zum Schluss, dass die Anlagenutzungskosten auf der Grundlage der geltenden gesetzlichen Bestimmungen der VKL zu ermitteln seien.

9.1.5.3 Ausführungen der CSS

Die CSS hält fest, 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 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.

Der durch das GUD geforderte Ausschluss von Leistungserbringern mit weniger als 5% Anlagenutzungskosten (ANK) entbehre jeglicher Rechtsgrundlage.

9.1.5.4 Empfehlung der Preisüberwachung

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

9.1.5.5 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 Leistungstatistik 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 Behandlung 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 erfasssten 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. a 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 Spitätern bezüglich Bewertung, Fallzahlen oder Periodenabgrenzungen Verzerrungen vorliegen können bzw. unterschiedliche Interpretationen möglich sind, welche die Kosten nach oben oder nach unten verändern, kann nicht vollständig ausgeschlossen werden. Diesem Umstand wird indessen mit der Anwendung der Methodik 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, Kunsterzen], 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)

Für die Datenjahre 2017 und 2018 sind jeweils tabellarische Übersichten über die – entsprechend dem obigen Beispiel angepassten – schweregradbereinigten Fallkosten sämtlicher im Benchmarking berücksichtigten Spitäler 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 GUD

Das GUD beantragt, die Geburtshäuser aus dem Benchmarking auszuschliessen. In den Spitätern würden aufgrund der regulatorischen Anforderungen und des Leistungsauftrages auch Leistungen wie eine einfache Geburt zwingend in einem infrastrukturell und personell höherwertigen Umfeld erbracht. Namentlich finde die Geburt im Spital unter ärztlicher Aufsicht statt, selbst wenn der Arzt nicht eingreifen müsse. Nur bei Komplikationen könnte eine andere Fallgruppe mit einem höheren Kostengewicht abgerechnet werden, ansonsten blieben solche Vorhalteleistungen unvergütet. Ein Einbezug der Geburtshäuser würde, insbesondere bei einer Gewichtung im Benchmarking nach Anzahl Spitätern, zu einer schwerwiegenden und zum Leistungsvolumen der Geburtshäuser in keinem Verhältnis stehenden Verzerrung des Benchmarkings führen und den Spitätern unberechtigterweise finanzielle Mittel entziehen.

9.2.1.2 Ausführungen der tarifsuisse

Die tarifsuisse ist der Auffassung, dass ein schweizweites Benchmarking unter Einbezug aller Spitälkategorien die Grundlage für einen Wirtschaftlichkeitsvergleich bilden müsse.

Das GUD berücksichtige nicht, dass der selektive Ausschluss einzelner Leistungserbringergruppen letztlich zu einem Benchmarking nach Spitälkategorien führe, was einem gesamtschweizerischen Betriebsvergleich zuwiderlaufe. Gemäss Rechtsprechung müsse für die Repräsentativität eines Referenzsystems auf eine möglichst grosse Grundgesamtheit abgestellt werden. Diese Anforderung wäre mit dem Ausschluss einer ganzen Leistungserbringergruppe nicht erfüllt.

9.2.1.3 Ausführungen der CSS

Die CSS spricht sich gegen den Ausschluss der Geburtshäuser aus. Dies decke sich mit der Auffassung des Bundesverwaltungsgerichts, das lediglich im Rahmen einer sogenannten Einführungsphase eine solche Kategorisierung bei den Universitätsspitätern und den Geburtshäusern als zulässig erachtet habe. Mit der erstmaligen Publikation des schweizweiten Fallkostenvergleichs durch das BAG Ende September 2020, sei die Einführungsphase von SwissDRG aus Sicht der CSS endgültig als abgeschlossen zu betrachten. Weiter sei nach zahlreichen erfolgten Verbesserungen der SwissDRG-Versionen nicht nachvollziehbar, dass nach wie vor Abbildungsgenauigkeiten bestehen sollen. Der SwissDRG-Fallpauschalen-Katalog sei seit 2012 mehrfach angepasst und verbessert worden, weshalb die Fälle infolge der präzisierten Kostengewichte heute fallgerechter abgebildet würden.

9.2.1.4 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 Spitätern würden somit in der Tarifstruktur mittels differenzierter Kostengewichte und Zusatzentgelte abgebildet.

9.2.1.5 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 Spitätern 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 Spitälkategorien 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 dürfen (E. 6.8).

Vor diesem Hintergrund sind grundsätzlich sämtliche Leistungserbringer aller Spitälkategorien im akutsomatischen Bereich im Betriebsvergleich zu berücksichtigen. Ein Ausschluss der Geburtshäuser vom Benchmarking wäre nur dann gerechtfertigt, wenn die SwissDRG-Tarif-

struktur 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 Stadtspital Triemli abgeleitet werden könnte.

Das vorgesehene Benchmarking des Datenjahres 2018 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. Bei den Daten des Jahres 2017 zeigt sich ein ähnliches Bild, wenn im Benchmarking bei einer Gewichtung nach Anzahl Fällen bzw. nach Case Mix die Geburtshäuser ausgeschlossen werden. Nicht Gegenstand dieses Verfahrens ist hingegen, ob der abgeleitete Benchmark auch für Geburtshäuser und für andere im Benchmarking enthaltene Spitälerkategorien 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 benchmarking-relevanten 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 Spitätern, 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 Spitätern 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 Spitätern, 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 GUD

Das GUD spricht sich im Benchmarking für eine Gewichtung nach Fällen oder nach Case Mix aus, wobei es beim eigenen Festsetzungsantrag eine Gewichtung nach Fällen vornimmt. Beim Effizienzmassstab sei das 40. Perzentil weiterhin als angemessen zu betrachten.

Nur eine Gewichtung nach Fällen oder Case Mix stelle sicher, dass die Festsetzungsbehörde die Auswirkungen ihrer Tarifierung auf die Versorgungssicherheit beurteilen könne. Auf diese Weise könne eine Aussage gemacht werden, welcher Anteil des gesamten medizinischen Leistungsvolumens im Gesamtsystem zumindest kostendeckend und welcher Anteil nur mit einem Verlust erbracht werden könne. Bei einer Gewichtung nach Anzahl Spitätern hätten Kleinstspitäler ein überproportional starkes Gewicht und würden auf diese Weise das Benchmarking verzerrten, und zwar unabhängig davon, wo ihre Fallkosten liegen. Es sei nicht sinnvoll, einem Kleinstspital mit wenigen hundert, selektierten Fällen das gleiche Gewicht beizumessen, wie einem versorgungsrelevanten Universitäts- oder Zentrumsspital mit tausenden von nicht aussuchbaren Fällen. Weiter würden die von der tarifuisse behaupteten enormen Überkapazitäten im spitalstationären Bereich des Stadtspitals Triemli nicht bestehen. Ein gewisses Mass an vorgehaltenen Betten sei zwingend erforderlich und kein Zeichen für Ineffizienz. Die damit verbundenen Vorhalteleistungen seien notwendig, um die geforderte qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung gewährleisten zu können. Das Argument der angeblichen Überkapazitäten vermöge die Wahl eines tiefen Perzentils nicht zu begründen.

Bezüglich der Wahl des Perzentils habe das Bundesverwaltungsgericht in jüngeren Urteilen das 45. Perzentil (gewichtet nach Case Mix, für das Tarifjahr 2012) bzw. das 40. Perzentil (gewichtet nach Case Mix, für das Tarifjahr 2013) als angemessen erachtet und das 40. Perzentil (gewichtet nach Anzahl Fällen, betreffend Tarifjahr 2016) als weiterhin angemessen bestätigt. Auch die Gesundheitsdirektion habe sich in der Vergangenheit am 40. Perzentil orientiert (vgl. RRB Nr. 278/2013). Entgegen der Argumentation der Versicherer-Gruppierungen sei es nicht zulässig, mit einer strengen Perzentilwahl eine angeblich nicht immer zufriedenstellende Datenqualität der Spitäler abzustrafen. Gemäss Bundesverwaltungsgericht sei ein Intransparenzabzug im Rahmen des Benchmarkings nicht zulässig. Soweit Hinweise auf mangelnde Transparenz vorliegen sollten, seien die betroffenen Spitäler gegebenenfalls aus dem Benchmarking auszuschliessen.

Weiter weise die Tarifstruktur SwissDRG auch in den Jahren 2019 und 2020 noch erhebliche Abbildungsgrenzen auf, die im Benchmarking

zu Verzerrungen führen und einem zu tiefen Effizienzmassstab entgegenstünden. Das GUD kommt zum Schluss, dass sich das 40. Perzentil (gewichtet nach Fällen oder Case Mix) als angemessen erweise. Die Wahl eines tieferen Perzentils gehe aufgrund der Abbildungsgrenzen von SwissDRG mit gravierenden Verzerrungen im Benchmark einher und würde damit eine ausreichende Finanzierung der Spitalversorgung infrage stellen. Wie auch die tarifsuisse zu Recht ausführe, müsse es auch für Spitäler mit einer Zentrumsversorgungsfunktion möglich sein, ihre KVG-Leistungen zum festgesetzten Tarif zu erbringen. Dies sei beim 40. Perzentil (fallgewichtet) gewährleistet, jedoch nicht bei einem tieferen Perzentil oder bei einer Gewichtung nach Spitälern.

9.2.2.2 Ausführungen der tarifsuisse

Die tarifsuisse spricht sich für eine Gewichtung nach Anzahl Spitäler aus. Als Wirtschaftlichkeitsmassstab sei das 25. Perzentil heranzuziehen, weil dies am ehesten der geforderten Orientierung am effizienten und günstigen Spital entspreche.

Eine Gewichtung nach Fällen widerspreche dem Ziel der neuen Spitalfinanzierung, alle Spitäler durch eine nationale Tarifstruktur miteinander vergleichbar zu machen. Eine Gewichtung nach Fällen oder Case Mix bewirke, dass die Grösse der Spitäler berücksichtigt werde, da grössere Spitäler mehr Fälle und Case Mix produzierten. Der Benchmark hänge von der Anzahl der einbezogenen Spitäler ab. Deshalb sollte seine Abdeckung möglichst breit sein und alle jene Leistungserbringer einbeziehen, die nach der gleichen Struktur abrechnen. Ein Benchmarking nach Fällen oder Case Mix wäre betreffend effizienter Basisfallpreis spitalsseitig relativ leicht steuerbar, beispielsweise durch Ein- bzw. Ausschluss eines grossen Spitals aus dem Benchmarking oder durch die Nichtbereitstellung der entsprechenden Daten.

Die Wahl des Benchmarkspitals beim 25. Perzentil bedeute, dass ein Viertel der Spitäler die Leistung günstiger erbringen könnte. 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 und diese nicht für eine ungenügende Datentransparenz bevorteilt werden sollten. 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 Bench-

marking einfließen, müsse ein tiefes Perzentil gewählt werden, das sicherstelle, dass keine KVG-fremden Kosten über die Grundversicherung entschädigt werden.

9.2.2.3 Ausführungen der CSS

Die CSS ist der Auffassung, dass die Festlegung der Höhe des Benchmarks nach Anzahl Fällen unzulässig sei. Vielmehr sehe das Gesetz die Ermittlung des Effizienzmassstabs ungewichtet nach Anzahl Spitätern vor. Nur auf diese Weise könne gewährleistet werden, dass grosse und teure Spitäler den Benchmark nicht zugunsten der Leistungserbringer bzw. Spitäler beeinflussten.

Die Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 habe zum Ziel gehabt, das Kostenwachstum für akutstationäre Leistungen langfristig zu senken. Ein hoheitlich festgesetzter Benchmarkwert über dem 30. Perzentil sei nicht mit diesem Ziel vereinbar. Das Bundesverwaltungsgericht habe in den letzten Jahren nur in Ausnahmefällen und ausschliesslich wegen des erheblichen Ermessensspielraums der Kantone davon abgesehen, Festsetzungentscheide der kantonalen Behörden in der Einführungsphase zu korrigieren, die einen Effizienzmassstab auf dem 40. Perzentil vorgesehen haben. Acht Jahre nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung müsse für das Tarifjahr 2020 davon ausgegangen werden, dass die Einführungsphase der neuen Spitalfinanzierung mit der Publikation der Betriebsvergleiche abgeschlossen sei. Der Benchmark sei deshalb höchstens beim 30. Perzentil festzusetzen.

9.2.2.4 Empfehlung der Preisüberwachung

Die Preisüberwachung empfiehlt eine Gewichtung nach Anzahl Spitätern. 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 Innovation, 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.

9.2.2.5 Rechtliches

Gemäss Art. 49 Abs. 1 letzter Satz 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 Spitätern, nach Fällen oder nach Case Mix) sowie bei der Wahl des Perzentils ein gewisses Auswahlermessen zu.

In den vorliegend durchzuführenden Betriebsvergleichen der Datenjahre 2017 bzw. 2018 – 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 2018, die dem vorliegenden Benchmarking für 2018 mit insgesamt 140 schweizweit berücksichtigten Spitätern zugrunde liegen, weisen die Zürcher Spitäler rund 205'000 Fälle aus. Der Anteil der in Zürcher Spitätern behandelten Fälle bis zum Benchmark beim 33,3. Perzentil beträgt 30,1%. Damit wird auch die Situation von Zürcher Spitätern 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. Bei den GDK-Spitalkosten-

daten 2017 beträgt der Anteil der in Zürcher Spitätern behandelten Fälle bis zum Benchmark hingegen lediglich 18,6%. Der Unterschied zwischen den beiden Jahren ist hauptsächlich damit erklärbar, dass zwei Zürcher Spitäler im Datenjahr 2017 schweregradbereinigte Fallkosten oberhalb des Benchmarks zeigten (Spitäler 51_2017 und 66_2017), diese Spitäler aber im darauffolgenden Datenjahr 2018 tiefere schweregradbereinigte Fallkosten unterhalb des Benchmarks aufwiesen (Spitäler 53_2018 und 57_2018).

Sowohl im Sinne der vom Gesetzgeber angestrebten Abgeltung einer effizienten Leistungserbringung als auch mit Blick auf die Sicherstellung der kantonalen Versorgung erscheint eine Gewichtung nach Fällen und die Wahl des 33,3. Perzentils als vertretbar. Dies ergibt, wie in Ziff. 3 in der Beilage zu diesem Beschluss aufzeigt (Tabellen 2 und 3), einen Benchmark von Fr. 9826 für das Datenjahr 2018 (Spital 58_2018) bzw. von Fr. 9969 für das Datenjahr 2017 (Spital 48_2017). 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, beruhend auf der Datengrundlage 2018, und des Tarifs ab 2019, beruhend auf der Datengrundlage 2017, jeweils um die Teuerung für ein Jahr zu bereinigen ist.

9.3.1.1 Ausführungen des GUD

Das GUD macht geltend, dass auf den Benchmark ein Teuerungszuschlag des Jahres x-1 zu berücksichtigen sei, der sich für den Personalaufwand auf den Nominallohnindex (NLI) und für den Sachaufwand auf den Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) abzustützen habe. Auf dieser Grundlage berechnet das GUD einen Teuerungsfaktor von jeweils 0,62% für die Jahre 2018 und 2019.

9.3.1.2 Ausführungen der tarifsuisse

Die tarifsuisse führt aus, dass sie im eigenen Benchmarking auf den Benchmark einen Teuerungszuschlag hinzurechne. Aufgrund einer Auswertung der Spitaldaten könnten im Durchschnitt 60,2% der Kosten den Personalkosten und 39,8% den Sachkosten zugeordnet werden. Auf dieser Grundlage sei unter Einbezug des Lohnkostenindexes 2017

(0,50%) und 2018 (0,65%) sowie der mittleren Jahresteuerung 2017 (0,50%) und 2018 (0,93%) ein Teuerungszuschlag von 0,5% bzw. 0,763% berechnet worden.

9.3.1.3 Ausführungen der CSS

Die CSS hat sich im Verfahren nicht direkt zu dieser Thematik geäußert. In ihrem eigenen Benchmarking bereinigt die CSS den hergeleiteten Benchmark um einen Teuerungsfaktor von 0,685% für das Jahr 2019 bzw. von 0,445% für das Jahr 2018.

9.3.1.4 Empfehlung der Preisüberwachung

Die Preisüberwachung berechnet für den Tarif ab 2020 einen Teuerungsfaktor 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. Für die Herleitung des Tarifs ab 2019 geht die Preisüberwachung von der Datengrundlage des Jahres 2018 aus, berücksichtigt bei der Herleitung des Tarifs jedoch keinen zusätzlichen Teuerungsfaktor.

9.3.1.5 Rechtlches

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 2018 um die Teuerung für 2019 und der Benchmark 2017 um die Teuerung für 2018 zu bereinigen, wobei auch im Sinne der Preisüberwachung die Nominallohnteuierung gemäss NLI zu 70% und die allgemeine Teuerung gemäss LIK zu 30% zu berücksichtigen ist. Gestützt auf die aktuellsten Veröffentlichungen des Bundesamtes für Statistik (BFS) für 2019 ergibt dies eine Teuerung von 0,75% und für 2018 von 0,62% (2019: $0,3 * \Delta\text{LIK} + 0,7 * \Delta\text{NLI} = 0,3 * 0,4\% + 0,7 * 0,9\% = 0,75\%$; 2018: $0,3 * \Delta\text{LIK} + 0,7 * \Delta\text{NLI} = 0,3 * 0,9\% + 0,7 * 0,5\% = 0,62\%$; gemäss der Veröffentlichung des BFS vom 30. April 2021 beläuft sich die Veränderung des NLI 2019 gegenüber dem Vorjahr auf 0,9% und die Veränderung des NLI 2018 gegenüber dem Vorjahr auf 0,5%: 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% und die Veränderung des LIK im Jahr 2018 gegenüber dem Vorjahr auf 0,9%: www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/preise/landesindex-konsumentenpreise/detailresultate.assetdetail.20944307.html). Der Benchmark des Jahres 2018 von Fr. 9826 (vgl. Ziff. 9.2.2.5) ist deshalb für den Tarif ab 2020 um die Teuerung von (gerundet) Fr. 74 und der Benchmark des Jahres 2017 von 9969 (vgl. Ziff. 9.2.2.5) für den Tarif ab 2019 um die Teuerung von (gerundet) Fr. 62 zu erhöhen.

9.3.2 Regionales Kostenniveau

Streitig ist, ob das regionale Kostenniveau in der Stadt Zürich einen Zuschlag zum Benchmark rechtfertigt oder nicht.

9.3.2.1 Ausführungen des GUD

Das GUD führt aus, dass ausgehend von der Ermittlung des Benchmarks zunächst Zu- bzw. Abschläge vorzunehmen seien, die nicht das zu tarifierende Spital allein, sondern alle Vergleichsspitäler beträfen. Die Festsetzungsbehörde habe zu berücksichtigen, dass das Benchmarking gesamtschweizerisch durchgeführt werde und der daraus resultierende Benchmark lediglich ein durchschnittliches Niveau der Produktionskosten reflektiere. Die Produktionskosten unterlügen jedoch regionalen Unterschieden. Da die Tarifstruktur SwissDRG diese Unterschiede nicht abbilden könne, führe sie zu nicht effizienzbedingten Unterschieden in den schweregradbereinigten Fallkosten der Spitäler. Die Produktionskosten in der Stadt Zürich seien im gesamtschweizerischen Vergleich besonders hoch. Entsprechende statistisch untermauerte Daten lägen dem GUD nur für den gesamten Kanton Zürich und nicht für die Stadt Zürich alleine vor. Beispielsweise habe der monatliche Bruttolohn im Gesundheitswesen in der Grossregion Zürich (Kanton Zürich) im Jahr 2016 Fr. 7012 betragen, während er im schweizerischen Durchschnitt mit Fr. 6760 tiefer gelegen habe. Das GUD führt aus, dass das Lohnniveau und damit auch die Lohnkosten im Gesundheitswesen damit im Kanton Zürich rund 3,73% höher als im Rest der Schweiz liegen. Auf 2018 habe sich das Lohnniveau in der Region Zürich weiter erhöht. Die Auswirkungen des ohnehin schon hohen Kostenniveaus haben sich für die Zürcher Spitäler damit in den Kosten-daten 2018 (Grundlage für das Benchmarking für das Tarifjahr 2020) sogar noch verschärft. Weiter sei auch der Mietpreis pro Quadratmeter in der Grossregion Zürich (Kanton Zürich) im Jahr 2017 mit Fr. 18.60 höher gewesen als mit Fr. 15.90 im gesamtschweizerischen Durchschnitt. Dies entspreche einem um rund 17% höheren Mietniveau in der Region Zürich verglichen mit dem Rest der Schweiz. Das Bundesverwaltungsgericht habe wiederholt festgehalten, dass derartige regio-

nale Kostenunterschiede einen Zuschlag auf den Benchmark rechtfer-
tigen würden. Regionale Unterscheide der Lohn- und Lohnnebenkosten
würden auch vom Verwaltungsrat der SwissDRG AG als Grund für
eine Preisdifferenzierung genannt.

Der Zuschlag für ein höheres regionales Kostenniveau sei mit den
vom GUD zu den Akten gegebenen Unterlagen hinreichend belegt.
Der genaue Zuschlag für das höhere Kostenniveau im Kanton Zürich
sei von Amtes wegen durch die Gesundheitsdirektion zu eruieren und
zu beziffern.

9.3.2.2 Ausführungen der tarifsuisse

Die tarifsuisse teilt die Einschätzung des GUD nicht. Eine Prüfung
der vom GUD beigezogenen Kennzahlen zeige, dass diese zu unspezi-
fisch seien, als dass sich daraus ein Zu- oder Abschlag aufgrund des re-
gionalen Kostenniveaus ableiten liesse. Die Publikation «Allgemeine
Systematik der Wirtschaftszweige» des BFS zeige, dass der Wirtschafts-
zweig Gesundheitswesen diverse andere Leistungserbringer wie Arzt-
oder Zahnarztpraxen, Psychotherapie, Physiotherapie, Hebammen oder
Labore enthalte. Dieser Wert könne somit nicht repräsentativ für die
Spitäler des Kantons Zürich sein. Es sei vielmehr die Situation im be-
treffenden Spital unter Berücksichtigung des entsprechenden Personal-
mix zu analysieren. Die beigezogenen Daten seien nicht zur Bestim-
mung einer durch Lohnkosten bedingten Preisdifferenzierung geeignet.
Bei den Standortkosten ziehe das GUD den Mietpreis pro Quadratmeter
für Privathaushalte bei, was nicht sachgerecht sei, zumal das GUD kei-
nerlei präzisierende Angaben zu den Immobilien bereitstelle. Es bleibe
unklar, welche Gebäude sich in Mietliegenschaften befinden, wie hoch
die tatsächlich zu bezahlenden Mietzinsen seien und wie der Vergleich zu
anderen Schweizer Spitätern aussehe. Eine brauchbare Datengrundlage
fehle, weshalb ein Zuschlag für das Stadtspital Triemli nicht infrage
komme.

Wenn sich die Stadt Zürich dazu entscheide, seinem Personal höhere
Löhne als in der übrigen Schweiz oder gar anderen Spitätern auf dem
Stadtgebiet Zürich zu bezahlen, sei es nicht Aufgabe der OKP, dies zu
finanzieren.

9.3.2.3 Ausführungen der CSS

Die CSS macht geltend, das GUD stütze sich zwecks Herleitung von
höheren Gestehungskosten im Grossraum Zürich auf Statistiken und
eine Medienmitteilung des BFS, konkrete Quervergleiche mit anderen
ausserkantonalen Leistungserbringern würden jedoch fehlen. Im Ein-
zelfall sei der beantragte Zuschlag nicht beziffert. Dass im Kanton Zü-
rich überdurchschnittlich hohe Gestehungskosten anfallen, werde nicht

bestritten. Im Gegenzug profitierten Zürcher Spitäler aber auch von einer höheren Produktivität (höhere Fallzahlen, mehr Leistungsaufträge) im Vergleich zu kleineren Landspitälern, was sich wiederum maximierend auf die Leistungseffizienz auswirke und im Gesamtergebnis glättend wirke. Schliesslich seien nach ständiger Rechtsprechung Kostenunterschiede der Leistungserbringer durch regional unterschiedliche Strukturkosten (Lohn- und Standortkosten) im Preisfindungsprozess nicht zu berücksichtigen, wenn sie auf effizienzfremde Faktoren zurückzuführen seien. Dies sei im konkreten Fall aufgrund des tiefen Bettenbelegungsgrads erwiesen.

9.3.2.4 Rechtliches

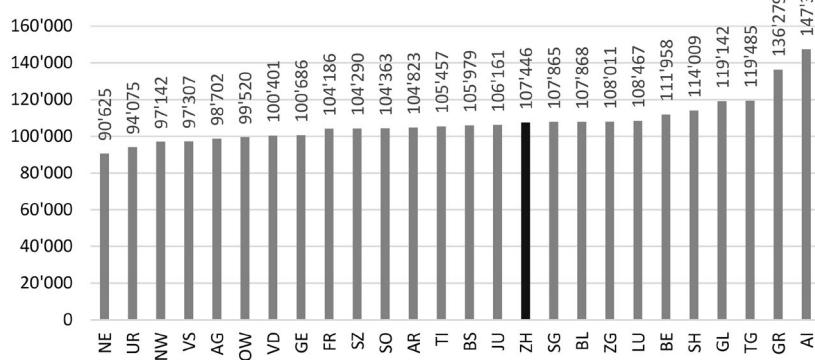
Das Bundesverwaltungsgericht hält fest, dass Kostenunterschiede der Leistungserbringer durch regional unterschiedliche Strukturkosten (Lohn- und Standortkosten) bedingt sein können. Soweit solche Kostenunterschiede durch effizienzfremde Faktoren bedingt seien, könnten sie im Preisfindungsprozess relevant 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).

Die vom GUD eingebrachten Lohn- und Mietpreisstatistiken vermögen nicht zu belegen, dass im Stadtspital Triemli höhere Gestehungskosten für die Erbringung einer KVG-Leistung anfallen als in Spitälern anderer Regionen. Dazu kommt, dass höhere Produktionskosten im Stadtspital Triemli nicht ohne Weiteres einen Zuschlag auf den Basisfallpreis des Stadtspitals Triemli rechtfertigen würden, sondern inhaltlich und bezüglich Effizienz geprüft werden müssten. Weil Spitäler als Arbeitgeber im Rahmen ihrer Entlohnungssysteme die Löhne mit den Mitarbeitenden selbst aushandeln, besteht ein nicht unerheblicher Spielraum bei der Festlegung der Löhne. Dementsprechend kann die Entlohnung in einem Spital nicht als exogener Faktor betrachtet werden. Zudem greift es zu kurz, von einem regionalen Lohnkostenniveau direkt auf höhere Gestehungs- und Produktionskosten und damit auf höhere Fallkosten eines bestimmten Spitals zu schliessen. Sind in einer Region beispielsweise aufgrund von spezialisierten Kompetenzzentren vermehrt Spitzenverdienende wohnhaft, treibt dies die durchschnittlichen Lohnkosten in die Höhe. Soweit damit kompliziertere Eingriffe verbunden sind, führen diese aber – aufgrund des höheren Fallgewichts – auch zu einer höheren Vergütung, weshalb keine höheren Basisfallkosten gerechtfertigt sind. 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.

Personalaufwand pro Vollzeitäquivalent in Franken, Durchschnitt über Spitäler (2018)

Quelle: Bundesamt für Statistik,
Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2018



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 beim Stadtspital Triemli 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 (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 11. September 2014, 2014/36, E. 6.8).

9.4.1 Ausführungen des GUD

Das GUD führt aus, dass es leistungsbedingte Unterschiede zwischen den Spitätern bei den Fallkosten gebe, welche die Tarifstruktur SwissDRG nicht abbilden könne. Dies treffe beim Stadtspital Triemli insbesondere bei Leistungen der Notfallstation sowie bei hochdefizitären Fällen zu. Als partieller Endversorger übernehme das Stadtspital Triemli aus medizinischen Gründen Patientinnen und Patienten aus Spitätern mit tieferer Versorgungsfunktion.

Bezüglich der Leistungen in Notfallstationen sei eine Differenzierung des Zuschlags zwischen Spitätern mit einer Notfallstation Level 3 gegenüber solchen mit Level 1 oder 2 angebracht. Das GUD könne anhand Daten des Vereins SpitalBenchmark belegen, dass zwischen den Kosten von Notfallstationen des Levels 1-2 und des Levels 3 statistisch signifikante Unterschiede bestünden. Gestützt auf eine Auswertung der Kostendaten der Zürcher Spitäler habe das GUD für das Stadtspital Triemli einen Zuschlag für den Betrieb der Notfallstation des Levels 3 von Fr. 344 berechnet. Die geltende Tarifstruktur sei noch nicht ausgereift genug, um Leistungsunterschiede von Notfallstationen ausreichend abbilden zu können. Die Datenlage zeige, dass weiterhin statistisch signifikante Unterschiede bestünden. Solange im SwissDRG-System nicht konsequent zwischen DRG für Elektiveingriffe und für Notfälle unterschieden werde, bleibe diese Problematik bestehen. Da eine solche Differenzierung aber zu einer erheblichen Steigerung der Anzahl DRG und damit zu einer wesentlichen Verkomplizierung des SwissDRG-Systems führen würde, habe die SwissDRG AG bisher auf eine weitergehende Ausdifferenzierung des SwissDRG-Systems verzichtet. Statt dessen empfehle die SwissDRG AG in den Feststellungen des Verwaltungsrates vom 26. Mai 2016 durch die Schweregradbereinigung nicht berücksichtigte Kostendifferenzen in den Tarifverhandlungen durch eine Differenzierung des Basisfallpreises zu berücksichtigen. Diese Problematik gelte noch in verstärktem Mass für die Differenz zwischen den Notfallmehrkosten der Level-3- und Level-1-2-Spitälern, da die meisten Patientinnen und Patienten mit Notfalleintritt beider Spitaltypen ähnliche DRG ansteuern, die Fälle von Patientinnen und Patienten des Spitaltyps Level 3 aber dem Notfalllevel entsprechend komplexer seien.

Eine weitere Problematik der Tarifstruktur ergebe sich bei den nicht abbildbaren hochdefizitären Fällen. Wie das Bundesverwaltungsgericht wiederholt festgestellt habe, treffen die negativen Auswirkungen einer ungleichen DRG-internen Fallverteilung insbesondere Spitäler am Ende der Versorgungskette, wie etwa das Stadtspital Triemli. Diese Endversorgerspitäler verweisen die komplexen und hochdefizitären Fälle nicht einfach an einen anderen Leistungserbringer, sondern behandeln diese Patientinnen und Patienten selbst. Bei einem einheitlichen Basisfallwert würden diese Spitäler gegenüber solchen benachteiligt, die sich auf die Behandlung von profitablen Fällen ausrichteten, da die Endversorger die aus den komplexen und hochdefizitären Fällen resultierenden Defizite nicht durch entsprechende hochprofitable Fälle ausgleichen könnten. Das Bundesverwaltungsgericht habe in Anbetracht dieser Problematik festgehalten, dass Spitäler, die in überdurchschnittlichem Mass hochdefizitäre Fälle behandeln, Anspruch auf einen Zuschlag auf den Referenzwert hätten. Aufgrund seiner partiellen Endversorgerstellung häuften sich auch im Stadtspital Triemli hochdefizitäre Fälle an, wobei das resultierende Defizit in keiner Weise durch eine entsprechende Zahl hochprofitabler Fälle kompensiert werden könne. Mit Blick auf das vorliegende Verfahren habe das GUD entsprechende Auswertungen ihrer OKP-Fälle für die Datenjahre 2017 und 2018 vorgenommen. Das GUD leitet daraus – unter Berücksichtigung eines Abzugs für unterstellte Ineffizienz des Stadtspitals Triemli – für beide Datenjahre ein Sockeldefizit her. Deshalb beantragt das GUD für das Stadtspital Triemli für den Tarif ab 2019 einen Zuschlag von Fr. 304 und für den Tarif ab 2020 einen Zuschlag von Fr. 182, um die Mehrkosten bei Hochdefizitfällen auszugleichen.

Die Funktion als Endversorgerspital für den Kanton Zürich und die angrenzenden Regionen sei nicht alleine auf das USZ beschränkt. Vielmehr übernehme auch das Stadtspital Triemli die Funktion eines Endversorgerspitals, da es ebenfalls aus der ganzen Region viele schwere (und defizitäre) Fälle aufnehme und das USZ damit wesentlich entlaste. Die Endversorgerfunktion in einer bestimmten Region sei damit nicht zwingend eine Rolle, die ausschliesslich einem einzigen Spital zukommen könne. Das Stadtspital Triemli verfüge über Leistungsaufträge in 93 Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG); darunter auch über vier Leistungsaufträge im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM). Über ähnlich breite Leistungsspektren verfügten im Kanton Zürich neben dem USZ (136 SPLG) und dem spezialisierten (universitären) Kinder-spital Zürich (124 SPLG) nur noch das Kantonsspital Winterthur (95 SPLG) und die Klinik Hirslanden (102 SPLG). Die übrigen 20 Listen-spitäler (sowie die zwei Geburtshäuser) deckten allesamt unter 60 SPLG ab. Die partielle Endversorgerstellung des Stadtspitals Triemli lasse sich auch an der hohen Zuverlegungsquote erkennen. Es zeige sich, dass zuverlegte Patienten einen höheren durchschnittlichen Verlust pro

Fall aufwiesen als die übrigen Fälle. Dies deute darauf hin, dass es sich bei zuverlegten Fällen um überdurchschnittlich schwere Fälle handle. Der Verlust bei zuverlegten Fällen sei damit im Durchschnitt doppelt so hoch, wie jener der übrigen Fälle. Alleine die 1127 zuverlegten Fälle haben dem Stadtspital Triemli im Jahr 2017 einen Verlust von rund 3,7 Mio. Franken verursacht, was bei einem Gesamtverlust von rund 36,7 Mio. Franken einem Anteil von rund 10% am Gesamtverlust entspreche (während die zuverlegten Fälle nur 5% des Patientengutes ausmachten). Im Übrigen zeige sich, dass gerade die zuverlegten Fälle aus anderen Spitäler auch deutlich häufiger hochdefizitär seien. Gemäss GUD seien von den 1127 zuverlegten Fällen 24 hochdefizitär gewesen, was einem Anteil von 2,1% entspreche. Von den übrigen (nicht zuverlegten) 21 778 Fällen seien dagegen nur 258 hochdefizitär gewesen, was einem Anteil von hochdefizitären Fällen von 1,2% entspreche. Die Zuverlegung erfolge insbesondere durch die umliegenden Spitäler einer tieferen Versorgungsstufe. Dies und die häufige Zuverlegung von hochdefizitären Fällen sei typisch für ein Endversorgerspital, welches sein Patientengut nicht optimiere. Die Auswertung der Zuverlegungen 2017 basiere auf den eigenen Daten des GUD bzw. des Stadtspitals Triemli und unterliege der Geheimhaltung.

Des Weiteren zeige sich, dass das Stadtspital Triemli mit einer Zuverlegungsquote aus anderen Spitäler von 4,9% sowohl im Vergleich mit den anderen Zürcher Listenspitäler als auch im Vergleich mit den Zentrumsspitäler der Schweiz (K112) eine überdurchschnittlich hohe Zuverlegungsquote aufweise. Die Auswertung beruhe auf den Daten des Vereins SpitalBenchmark (Datenjahr 2017). Dabei seien nur die OKP-Fälle berücksichtigt worden. Gemäss GUD gelte Analoges auch für das Datenjahr 2018, wo sich ebenfalls eine überdurchschnittliche Zuverlegungsquote für das Stadtspital Triemli feststellen lasse.

9.4.2 Ausführungen der tarifsuisse

Die tarifsuisse bemängelt, das GUD vermöge nicht zu belegen, dass die Voraussetzungen für einen Zuschlag für die Notfallstation gegeben seien. Es sei nicht auszuschliessen, dass die Unterfinanzierung auf eine ungenügende Auslastung bzw. Überkapazitäten oder Ineffizienzen zurückzuführen seien oder aber regionalpolitische Überlegungen dafür verantwortlich seien. Desgleichen vermöge das GUD nicht darzulegen, dass die Unterfinanzierung auf eine mangelhafte Tarifstruktur zurückzuführen sei. Im Weiteren wiesen die Berechnungen des GUD diverse analytische Fehler auf, sodass diese nicht für die Herleitung eines Zuschlages herangezogen werden könnten. Mangels substantierter Beweismittel sei ein Zuschlag für den Betrieb einer Notfallstation des Levels 3 nicht angezeigt.

Die Tarifstruktur SwissDRG sei heute so weit verfeinert, dass praktisch alle Behandlungen in der Tarifstruktur realitätsgerecht abgebildet seien und sich deshalb keine Zuschläge mehr rechtfertigten. So habe die SwissDRG AG im Rahmen der Systempräsentation zur Version 6.0 (2017) festgehalten, dass der Anteil der Hochdefizitfälle deutlich reduziert werden konnte. Gleichzeitig habe die SwissDRG AG definiert, wann ein Fall als Hochdefizitfall beurteilt werden müsse. Aus Sicht der Swiss DRG AG sei dies dann der Fall, wenn die Kosten mindestens Fr. 400 000 und das Defizit mindestens Fr. 40 000 betragen würde. Das Stadtspital Triemli sei nur in sehr geringem Ausmass von hochdefizitären Fällen betroffen. Im Datenjahr 2017 sei kein einziger Fall gemäss Definition der SwissDRG AG als Hochdefizitfall zu bezeichnen. Das Datenjahr 2018 weise einen Fall aus, der von der Definition erfasst werde.

Das Stadtspital Triemli sei auch kein Endversorgerspital. Das GUD könne mit seinen Zahlen weder belegen, dass die Verlegungen in das Stadtspital Triemli aus medizinischen Gründen erfolgt seien, noch, dass die Fälle von einem Spital mit tieferer Versorgungsfunktion verlegt worden seien. Es argumentiere lediglich mit der Zuverlegungsquote von 4,9% (2017) bzw. 5,2% (2018). Die tarifsuisse habe die schweizweit hochverlegten Fälle aus der medizinischen Statistik ausgewertet. Hier zeige sich für das Stadtspital Triemli ein wesentlich tieferer Wert von 3%. Wie viele Fälle davon aus medizinischen Gründen hochverlegt worden seien, könne nicht nachvollzogen werden.

Sollte der Endversorgerstatus jedoch allein aufgrund der Anzahl Verlegungen bestimmt werden, müssten neben den zuverlegten auch die aus dem Spital wegverlegten Fälle einbezogen werden. Werden die wegverlegten Fälle von den zuverlegten Fällen abgezogen, könne das Stadtspital Triemli weder im Vergleich mit allen Spitätern noch im Vergleich mit den Spitätern der Kategorie K112 einen Endversorgerstatus geltend machen. Das Stadtspital Triemli habe gemäss den Angaben der medizinischen Statistik zwar 1183 Fälle (5,04%) von anderen Akutspitätern und Geburtshäusern zuverlegt erhalten, es habe aber in der gleichen Zeit 1366 Fälle (5,82%) in andere Akutspitäler und Geburtshäuser weiterverlegt. Netto habe das Stadtspital Triemli also mehr Fälle weiterverlegt, als es Fälle zuverlegt erhalten habe.

Weiter müsse berücksichtigt werden, welche DRG von den Verlegungen betroffen seien. Die Tarifstruktur sehe für Verlegungen grundsätzlich Abschläge vor, um sicherzustellen, dass die Vergütung für Behandlungen in verschiedenen Institutionen gesamthaft nicht höher ausfalle als die Vergütung für die Behandlung in einer einzigen Institution. Für DRG, bei denen Verlegungen medizinisch indiziert sein könnten, sei auch im Falle einer Verlegung kein Abschlag vorgesehen (sogenannte Verlegungsfallpauschale). Ähnlich wie die bewusste Untervergütung von Langliegern sei dies somit ein von den Tarifpartnern und dem Bundesrat gewollter Effekt. Dieser dürfe nicht durch einen überhöhten Basisfallwert ausgehebelt werden.

Die tarifsuisse bestreite zudem, dass ein Zusammenhang zwischen einem breiten Leistungsspektrum und der Höhe der Fallkosten bestehe. Gemäss eigenen Berechnungen zeige die Anzahl der angesteuerten DRG in der Grundversicherung keine Korrelation mit den schwergradbereinigten Fallkosten. Kleine Spitäler mit einem engen Spektrum könnten ebenfalls hohe Fallkosten aufgrund geringer Skaleneffekte oder sonstiger Umstände haben. Grosse Spitäler mit einem breiten Angebot könnten niedrige Fallkosten haben. Die Gründe dafür könnten mannigfaltig sein.

9.4.3 Ausführungen der CSS

Die CSS ist der Auffassung, ein Zuschlag auf dem Basisfallpreis sei für das Betreiben einer Notfallstation nicht mehr sachgerecht. In der Einführungsphase von SwissDRG sei ein solcher Zuschlag noch tolerierbar gewesen. Für die Tarifjahre 2019 und 2020 sei ein solcher Zuschlag nicht mehr vertretbar, da die Tarifstruktur so weit ausgereift sei, dass Spitäler mit Notfallstation darin ausreichend berücksichtigt werden.

Im Weiteren genüge eine Excel-Datei mit einer Auflistung von Daten nicht als Beweis für einen allfälligen Zuschlag auf dem Basisfallpreis. Die Daten seien anonymisiert, sodass eine Plausibilisierung nicht möglich gewesen sei. Bereits die Grundgesamtheit von insgesamt 14 Datensätzen sei zu klein, um eine repräsentative Aussage zu erstellen. Das GUD habe jedoch vier Spitäler aus der Analyse ausgeschlossen, da diese bei Notfalleintritten tiefere Fallkosten aufweisen als bei Eintritten ohne Notfall. Gemäss GUD seien die Daten dieser Spitäler nicht plausibel. Ob dies treffend sei, könne die CSS nicht überprüfen.

Die CSS führt weiter aus, gemäss Ausführungen des GUD habe das Stadtspital Triemli im Jahr 2018 total 140 hochdefizitäre Fälle von total 23 005 Fällen im Jahr 2018 behandelt. Der Anteil an hochdefizitären Fällen betrage somit lediglich 0,61 %, weshalb ein Zuschlag aufgrund des sehr geringen Anteils an hochdefizitären Fällen nicht gerechtfertigt sei.

Weiter lägen keine stichhaltigen Argumente und Beweise dafür vor, dass das Stadtspital Triemli als Endversorgerspital im Kanton Zürich gelte. Die Häufung von hochdefizitären Fällen liesse sich gemäss Bundesverwaltungsgericht vor allem bei den Universitätsspitätern als Letztversorger feststellen. Dies treffe auf die Stadtspitäler gerade nicht zu, zumal sie über keinen universitären Leistungsauftrag verfügten. Allein die Tatsache, dass das Stadtspital Triemli teilweise komplexe Leistungen erbringe, rechtfertige keinen Zuschlag. Auch habe das Bundesverwaltungsgericht bereits in einem seiner Urteile festgehalten, dass das Stadtspital Triemli nicht am Ende der Versorgerkette stehe. Die Zahlen der Leistungsstatistik sprächen eher für das Gegenteil: Die Wegverlegungen im Jahr 2017 seien mit einer Anzahl von 1834 mehr als doppelt so hoch gewesen, wie die 908 aufgenommenen Verlegungspatientinnen und -patienten.

Wenn das Stadtspital Triemli auf fünf ausserkantonalen Spitäler stehe, sei es naheliegend, dass es mehr Zuverlegungen verzeichne als beispielsweise ein Regionalspital. Dies allein sei jedoch noch kein eindeutiges Indiz für ein Endversorgerspital.

Für das Jahr 2020 könne die CSS festhalten, dass von den Total 1204 Zuverlegungen 326 von Kantonen stammen, auf deren Spitälerliste das Stadtspital Triemli stehe (Schwyz, Zug, Glarus und Schaffhausen). Die Zuverlegungen vom Kanton Uri seien in diesen 326 nicht enthalten, da diese Zahl in den Beilagen nicht verfügbar sei. Diese 326 Zuverlegungen entsprächen einem Anteil von 26,91% aller Zuverlegungen. Etwas mehr als ein Viertel dieser defizitären Zuverlegungen würden nur deshalb im Stadtspital Triemli behandelt, weil sich dieses selbst für diese Leistungsaufträge beworben habe. Die CSS stelle sich die Frage, weshalb sich das Stadtspital Triemli für diese Leistungsaufträge überhaupt bewerbe, wenn diese so stark defizitär seien.

Aus Sicht der CSS reiche ein breites Leistungsspektrum alleine nicht aus, um als Endversorgerspital zu gelten. Das Stadtspital Triemli habe 19 Spitäler mit einem breiten Leistungsspektrum aufgeführt. Dass in der Schweiz 19 Endversorgerspitäler bestehen würden, wäre hinsichtlich der Grösse und der Bevölkerungszahl der Schweiz übertrieben. In der Schweiz seien nur die fünf Universitätsspitäler und die «reinen» Kinder-spitäler Endversorger und hätten Anspruch auf einen entsprechenden Zuschlag.

9.4.4 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).

Das Bundesverwaltungsgericht hielt weiter fest, dass davon auszugehen sei, dass bereits die Tarifstruktur SwissDRG 1.0, die tarifpartnerschaftlich vereinbart und vom Bundesrat am 6. Juli 2011 genehmigt wurde, ein brauchbares Patientenklassifikationssystem darstelle und die massgebenden Kostenunterschiede abbilde (E. 22.2). Es seien aber zwei Grundkonstellationen, welche die Gefahr einer Fehlallokation der Erlöse umfassen könne zu unterscheiden: Einerseits könnten Kostengewichte in der DRG-Tarifstruktur falsch bewertet sein und die falsch bewerteten DRGs bei einzelnen Spitälern einseitig und überproportional auftreten. Anderseits könnten sich bei DRGs mit einer breiten Streuung von Fällen (inhomogene DRG) profitable und defizitäre Fälle derselben DRG nicht gleichmässig auf alle Spitäler verteilen, sodass ein-

zelle Spitäler einen überproportionalen Anteil defizitärer Fälle und andere einen überproportionalen Anteil profitabler Fälle versorgen würden (E. 22.5). Die Festsetzung unterschiedlicher Basisfallwerte als Korrektiv von einseitigen DRG-internen Fallverteilungen bilde keinen systemwidrigen Eingriff in die Tarifstruktur (E. 22.7). Hingegen würde die Festsetzung unterschiedlicher Basisfallwerte einzig aus der Motivation heraus, eine Fehlallokation der Vergütungen infolge mutmasslich fehlbewerteter DRG zu korrigieren, einen Eingriff in die Tarifstruktur bedeuten. Dazu fehle der Kantonsregierung die Zuständigkeit (E. 22.6). Die Korrektur von allenfalls über- oder unterbewerteten DRGs hat über eine Anpassung der Tarifstruktur und nicht über differenzierte Basisfallwerte zu erfolgen (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-1319/2018, C-1439/2018, C-1470/2018 vom 6. September 2019, E. 5.6.2). Aus der Erbringung von hochkomplexen Behandlungen, deren DRG unterbewertet seien, könne kein Anspruch auf einen höheren Basisfallwert abgeleitet werden (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 11. September 2014, 2014/36, E. 22.6). Falls ein Spital aus besonderen Gründen spitalindividuelle Tarife für sich beanspruchen möchte, obliegt es diesem, diese durch überprüfbare Fakten nachzuweisen (E. 22.8).

Seine besondere Stellung in der medizinischen Versorgungskette erklärt das GUD für das Stadtspital Triemli damit, dass es eine hochspezialisierte Notfallstation des Levels 3 betreibe und als partieller Endversorger mit einer hohen Zuverlegungsquote viele komplexe und hochdefizitäre Patientenfälle behandle. Es ist deshalb zu prüfen, ob eine (1) hochspezialisierte Notfallstation und die geltend gemachte (2) partielle Endversorgerstellung des Stadtspitals Triemli einen Zuschlag zum Referenzwert rechtfertigen.

(1) Das Bundesverwaltungsgericht hielt in seinem Urteil vom 11. September 2014 (2014/36, E. 21.3) und erneut im Urteil vom 18. Juli 2017 (BVG 2017 V/4, E. 10.7) fest, dass Vorhalteleistungen im Zusammenhang mit dem Betrieb einer Notfallstation OKP-pflichtig und damit tarifrelevant seien. Damit ein Spital medizinische Notfälle versorgen könne, müsse es seine Organisation auf dringende Fälle ausrichten. Dazu benötige 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 Spitäler mit und solchen ohne Notfallstation sei zulässig (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-1319/2018, C-1439/2018, C-1470/2018 vom 6. September 2019, E. 5.6.1). So hat das Bundesverwaltungsgericht den Entscheid des Regierungsrates des Kantons Zürich vom 13. März 2013 gestützt (RRB Nr. 278/2013), wonach für Spitäler ohne Notfallstation ein um Fr. 200 tieferer Basisfallwert festgesetzt wurde als für Spitäler mit einer Notfallstation (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 11. September 2014, 2014/36, E. 21).

Spitäler mit einer Notfallstation haben systematisch höhere Kosten. Weil in der SwissDRG-Tarifstruktur die Art des Spitäleintritts bei der Bestimmung des Kostengewichts keine Rolle spielt, würden Spitäler ohne Notfallstation gegenüber Spitätern mit Notfallstation überkompensiert, falls der Basisfallwert dieser Spitäler identisch wäre. Dies rechtfertigt eine Tariffdifferenzierung, die bei Spitätern ohne Notfallstation einen um Fr. 200 tieferen Basisfallwert vorsieht. Mit den vom Regierungsrat genehmigten Tarifverträgen des See-Spitals (für die Standorte Kilchberg und Horgen) wurde diese Tariffdifferenz in jüngerer Zeit tarifpartnerschaftlich bestätigt (vgl. RRB Nr. 755/2021). Alle weiteren patientenspezifischen Behandlungskosten, d. h. die Komplexität der Behandlungen, sind jedoch von der Tarifstruktur mit spezifischen Kostengewichten zu berücksichtigen. 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. 9.2.2.5), und somit auch die Kosten für die Vorhalteleistungen des Stadtspitals Triemli für seine Notfallstation umfasst. Das GUD hat in seinen Auswertungen nicht aufgezeigt, bei welchen konkreten DRG bzw. in welchen Bereichen der medizinischen Behandlungen das Stadtspital Triemli einseitig von einem überproportionalen Anteil an defizitären Fällen betroffen wäre, die durch den Betrieb einer Notfallstation des Levels 3 begründet sind, weshalb sich diesbezüglich kein Zuschlag zum Referenzwert rechtfertigt.

(2) Die Funktion des regionalen Endversorgers wird im Grossraum Zürich vom Universitätsspital Zürich wahrgenommen. Dass das Stadtspital Triemli im Bereich der stationären Akutsomatik zahlreiche Fälle behandelt, ist unbestritten und auch so vorgesehen. Diese Tätigkeit übt das Stadtspital Triemli im Rahmen seiner kantonalen Leistungsaufträge aus, für die es sich beworben hat. Von einem Spital mit einem breiten Leistungsspektrum und vergleichsweise vielen Leistungsaufträgen in unterschiedlichen Spitalplanungs-Leistungsgruppen muss erwartet werden, dass es seine Patientinnen und Patienten in der Regel bei der akutsomatischen Behandlung als alleinige Institution versorgen kann. In diesem Sinne findet im Stadtspital Triemli, als auch bei anderen Zentrumsspitätern, eine umfassende Versorgung statt. Daraus einen Zuschlag für einen besonderen Endversorgerstatus für das Stadtspital Triemli abzuleiten, erscheint jedoch nicht angemessen. Dies zeigt ein Blick auf den durchschnittlichen Schweregrad der im Kanton Zürich tätigen akutsomatischen Spitäler, der mit dem Case Mix Index (CMI) gemessen wird, der den durchschnittlichen Schweregrad der behandelten Fälle eines Spitals abbildet: Die Austritte der Zürcher Spitäler (Akut-

somatik) nach SwissDRG-Merkmalen 2020 zeigen, dass das Stadtspital Triemli bei 23 952 Austritten einen CMI von 1.11 aufweist (vgl. Gesundheitsdirektion, Kennzahlen 2020, Akutsomatik, S. 29, zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/spitaeler_kliniken/daten_und_statistik_der_listenspitaeler/kenndaten1/akutsomatik/kenndaten_2020_akutsomatik.pdf). Der durchschnittliche CMI der akutsomatischen Spitäler mit Zürcher Leistungsauftrag (ohne Geburtshäuser) beträgt 1.19 und der durchschnittliche CMI sämtlicher akutsomatischer Spitäler im Kanton Zürich (einschliesslich Geburtshäuser und Spitäler ohne Zürcher Leistungsauftrag) 1.18. Im Vergleich zu diesen beiden Kennzahlen ist der CMI des Stadtspitals Triemli somit unterdurchschnittlich. Demgegenüber zeigt sich, dass das Universitätsspital Zürich bei 38 577 bewerteten Austritten mit 1.65 über einen deutlich höheren CMI verfügt.

Die Tarifstruktur SwissDRG sieht für zahlreiche spezialisierte und hochspezialisierte Leistungen höhere Kostengewichte vor. Dies führt entsprechend zu höheren Vergütungen. Allein aus der Tatsache, dass ein Spital teilweise komplexe Leistungen erbringt, kann somit kein Zuschlag abgeleitet werden. Der vom GUD beantragte Zuschlag auf den Referenzwert, aufgrund einer überdurchschnittliche Häufung hochdefizitärer Fälle wird sodann nicht weiter spezifiziert. Aus den Ausführungen des GUD ist nicht ersichtlich, welche konkreten Behandlungen im Stadtspital Triemli mit unangemessen tiefen Kostengewichten bewertet sind oder bei welchen DRG eine breite Streuung von Fällen vorliegen (inhomogene DRG), von welchen das Stadtspital Triemli systematisch zu seinen Ungunsten betroffen wäre. Insbesondere vermag das GUD für das Stadtspital Triemli nicht darzulegen, dass innerhalb bestimmter DRG eine einseitige Verteilung von teuren Fällen vorliegen würde, welche bei der Anwendung dieser DRG hohe Defizite verursachen würden, die nicht durch andere Fälle mit einem hohen Gewinn kompensiert werden könnten.

SwissDRG ist ein lernendes System, bei dem die Leistungserbringer in den Weiterentwicklungsprozess der Tarifstruktur einbezogen werden. Abbildungsmängeln in der Tarifstruktur wurde in den vergangenen Jahren mit regelmässigen Anpassungen entgegengewirkt. Dies bestätigen auch Auswertungen des Verwaltungsrates der SwissDRG AG (vgl. Systempräsentation, Verwaltungsrat der SwissDRG AG, SwissDRG – Version 11.0 / 2022, 22. April 2021, S. 208, swissdrg.org/application/files/1016/2427/9732/Systempraesentation_SwissDRG_Version_11.0_2022_Publikation.pdf), wonach sich die Anzahl der Hochdefizitfälle in den vergangenen Jahren laufend reduziert hat. Gemäss Verwaltungsrat der SwissDRG AG handelt es sich dann um einen Hochdefizitfall, wenn die Kosten einer Behandlung den Schwellenwert von Fr. 400 000 überschreiten und (kumulativ) dabei ein Defizit von mehr als Fr. 40 000 resultiert. Gemäss den Eingaben des GUD zum Stadtspital Triemli trifft dies

bei den behandelten Fällen 2018, je nach Art der Auswertung, auf einen oder gar keinen Fall zu (bei insgesamt 24337 aufgeführten Fällen). Bei den behandelten Fällen 2017 trifft dies auf gar keinen Fall zu (bei insgesamt 24163 aufgeführten Fällen).

Zusammenfassend ergibt sich, dass kein besonderer Endversorgungsstatus für das Stadtspital Triemli vorliegt. Einen Zuschlag aufgrund der geltend gemachten partiellen Endversorgerstellung lässt sich somit nicht rechtfertigen, weshalb von einem Zuschlag zum Referenzwert für spitalindividuelle Besonderheiten des Stadtspitals Triemli abzusehen ist.

9.5 Festzusetzender Basisfallwert

Zusammenfassend sind die für das Stadtspital Triemli festzusetzenden Tarife 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 Stadtspital Triemli	Fr. 9900

Herleitung des festzusetzenden Basisfallwerts ab 1. Januar 2019	Betrag/Wert (auf Franken gerundet)
Hergeleiteter Benchmark – Benchmarking mit GDK-Spitalkostendaten 2017 – Gewichtung nach Fällen – 33.3. Perzentil	Fr. 9969
+ Teuerungszuschlag für das Jahr 2018 (+0,62%)	Fr. 62
Hergeleiteter Referenzwert	Fr. 10031
Basisfallwert ab 1. Januar 2019 bis 31. Dezember 2019 für das Stadtspital Triemli	Fr. 10031

9.6 Mehrkosten aufgrund der Coronapandemie

9.6.1 Ausführungen des GUD

Das GUD beantragt, dass der festzusetzende Tarif unter den Vorbehalt einer nachträglichen und rückwirkenden Anpassung gestellt werde. 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.

Die materielle Rechtsfrage, ob im Jahr 2020 Kosten entstanden seien, die OKP-pflichtig und die über die Tarife 2020 zu vergüten seien, sei im vorliegenden Verfahren nicht zu prüfen. Das Gesuch, den Tarifentscheid unter einen ausdrücklichen Vorbehalt der Anpassung zu stellen, sei einzig darauf gerichtet, im derzeitigen Moment, wo der Umfang und der Mechanismus zur Abgeltung coronabedingter Mehrkosten noch gänzlich offen sei, von vornherein keine Vertrauenspositionen zugunsten der Versicherer-Gruppierungen zu schaffen. Ein entsprechender Vorbehalt sei ohne Weiteres zulässig und in der vorliegenden, ausserordentlichen Situation auch im öffentlichen Interesse geboten.

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. Anordnung verursachten Kosten müsse sich das Stadtspital Triemli beim Verursacher – Kantone und Bund – schadlos halten. 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 CSS

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

9.6.1.4 Rechtliches

Gemäss der Rechtsprechung ist für die Tarife des Jahres x auf die Kostendaten des Jahres x-2 (und somit wie erwähnt auf die Kostendaten des Jahres 2017 bzw. 2018) abzustellen, in Ausnahmefällen auf jene des Jahres x-1 (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-1698/2013 vom 7. April 2014, E. 35 f.). Deshalb können allfällige weitere Kosten des Jahres 2020 nicht berücksichtigt werden.

10 Geltungsdauer des Tarifs

Nach der Rechtsprechung gilt ein gestützt auf Art. 47 Abs. 1 KVG hohheitlich 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 des Stadtspitals Triemli vorliegend mit Wirkung ab dem 1. Januar 2020 mit unbefristeter Geltungsdauer festzusetzen.

11 Nachforderung der Tarifdifferenz

Der mit RRB Nr. 657/2018 mit Wirkung ab 1. Januar 2019 provisorisch festgesetzte Basisfallwert von Fr. 9700 für das Stadtspital Triemli liegt ab 1. Januar 2019 um Fr. 331 unter dem vorliegend festgesetzten Basisfallwert von Fr. 10031 und ab 1. Januar 2020 um Fr. 200 unter dem vorliegend festgesetzten Basisfallwert von Fr. 9900. Für den provisorisch festgesetzten Tarif wurde die rückwirkende Geltendmachung der Tarifdifferenz durch die Berechtigten vorbehalten, falls die im Endentscheid endgültig genehmigten oder festgesetzten Tarife vom vorsorglich festgesetzten Tarif abweicht. Die Tarifpartner sind deshalb berechtigt, rückwirkend ab dem 1. Januar 2019 die Differenz zwischen dem mit RRB Nr. 657/2018 provisorisch festgesetzten Basisfallwert und den vorliegend festgesetzten Basisfallwerten nachzufordern.

12 Finanzielle Auswirkungen

Die mit diesem Beschluss geregelten Tarife ab 1. Januar 2019 bzw. ab 1. Januar 2020 für das Stadtspital Triemli beruhen auf einem Wirtschaftlichkeitsvergleich beim 33,3. Perzentil (vgl. Ziff. 9.2.2). Die Tarifanpassung und die Rückabwicklung gegenüber dem provisorischen Tarif führen zu Mehrausgaben bei den Krankenversicherern und beim Kanton. Beim Stadtspital Triemli betragen die jährlichen Mehrausgaben gegenüber dem provisorisch abgerechneten Tarif bei einer geschätzten Leistungsmenge von 14000 Case-Mix-Punkten insgesamt 4,6 Mio. Franken für das Jahr 2019 bzw. von jährlich 2,8 Mio. Franken ab 1. Januar 2020. Gemäss Art. 49a Abs. 1 KVG werden die Vergütungen vom Kanton und von den Krankenversicherern anteilmässig übernommen. Der Kantonsanteil beträgt 55% und entspricht damit einer Mehrbelastung von rund 2,5 Mio. Franken für das Jahr 2019 bzw. jährlichen Mehrbelastungen von rund 1,5 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 2019–2022 zulasten der Kantonsfinanzen somit auf 7,2 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 1,5 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 2019 bzw. 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 volumnäiglich 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. 657/2018 für die Dauer der Festsetzungsverfahren die provisorische Weitergeltung der verlängerten Tarifverträge zwischen dem Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich einerseits und der CSS Kranken-Versicherung AG bzw. der tarifsuisse ag anderseits für das Stadtspital Triemli samt Basisfallwert von Fr. 9700 fest. Diese vorsorglichen Massnahmen

bleiben während des Laufs der Rechtsmittelfrist und während eines allenfalls anschliessenden Rechtsmittelverfahrens in Kraft. Erst mit dem Eintritt der formellen Rechtskraft in der Hauptsache wird die vorsorgliche Massnahme (automatisch) dahinfallen, sofern die anordnende Behörde oder die Rechtsmittelinstanz nichts Gegenteiliges beschlossen hat (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. 657/2018 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 Spitäler sprechen und zudem die Nennung von Spitäler, deren Daten modifiziert wurden, die künftige Mitarbeit der Kantone an der Datensicherung zuhanden der GDK beeinträchtigen könnte, ist die Beilage zum vorliegenden Beschluss – einschliesslich des den Kontakt Personen 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, werden für das Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich einerseits und die von der CSS Kranken-Versicherung AG und der tarif-suisse ag vertretenen Versicherer anderseits für das Stadtspital Zürich, Standort Triemli, mit Wirkung ab 1. Januar 2019 bis 31. Dezember 2019 ein SwissDRG-Basisfallwert von Fr. 10031 und mit Wirkung ab 1. Januar 2020 ein Swiss DRG-Basisfallwert von Fr. 9900 festgesetzt.

II. Das Gesuch des Gesundheits- und Umweltdepartements der Stadt Zürich um nachträgliche und ab 1. Januar 2020 rückwirkende Erhöhung der Tarife zur Abdeckung von allfälligen Mehrkosten aufgrund der Coronapandemie wird abgewiesen.

III. Die Tarifpartner sind berechtigt, rückwirkend ab dem 1. Januar 2019 bzw. ab dem 1. Januar 2020 die Differenzen zwischen dem mit RRB Nr. 657/2018 angeordneten provisorischen Tarif und den gemäss Dispositiv I festgesetzten Tarifen nachzufordern.

IV. Das Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich (einschliesslich des Stadtspitals Zürich, Standort Triemli), die CSS Kranken-Versicherung AG, die tarif-suisse ag sowie die Preisüberwachung werden verpflichtet, die Beilage «Spitalkostendaten und Benchmarking» zu diesem Beschluss – einschliesslich des den Kontaktpersonen auf Verlangen der Parteien zuzustellenden Datensets im Excel-Format betreffend Herleitung der schweregradbereinigten Fallkosten – nur im Zusammenhang mit dem vorliegenden Verfahren zur Festsetzung der Basisfallwerte für das Stadtspital Zürich, Standort Triemli, zu verwenden und die daraus erfahrenen Tatsachen und Erkenntnisse weder in anderen Tarifgenehmigungs- oder Tariffestsetzungsverfahren zu verwenden noch an Dritt Personen 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. 10 000) angedroht.

VI. Die mit RRB Nr. 657/2018 angeordnete provisorische Weitergeltung der verlängerten Tarifverträge zwischen dem Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich einerseits und der CSS Kranken-Versicherung AG bzw. der tarif-suisse ag anderseits für das Stadtspital Zürich, Standort Triemli, samt Basisfallwert von Fr. 9700 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 Beilage «Spitalkostendaten und Benchmarking» an folgende Parteien, je für sich sowie bei Verbänden zuhanden ihrer Mitglieder (E):

- CSS Kranken-Versicherung AG, Recht & Compliance,
Tribuschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern
- Gesundheits- und Umweldepartement, Departementssekretariat,
Obere Zäune 26, Postfach, 8022 Zürich
- Preisüberwachung, Einsteinstrasse 2, 3003 Bern
- Stadtspital Zürich Triemli, Birmensdorferstrasse 497, 8063 Zürich
- tarifsuisse ag, Lagerstrasse 107, 8004 Zürich
- VISCHER AG, z.Hd. Rechtsanwalt lic. iur. et Dipl. Natw. ETH,
Michael Waldner, Schützengasse 1, Postfach, 8021 Zürich
- Gesundheitsdirektion

Vor dem Regierungsrat
Die Staatsschreiberin:



Kathrin Arioli

Inhalt

1 Ausgangslage	I
2 Verfahrensgeschichte	2
2.1 Verfahren bis August 2020 für Tarife ab 2019	2
2.2 Verfahren bis August 2020 für Tarife ab 2020	3
2.3 Verfahrensvereinigung	3
2.4 Vereinigtes Verfahren für Tarife ab 2019 und ab 2020	4
3 Anhörung der Preisüberwachung	5
4 Definitive Festsetzungsanträge der Parteien	6
5 Prozessuale Anträge der Parteien	6
5.1 Prozessuale Anträge des GUD	6
5.1.1 Schreiben des GUD vom 22. März 2019 gegenüber CSS bzw. gegenüber tarifswisse (bzgl. Tarife ab 2019)	6
5.1.2 Schreiben des GUD vom 23. Dezember 2019 gegenüber CSS bzw. gegenüber tarifswisse (bzgl. Tarife ab 2020)	8
5.1.3 Schreiben des GUD vom 30. März 2020 gegenüber CSS bzw. gegenüber tarifswisse (bzgl. Tarife ab 2019)	8
5.1.4 Schreiben des GUD vom 3. Juli 2020 gegenüber tarifswisse (bzgl. Tarife ab 2020)	9
5.1.5 Schreiben des GUD vom 3. Juli 2020 gegenüber CSS (bzgl. Tarife ab 2020)	9
5.1.6 Schreiben des GUD vom 25. Mai 2021 gegenüber CSS bzw. gegenüber tarifswisse (bzgl. Tarife ab 2019 und ab 2020)	10
5.1.7 Schreiben des GUD vom 28. Juni 2021 gegenüber CSS bzw. gegenüber tarifswisse (bzgl. Tarife ab 2019 und ab 2020)	10
5.2 Prozessuale Anträge der tarifswisse	11
5.2.1 Schreiben der tarifswisse vom 21. Mai 2019 (bzgl. Tarife ab 2019)	11
5.2.2 Schreiben der tarifswisse vom 24. April 2020 (bzgl. Tarife ab 2020)	14
5.2.3 Schreiben der tarifswisse vom 10. März 2021 (bzgl. Tarife ab 2019 und ab 2020)	15

5.3 Prozessuale Anträge der CSS	16
5.3.1 Schreiben der CSS vom 15. Mai 2019 (bzgl. Tarife ab 2019)	16
5.3.2 Schreiben der CSS vom 5. März 2020 (bzgl. Tarife ab 2020)	16
5.4 Fazit zu den prozessualen Anträgen der Parteien	17
6 Im Festsetzungentscheid zu klärende Punkte	17
6.1 Bestimmung der benchmarkingrelevanten Betriebskosten je Spital	17
6.2 Benchmarking	18
6.3 Ermittlung des Referenzwerts	18
6.4 Spitalindividuelle Zuschläge	19
7 Voraussetzungen für eine Tariffestsetzung gegeben	19
8 Grundsätze der Wirtschaftlichkeitsprüfung	19
9 Tariffestsetzung ab 2019 und ab 2020	20
9.1 Bestimmung der benchmarkingrelevanten Betriebskosten und des Basiswerts für jedes Spital	20
9.1.1 Massgebendes Datenmaterial	20
9.1.2 Bekanntgabe und Bereinigung der GDK-Spitalkostendaten 2017 und 2018	22
9.1.3 Abzug Kosten für Leistungserbringung an Personen mit Zusatzversicherung	25
9.1.4 Gemeinwirtschaftliche Leistungen	29
9.1.5 Bewertung der Anlagenutzungskosten	33
9.1.6 Herleitung des benchmarkingrelevanten Basiswerts	38
9.2 Benchmarking: Durchführung des Betriebsvergleichs	39
9.2.1 Ein- oder Ausschluss der Geburtshäuser	39
9.2.2 Festlegung der Gewichtung und des Perzentils: Massstab für effiziente Leistungserbringung	42
9.3 Ermittlung des Referenzwerts	48
9.3.1 Zuschlag der Teuerung zum Benchmark	48
9.3.2 Regionales Kostenniveau	50
9.4 Spitalindividuelle Zuschläge	54
9.4.1 Ausführungen des GUD	54
9.4.2 Ausführungen der tarifsuisse	56
9.4.3 Ausführungen der CSS	58
9.4.4 Rechtliches	59

9.5 Festzusetzender Basisfallwert	63
9.6 Mehrkosten aufgrund der Coronapandemie	63
10 Geltungsdauer des Tarifs	64
11 Nachforderung der Tarifdifferenz	65
12 Finanzielle Auswirkungen	65
13 Parteientschädigung	66
14 Rechtsmittel	66
15 Weitergeltung der vorsorglichen Massnahmen	66
16 Teilweise Öffentlichkeit	67