

## **Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich**

Sitzung vom 31. August 2022

### **1155. Krankenversicherung (Tarif für stationär erbrachte akutsomatische Leistungen ab 1. Januar 2020 für vom Verband Zürcher Krankenhäuser vertretene Spitäler; 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 Fallpauschalsystem SwissDRG (DRG = Diagnoses Related Groups) zur Anwendung. Jeder Fallgruppe (DRG) wird ein Kostengewicht (Schweregrad) zugeordnet. Das Kostengewicht bildet den relativen Schwergrad der Fallgruppe ab. Der Betrag, der für den konkreten Einzelfall vergütet wird, berechnet sich durch Multiplikation des Kostengewichtes der DRG, der dem betreffenden Fall zugeordnet wird, mit der frankenmässigen Vergütung für Leistungen mit einem Kostengewicht von 1.0 (Basisfallwert nach SwissDRG). Im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist der Basisfallwert auf kantonaler Ebene auszuhandeln (Art. 46 Abs. 4 KVG) oder festzusetzen (Art. 47 Abs. 1 KVG).

Für die Abgeltung der stationär erbrachten Leistungen zwischen den vom Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK) vertretenen Spitäler und der tarifsuisse ag (tarifsuisse), der Einkaufsgemeinschaft HSK AG (HSK) und der CSS Kranken-Versicherung AG (CSS) kamen vom 1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2018 drei separate, vom Regierungsrat mit Beschluss Nr. 634/2016 genehmigte Tarifverträge zur Anwendung. Dabei wurde für Spitäler mit einer anerkannten Notfallstation ein Basisfallwert nach SwissDRG (nachfolgend Basisfallwert) von Fr. 9650 und für Spitäler ohne Notfallstation ein Basisfallwert von Fr. 9450 vereinbart. Die Tarifverträge wurden vom Regierungsrat mit Beschluss Nr. 677/2019 um ein Jahr bis 31. Dezember 2019 verlängert. Vor dem Hintergrund des ab 2020 drohenden tariflosen Zustands wurde gleichzeitig im Sinne einer vorsorglichen Massnahme bis zum Vorliegen eines neuen, rechtskräftigen Tarifs die provisorische Weitergeltung der Tarifverträge mit Wirkung ab 1. Januar 2020 festgesetzt, unter Vorbehalt der rückwirkenden Geltendmachung einer allfälligen Differenz zwischen den provisorischen und den definitiven Tarifen.

## **2 Verfahrensgeschichte**

Da sich verschiedene Zürcher Spitäler mit den Versicherer-Gruppierungen nicht auf neue Basisfallwerte ab 2020 einigen konnten, ersuchte der VZK mit Schreiben vom 20. Februar 2020 für die von ihm vertretenen Spitäler um Festsetzung der Basisfallwerte ab 1. Januar 2020 gegenüber der CSS, HSK und tarifuisse. Der VZK wurde dabei von folgenden Zürcher Spitälern mandatiert: See-Spital (Standorte Horgen und Kilchberg), GZO AG Spital Wetzikon, Spital Uster, Spital Limmattal, Spital Bülach, Spital Zollikerberg, Spital Männedorf, Spital Affoltern, Paracelsus-Spital Richterswil, Schulthess Klinik, Adus Medica, Limmatklinik und Klinik Susenberg. Die Versicherer-Gruppierungen nahmen mit Schreiben vom 28. April 2020 (CSS), 26. Mai 2020 (tarifuisse) und 26. Mai 2020 (HSK) Stellung. Mit Schreiben vom 25. Juni 2020 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. Gleichzeitig wies sie darauf hin, dass die Nutzungsrechte des Kantons Zürich an diesen interkantonalen Daten eingeschränkt seien und die Vertraulichkeit der Daten sichergestellt werden müsse. Mit Schreiben vom 22. Juli 2020 stellte die Gesundheitsdirektion verschiedene Spitalkostendaten der GDK-Plattform (im Folgenden «GDK-Spitalkostendaten») für das Datenjahr 2018 (147 Dateien mit Angaben zu 155 Spitäler) per USB-Speicherstick persönlich und vertraulich den von den Parteien bezeichneten Kontaktpersonen zu und ersuchte die Parteien um Stellungnahme dazu. Gleichzeitig wurde der VZK ersucht, zu den drei Stellungnahmen der Versicherer-Gruppierungen Stellung zu nehmen. Mit Schreiben vom 16. Oktober 2020 (CSS), 19. Oktober 2020 (VZK), 20. Oktober 2020 (HSK) und 20. Oktober 2020 (tarifuisse) reichten die Parteien ihre Stellungnahmen ein. Darin beantragten einzelne Parteien, Einsicht in weitere, von den Kantonen über die GDK-Plattform ausgetauschte Dokumente zu erhalten. Mit Schreiben vom 30. Oktober 2020 wurden die Eingaben den Gegenparteien zugestellt und die Versicherer-Gruppierungen eingeladen, zur Eingabe des VZK Stellung zu nehmen. Die Versicherer-Gruppierungen nahmen mit Schreiben vom 12. Januar 2021 (CSS), 25. Januar 2021 (HSK) und 25. Januar 2021 bzw. 26. Januar 2021 (beide tarifuisse) dazu Stellung. Diese Eingaben stellte die Gesundheitsdirektion den Gegenparteien mit Schreiben vom 24. Februar 2021 zur Kenntnisnahme zu. Zur Gewährung der Einsicht in die vollständige Datengrundlage lud die Gesundheitsdirektion die Parteien mit Schreiben vom 9. April 2021 ein, diese Daten aufgrund des eingeschränkten Nutzungsrechtes des Kantons Zürich in den Räumlichkeiten der Gesundheitsdirektion einzusehen. Die Gesundheitsdirektion hielt zugleich fest, dass die be-

kannt gegebenen Tarifdaten von den Parteien nicht ausserhalb des Verfahrens verwendet werden dürfen. Nach der Unterzeichnung einer entsprechenden Vertraulichkeitserklärung sahen der VZK (am 28. April 2021), die HSK (am 11. Mai 2021) und die tarifsuisse (am 21. und 25. Mai 2021) die Daten in den Räumlichkeiten der Gesundheitsdirektion ein. Dabei wurde den Parteien untersagt, den von der Gesundheitsdirektion bereitgestellten Computern Daten zu entnehmen. Auf den Computern konnten aber eigene Berechnungen und Notizen erstellt werden, die im Anschluss an den Einsichtstermin der jeweiligen Partei zugestellt wurden. Die CSS verzichtete mit Schreiben vom 20. April 2021 auf eine Dateneinsicht vor Ort.

Mit Schreiben vom 21. Januar 2021 wurde die Preisüberwachung eingeladen, zu den Festsetzungsanträgen der Parteien Stellung zu nehmen. In der Folge ersuchte die Preisüberwachung um Zustellung weiterer Unterlagen. Mit Schreiben vom 19. Februar 2021 stellte die Gesundheitsdirektion der Preisüberwachung die gewünschten Unterlagen zu. Mit Schreiben vom 30. März 2021 reichte die Preisüberwachung ihre Empfehlung zur Festsetzung des Basisfallwerts im vorliegenden Verfahren ein. Mit Schreiben vom 28. April 2021 stellte die Gesundheitsdirektion die Empfehlung der Preisüberwachung den Parteien zur Stellungnahme zu.

Die Tarifpartner äusserten sich in der Folge sowohl zur Einsicht in die Spitalkostendaten als auch zur Empfehlung der Preisüberwachung. Mit Schreiben vom 20. Mai 2021 nahm die CSS zur Empfehlung der Preisüberwachung Stellung. Die HSK äusserte sich mit Schreiben vom 28. Juni 2021 sowohl zu den eingesehenen Spitalkostendaten als auch zur Empfehlung der Preisüberwachung. Die Stellungnahmen des VZK erfolgten mit je einem separaten Schreiben vom 27. Mai 2021 zur Empfehlung der Preisüberwachung bzw. vom 25. Juni 2021 zu den eingesehenen Spitalkostendaten. Auch die tarifsuisse äusserte sich mit separaten Schreiben je vom 28. Juni 2021 zur Empfehlung der Preisüberwachung bzw. zu den eingesehenen Spitalkostendaten. Irrtümlicherweise nahm die tarifsuisse in ihrem Schreiben zu den eingesehenen Spitalkostendaten neben der Datengrundlage des Jahres 2018 auch zur Datengrundlage des Jahres 2017 Stellung, die vorliegend nicht relevant ist, aber von der tarifsuisse für ein vergleichbares Verfahren bei der Gesundheitsdirektion eingesehen werden konnte. In der Folge reichte die tarifsuisse mit Schreiben vom 16. September 2021 eine bereinigte Stellungnahme zu den eingesehenen Daten ein. Mit Schreiben vom 24. September 2021 stellte die Gesundheitsdirektion die eingegangenen Stellungnahmen den Gegenparteien zur Kenntnisnahme zu.

Mit Schreiben vom 8. September 2021 ersuchte die Gesundheitsdirektion gestützt auf Art. 43 Abs. 4 KVG verschiedene Patientenorganisationen (Schweizerische Patientenorganisation, Dachverband schweize-

rischer Patientenstellen, prosalute.ch) um Stellungnahme zum vorliegenden Festsetzungsverfahren. Von diesen Organisationen gingen in der Folge keine Stellungnahmen ein.

Mit Schreiben vom 26. Januar 2021 bzw. 23. März 2021 teilte der VZK der Gesundheitsdirektion mit, dass das Spital Limmattal und das See-Spital mit allen Versicherer-Gruppierungen eine vertragliche Einigung für die Basisfallpreise nach SwissDRG ab 1. Januar 2020 erzielt hätten. Die entsprechenden Verträge des Spitals Limmattal und des See-Spitals (Standorte Horgen und Kilchberg) wurden vom Regierungsrat mit Beschluss Nr. 755/2021 genehmigt. Bezüglich dieser Spitäler ist das Verfahren deshalb als gegenstandslos geworden abzuschreiben.

### **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 Perzentil-Methode ein akzeptables Benchmarkingverfahren. Dem Kanton komme bei der Wahl des Perzentils und bei der Art der Gewichtung (nach Anzahl Spitäler, nach Anzahl Fällen oder nach Case Mix) ein Ermessensspielraum zu, wobei sich die Preisüberwachung für das 20. Perzentil und für eine Gewichtung nach Anzahl Spitäler ausspricht. Das nationale Benchmarking führe bei ineffizienten Spitäler zu ungedeckten Kosten. Dadurch entstünden Anreize zur Effizienzsteigerung.

Die Preisüberwachung leitet auf Grundlage der Kosten- und Leistungsdaten 2018 von 134 Spitäler (einschliesslich Geburtshäuser und Universitätsspitäler) für das Tarifjahr 2020 einen nationalen Referenzwert in der Höhe von Fr. 9349 her (20. Perzentil, einschliesslich Teuerung). Auf dieser Grundlage empfiehlt die Preisüberwachung, für die vom VZK vertretenen Spitäler ab 1. Januar 2020 höchstens einen Basisfallwert von Fr. 9349 festzusetzen.

#### **4 Definitive Festsetzungsanträge der Parteien**

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

Beantragte bzw. empfohlene Basisfallwerte nach SwissDRG ab 1. Januar 2020					
	VZK	tarifswisse	HSK	CSS	Preisüberwachung
Spitäler mit Notfallstation	Fr. 10 744 (mindestens)	Fr. 9634 (höchstens)	Fr. 9631 (höchstens)	Fr. 9610 (höchstens)	Fr. 9349 (höchstens)
Betrifft: GZO AG Spital Wetzikon, Spital Uster, Spital Bülach, Spital Zollikerberg, Spital Männedorf, Spital Affoltern, Paracelsus-Spital Richterswil					
Spitäler ohne Notfallstation (ohne Adus Medica)	Fr. 10 544 (mindestens)	Fr. 9434 (höchstens)	Fr. 9431 (höchstens)	Fr. 9410 (höchstens)	Fr. 9349 (höchstens)
Betrifft: Schulthess Klinik, Limmatklinik, Klinik Susenberg					
Adus Medica	Fr. 10 544 (mindestens)	Fr. 9164 (höchstens)	Fr. 9431 (höchstens)	Fr. 9410 (höchstens)	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 VZK**

###### **5.1.1 Schreiben des VZK vom 20. Februar 2020**

Der VZK stellt folgende «Verfahrensanträge»:

1. *Soweit sich die Festsetzungsbehörde für den Zweck des Benchmar kings nicht auf die Daten des Vereins SpitalBenchmark (Datenjahr 2018) stützen sollte, habe sie ein eigenes, repräsentatives Benchmar king 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 den Gesuchstellerinnen den Bezug von Datengrundlagen gemäss Verfahrensantrag Nr. 1 zu den Verfahrensakten zur Kenntnis zu bringen und ihnen 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.*

Zur Begründung der Verfahrensanträge macht der VZK geltend, die Erstellung des rechtserheblichen Sachverhalts sei grundsätzlich die Aufgabe der Festsetzungsbehörde. Soweit diese zum Schluss gelangen sollte, dass auf die Daten des Vereins SpitalBenchmark nicht oder jedenfalls nicht allein abgestellt werden könne, sei von Amtes wegen das geeignete bzw. erforderliche Datenmaterial zu den Akten zu nehmen (Verfahrensantrag Nr. 1) und es sei Einblick in ergänzende Akten zu gewähren (Verfahrensantrag Nr. 2). Zwecks Wahrung des rechtlichen Gehörs sei dem VZK sodann eine angemessene Frist anzusetzen, um zum ergänzten Sachverhalt Stellung nehmen und um ihre eigenen Rechtsbegehren und Verfahrensanträge ändern bzw. ergänzen zu können (Verfahrensantrag Nr. 3).

Zu diesen Anträgen ist Folgendes festzuhalten: Dem vorliegenden Tariffestsetzungssentscheid liegen die GDK-Spitalkostendaten des Jahres 2018 zugrunde (vgl. Ziff. 9.1.1), mit denen ein schweizweites Benchmarking durchgeführt wurde (vgl. Ziff. 9.2). Die Verfahrensparteien hatten Gelegenheit, die GDK-Spitalkostendaten 2018 einzusehen und sich zu diesen zu äussern (vgl. Ziff. 2 und 9.1.2 sowie die Beilage [Spitalkostendaten und Benchmarking] zum vorliegenden Regierungsratsbeschluss).

#### *5.1.2 Schreiben des VZK vom 19. Oktober 2020*

Der VZK stellt folgende weiteren «Verfahrensanträge»:

1. *Sollte die GD an der Vornahme eines normativen Abzugs für die Mehrkosten zusatzversicherter Patienten festhalten wollen, so habe sie einen solchen normativen Abzug auf der Basis aktueller Kosten-daten zu ermitteln; sie haben das Abklärungsergebnis den Gesuch-stellerinnen offenzulegen und ihnen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben;*
2. *eventualiter (zur Verfahrensantrag Nr. 1) habe die GD den Gesuch-stellerinnen die Datenbasis für den bisher praktizierten normativen Abzug von CHF 800 (HP) bzw. CHF 1000 (PP) zur Stellungnahme offenzulegen;*
3. *die GD habe den Gesuchstellerinnen von den in Rz. 74 genannten Belegarztspitälern die ITAR K-Einzeldaten offenzulegen;*
4. *Soweit die GD zum Schluss gelangen sollte, dass die von den Ge-suchstellerinnen vorgelegten Daten des Bundesamts für Statistik (BFS) (Beilagen 12 und 13) nicht geeignet oder hinreichend sind, um gestützt darauf den beantragten Zuschlag für regionale Mehrkosten (höhere Gestehungskosten im Kanton Zürich) zu gewähren, so habe sie im Sinne der Untersuchungsmaxime*  
*(a) von Amtes wegen die aus ihrer Sicht angezeigten Abklärungen zu treffen und das Abklärungsergebnis den Parteien zur Stellungnahme offenzulegen oder (b) die Gesuchstellerinnen zur Einreichung kon-kret bezeichneter ergänzender Informationen aufzufordern.*

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

Auf den mit Verfahrensantrag 4 beantragten Zuschlag für regionale Mehrkosten ist unter Ziff. 9.3.2 vertieft einzugehen. Weitere Untersuchungen von Amtes wegen sind nicht notwendig.

## **5.2 Prozessuale Anträge der tarifsuisse**

### **5.2.1 Schreiben der tarifsuisse vom 26. Mai 2020**

Die tarifsuisse stellt folgende «Verfahrensanträge»:

1. *Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich habe die Gesuchstellerinnen zur Herausgabe des für die Tariffestsetzung notwendigen transparenten, vollständigen und differenzierten Leistungs- und Kostendatenmaterials gemäss den im Gesuch begründeten Editionsanträgen zu verpflichten.*
2. *tarifsuisse sind nach Eingang der edierten Leistungs- und Kosten- daten das rechtliche Gehör zu gewähren und sämtliche Unterlagen zuzustellen.*
3. *Sollte die Gesundheitsdirektion beim Benchmarking nicht auf die Daten von tarifsuisse ag abstellen, habe sie den Bezug von Daten- grundlagen zu den Verfahrensakten zur Kenntnis zu bringen und den Gesuchgegnerinnen integrale Akteneinsicht in die beigezogenen Unterlagen zu gewähren und sämtliche Unterlagen zuzustellen.*

Dem Schreiben der tarifsuisse vom 26. Mai 2020 sind zudem zwei weitere «Verfahrensanträge» zu entnehmen:

- *Verfahrensantrag 1a: Sämtliche vom VZK eingereichten Benchmarkingdaten und Beweisunterlagen seien tarifsuisse zuzustellen.*
- *Verfahrensantrag 2a: tarifsuisse sei die Einsicht in die Daten der GD Zürich, die als Entscheidgrundlage für ein Benchmarking dienen zu gewähren.*
- *Zusätzlich stellt die tarifsuisse folgende «Editionsanträge»:*
- *Editionsantrag 1: Offenlegung der Kalkulationsmethodik für die Ausscheidung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen*

- *Editionsantrag 2: Offenlegung der spitalindividuellen Standortkosten*
- *Editionsantrag 3: Offenlegung der konkreten Berechnungsgrundlagen inklusive der Einzelpositionen im jeweiligen ITAR K (ITAR K und Kalkulation pro Leistungserbringer)*
- *Editionsantrag 4: Offenlegung der Verteilschlüssel pro ITAR K*
- *Editionsantrag 5: Herleitung der Auswahl der Spitäler im Benchmarking des Vereins SpitalBenchmark*
- *Editionsantrag 6: Edition der detaillierten Einzellohnkostendaten und Anlagenutzungskosten der VZK Spitäler*
- *Editionsantrag 7: Sichtung der verwendeten Benchmarkingdaten der GDK Zürich*

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

Der Editionsantrag 1 steht im Kontext zur Ausscheidung der Kosten von gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL). Das diesbezügliche Vorgehen wird unter Ziff. 9.1.4 beschrieben. Die Editionsanträge 2 und 6 beziehen sich auf das vom VZK geltend gemachte höhere Kostenniveau im Kanton Zürich. Dies wird unter Ziff. 9.3.2 beurteilt. Die Editionsanträge 3 bis 5 beziehen sich auf die Datengrundlage und die Durchführung des Benchmarkings. Die Datengrundlage wird unter Ziff. 9.1.1 beschrieben. Dem Editionsantrags 7 wurde entsprochen, indem die tarifswisse sämtliche Dateien einsehen und dazu Stellung nehmen konnte (vgl. Ziff. 2 und 9.1.2). Die Bereinigung der Datengrundlage ist ausführlich in der Beilage zu diesem Regierungsratsbeschluss dokumentiert.

#### *5.2.2 Schreiben der tarifswisse vom 25. Januar 2021*

Die tarifswisse stellt zusätzlich folgenden «Verfahrensantrag»:

3. *Soweit die Festsetzungsbehörde beim Benchmarking nicht auf die Daten der Gesuchgegnerinnen abstellt, habe sie die Datengrundlage auf ihre Eignung hin zu prüfen bzw. auf die Transparenz, die Vollständigkeit und die Differenzierung des Leistungs- und Kostendatenmaterials hin zu prüfen. Sollte die Festsetzungsbehörde auf die GDK-Spitalkostendaten abstehen, habe sie zu den in der Eingabe vom 20. Oktober 2020 festgestellten Mängeln Stellung zu nehmen und zu erläutern, wie sie die Mängel zu beheben gedenkt. Den Parteien sei, soweit nicht schon erfolgt, in digitaler Form Einsicht in die Daten zu gewähren und Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.*

Weiter stellt die tarifsuisse folgende «Editionsanträge»:

- *Editionsantrag 8 (eventualiter): Die Gesuchstellerinnen seien zu verpflichten, die Erträge aus der Zusatzversicherung, getrennt nach Hotellerie und ärztlichen Leistungen, in plausibilisierbarer und nachvollziehbarer Form offenzulegen.*
- *Editionsantrag 9: Den Gesuchgegnerinnen seien die vollständigen ITAR\_K's inklusive Erträge in plausibilisierbarer und nachvollziehbarer Form offenzulegen.*
- *Editionsantrag 10: Die GD Zürich hat zu prüfen, ob die im Vergleich zum Benchmarking niedrigeren Fallkosten der Adus Medica tatsächlich einem effizienteren Handeln oder einer vorteilhaften Fallverteilung geschuldet sind.*

Zu diesen Verfahrens- und Editionsanträge ist Folgendes festzuhalten: Die Akteneinsicht in die verwendete Datengrundlage im Sinne des Verfahrensantrags 3 wurde tarifsuisse gewährt (vgl. Ziff. 2). Aufgrund der eingeschränkten Nutzungsrechte des Kantons Zürich an den GDK-Spitalkostendaten konnten verschiedene Daten nicht an die Parteien zugestellt werden (vgl. Ziff. 2, 9.1.2 und 16). Die Bereinigung der Datengrundlage ist ausführlich in der Beilage zu diesem Regierungsratsbeschluss dokumentiert.

Falls bei den Kosten für Patientinnen und Patienten mit Zusatzversicherung keine Normabzüge zur Anwendung kommen, seien im Sinne von Editionsantrag 8 eventualiter die Erträge der Zusatzversicherung in Abzug zu bringen. Die Berücksichtigung der Kosten von Personen mit Zusatzversicherung ist unter Ziff. 9.1.3 beschrieben. Mit Editionsantrag 9 beantragt die tarifsuisse die Offenlegung der Kosten- und Ertragsdaten der Spitäler, die der Gesundheitsdirektion zur Verfügung stehen. Wie bereits erwähnt, konnte die tarifsuisse in die verwendete Datengrundlage Einsicht nehmen (vgl. Ziff. 2). Aus den ITAR\_K-Daten, die in elektronischer Form vorlagen, waren Kosten und Erlöse ersichtlich. Mit Editionsantrag 10 verlangt die tarifsuisse, die Gründe für die tiefen Fallkosten der Adus Medica zu untersuchen. Die Beurteilung der verlangten Tarifdifferenzierung für Adus Medica ist unter Ziff. 9.4.2 beschrieben.

### **5.3 Prozessuale Anträge der HSK**

#### **5.3.1 Schreiben der HSK vom 26. Mai 2020**

Die HSK stellt folgende «Verfahrensanträge»:

4. *Hauptantrag: Es sei eine Instruktionsverhandlung anzurufen, in dessen Rahmen und unter Moderation der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich die Parteien nochmals versuchen Basisfallwerte (mit/ohne Notfall und allenfalls differenziert nach Leistungsangeboten) zu vereinbaren.*

5. *Eventualantrag: Sollte die Festsetzungsbehörde für den Zweck des Benchmarkings nicht auf die Daten der Gesuchsgegnerinnen (HSK Benchmarking) abstützen, bzw. i.S. des Antrags 1 der Verfahrensanträge der Gesuchstellerin ein eigenes Benchmarking durchführen, so sind die dafür erforderlichen Daten, Grundlagen und Dokumente den Gesuchsgegnerinnen i.S. des rechtlichen Gehörs zuzustellen und ihnen die Gelegenheit einzuräumen (mit angemessener Frist) eine Stellungnahme dazu abzugeben.*

Eine Instruktionsverhandlung im Sinne von Verfahrensantrag 4 war aus den unter Ziff. 7 aufgeführten Gründen nicht erforderlich. Zum Verfahrensantrag 5, wonach eventualiter Datengrundlagen zuzustellen seien, falls im Entscheid nicht auf die Daten der HSK abgestützt werde, ist Folgendes festzuhalten: Dem vorliegenden Tariffestsetzungsentscheid liegen die GDK-Spitalkostendaten des Jahres 2018 zugrunde (vgl. Ziff. 9.1.1). Die Verfahrensparteien hatten Gelegenheit, die GDK-Spitalkostendaten 2018 einzusehen und sich zu diesen zu äussern (vgl. Ziff. 2 und 9.1.2 sowie die Beilage [Spitalkostendaten und Benchmarking] zum vorliegenden Regierungsratsbeschluss). Aufgrund der eingeschränkten Nutzungsrechte des Kantons Zürich an den GDK-Spitalkostendaten konnten verschiedene Daten den Parteien nicht zugestellt werden (vgl. Ziff. 2, 9.1.2 und 16).

#### 5.3.2 Schreiben der HSK vom 25. Januar 2021

Die HSK beantragt zusätzlich Folgendes:

- c) *Im Falle einer Tariffestsetzung sei für den Zweck des Benchmarkings auf die Daten der Gesuchsgegnerinnen («HSK Benchmark 2020») abstützen. Sollte dies nicht der Fall sein, so sei den Gesuchsgegnerinnen bezüglich der verwendeten Datengrundlage nochmals das rechtliche Gehör zu gewähren.*

Dieser Antrag wurde vor der Dateneinsicht gestellt (vgl. Ziff. 2). Die HSK hat in der Folge umfassend Einsicht in die GDK-Spitalkostendaten erhalten.

#### 5.3.3 Schreiben der HSK vom 28. Juni 2021

Die HSK stellt weiter folgende Anträge:

1. *Aufgrund von aktuell bestehenden Defiziten der GDK-Spitalkosten-daten 2018, sind diese, sollten sie für die Berechnung der Baserate im vorliegenden Festsetzungsverfahren als Datengrundlage verwendet werden, im Vorfeld nochmals geprüft und allenfalls korrigiert werden.*

Dazu erläutert die HSK Folgendes:

*Insbesondere erachten die Gesuchsgegnerinnen es als notwendig, dass eine externe, neutrale Stelle, eine systematische Analyse der Daten im File «XX\_Korrektur» durchführt.*

- Dabei sind die von der GDK geforderten Datenplausibilisierungsregeln einheitlich anzuwenden. Allfällige Abweichungen sind transparent und nachvollziehbar zu dokumentieren.
- Die Gesuchsgegnerinnen beantragen, dass nach der erfolgten Überprüfung und Korrektur, die GDK-Spitalkostendaten 2018 nochmals uneingeschränkt in maschinenlesbarer und digitalisierter Form den Gesuchsgegnerinnen zur Verfügung gestellt werden.
- In der Folge ist den Gesuchsgegnerinnen eine angemessene Frist zur Stellungnahme einzuräumen.

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

#### **5.4 Prozessuale Anträge der CSS**

##### *5.4.1 Schreiben der CSS vom 28. April 2020*

Die CSS stellt folgenden Antrag:

*Der Preisüberwacher sei gestützt auf Art. 14 des Preisüberwachungsgesetzes (PüG; SR 942.20) anzuhören.*

Die Preisüberwachung wurde für die Tarife ab 2020 angehört (vgl. Ziff. 2).

##### *5.4.2 Schreiben der CSS vom 16. Oktober 2020*

Die CSS beantragt schliesslich Folgendes:

*Die GDK-Spitalkostendaten umfassen auch Anlagenutzungskosten, die nicht nach VKL ausgewiesen werden, was aus Sicht der CSS KVG-widrig ist. Zudem dokumentiert das oben illustrierte Beispiel vom Maison de naissance Les Cigognes Sàrl (Kanton JU), dass die ITAR-Ks*

*offensichtlich nicht in allen Kantonen sorgfältig kontrolliert und plausibilisiert werden. Die kantonalen Berechnungsmethoden sind nicht einheitlich. Manche Kantone scheiden z. B. richtigerweise den ausserordentlichen Aufwand aus den benchmarkrelevanten Betriebskosten aus und andere nicht. Für einen schweizweiten repräsentativen Benchmark müssen die einzelnen Berechnungen einheitlich vorgenommen werden. Insgesamt genügen daher die GDK-Spitalkostendaten den gesetzlichen Anforderungen nicht in allen Belangen, so dass in diesem Verfahren nicht darauf abgestützt werden kann. Demgegenüber verfügt die CSS über transparente rechtskonforme Berechnungsrichtlinien, welche bei allen Spitätern einheitlich angewendet werden. Sinngemäß ist der Basisfallpreis auf höchstens CHF 9610.- mit einer anerkannten Notfallstation, bzw. auf CHF 9'410.- für Spitäler ohne eine solche, festzusetzen. Dariüberhinausgehende Rechtsbegehren des Gesuchstellers sind dagegen allesamt abzuweisen.*

Zu diesem Verfahrensantrag ist Folgendes festzuhalten: Im Rahmen der Dateneinsicht hatte die CSS die Möglichkeit, die Datengrundlage einzusehen und zu kommentieren (vgl. Ziff. 2). Die Bereinigung der Datengrundlage ist ausführlich in der Beilage zu diesem Regierungsratsbeschluss dokumentiert, so auch der Umgang mit dem genannten Spital. Die Tarifherleitung ist unter Ziff. 9 offengelegt.

### **5.5 Fazit zu den prozessualen Anträgen der Parteien**

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

## **6 Im Festsetzungentscheid zu klärende Punkte**

Die Verfahrensparteien sind sich einig, dass die festzusetzenden Basisfallwerte für die vom VZK vertretenen Spitäler mittels eines Benchmarks 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=F12F9F8738DE27A5A3CDCE1CE9DD2CBF?decisionId=c7825940-ff77-4329-b631-7441fb80154](http://jurispub.admin.ch/publiws/download;jsessionid=F12F9F8738DE27A5A3CDCE1CE9DD2CBF?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
Abzug Kosten für Leistungs-erbringung an Personen mit Zusatzversicherung	– Pauschaler Abzug von Fr. 800 für Personen mit Halbprivatversicherung bzw. von Fr. 1000 für Personen mit Privatversicherung gemäss Empfehlung GDK oder – Abzug der tatsächlich von den Spitäler ausgewiesenen Kosten	9.1.3
Gemeinwirtschaft-liche Leistungen	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	Bewertung der Anlagennutzungskosten – nach Vorgaben der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; SR 832.104) oder – nach «REKOLE» (Revision der Kostenrechnung und der Leistungserfassung; Branchenstandard von «H+ Die Spitäler der Schweiz» zum betrieblichen Rechnungswesen der Schweizer Spitäler) Ausschluss von Spitäler mit einem Anlagennutzungskostenanteil an den Gesamtkosten von unter 5%	9.1.5

## 6.2 Benchmarking

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

## 6.3 Ermittlung des Referenzwerts

Thema	Streitpunkte	Erwägung
Zuschlag der Teuerung	Höhe des Teuerungszuschlags auf dem Benchmark	9.3.1
Zuschlag entsprechend regionalem Kostenniveau	Zuschlag oder kein Zuschlag auf den Benchmark aufgrund des Kostenniveaus im Kanton Zürich	9.3.2
Zuschlag aufgrund neuer gesetzlicher Vorgaben	Zuschlag oder kein Zuschlag auf dem Benchmark aufgrund Kosten, die durch neue gesetzliche Vorgaben entstanden sind	9.3.3

## 6.4 Spitalindividuelle Zu- oder Abschläge

Thema	Streitpunkte	Erwägung
Zuschlag für Spitäler mit Notfallstation oder Abschlag für Spitäler ohne Notfallstation	Vorgehen bei der Preisdifferenzierung für den im Grundsatz unbestrittenen Tarifunterschied von Fr. 200 für Spitäler mit Notfallstation bzw. ohne Notfallstation	9.4.1
Abschlag für Spezialklinik Adus Medica AG	Abschlag oder kein Abschlag vom Referenzwert	9.4.2

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

## 7 Voraussetzungen für eine Tariffestsetzung gegeben

Können sich Leistungserbringer und Versicherer nicht auf die Erneuerung eines Tarifvertrages einigen, so kann die Kantonsregierung gemäss Art. 47 Abs. 3 KVG den bestehenden Vertrag um ein Jahr ver-

längern. Kommt innerhalb dieser Frist kein Vertrag zustande, so setzt sie nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest. Voraussetzung dafür ist, dass die Verhandlungen zwischen den Parteien gescheitert sind.

Es ist unbestritten, dass die Parteien erfolglos Verhandlungen über einen neuen Tarifvertrag geführt haben. Die Voraussetzungen für eine Tariffestsetzung sind daher erfüllt. Eine Verlängerung des Tarifs gemäss Art. 47 Abs. 2 KVG fällt vorliegend ausser Betracht, da die Tarifverträge mit RRB Nr. 677/2019 bereits einmal um ein Jahr verlängert worden sind (vgl. Ziff. 1). Der Antrag der HSK, es sei eine Instruktionsverhandlung anzuordnen, an der die Parteien unter Moderation der Gesundheitsdirektion nochmals versuchen sollten, einen Basisfallwert ab 1. Januar 2020 zu vereinbaren, ist abzuweisen. Die Parteien haben in den Schreiben des VZK vom 20. Februar 2020 sowie der HSK vom 26. Mai 2020 ausgeführt, intensiv verhandelt zu haben, sie konnten sich jedoch nicht einigen. Zudem hat der Regierungsrat bereits mit der Verlängerung des Tarifvertrags eine Chance für eine vertragliche Lösung eingeräumt. Vor diesem Hintergrund sind die Erfolgschancen einer nochmaligen, durch die Gesundheitsdirektion zu moderierenden Verhandlungsrunde klein. Zudem würde dadurch der Festsetzungsentscheid verzögert.

## **8 Grundsätze der Wirtschaftlichkeitsprüfung**

Die Spitaltarife haben sich gemäss Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG an der Entschädigung jener Spitäler zu orientieren, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Das Bundesverwaltungsgericht hält fest, dass die Wirtschaftlichkeitsprüfung grundsätzlich durch den Vergleich der 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 Benchmarkspitals aus einer genügend repräsentativen Vergleichsmenge. Ein sachgerechtes Benchmarking muss zudem auf soliden Daten der in den Vergleich einbezogenen Spitäler beruhen (E. 10.1.6). Das Bundesverwaltungsgericht räumt den Tarifpartnern sowie der Festsetzungsbehörde bei der Durchführung von Benchmarkings einen erheblichen Spielraum ein (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 11. September 2014, 2014/36, E. 5.4).

Art. 59c Abs. 1 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) führt in Präzisierung der vorne erwähnten KVG-Bestimmung aus, dass der Tarif höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung (Bst. a) und höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten (Bst. b) decken darf. Im Zusammenhang mit Betriebsvergleichen im stationären Bereich beziehen sich die «ausgewiesenen Kosten der Leistung» gemäss Art. 59c Abs. 1 Bst. a KVV

nicht auf die individuellen Kosten eines Leistungserbringers, dessen Tarif zu beurteilen ist, sondern auf die Kosten jenes Leistungserbringers, der den schweizweiten Benchmark bildet. Folglich sind Effizienzgewinne von Leistungserbringern mit einem benchmarkingrelevanten Basiswert unterhalb des gesetzeskonform bestimmten Benchmarks zulässig (vgl. Lino Etter, in: Basler Kommentar, Krankenversicherungsgesetz, Krankenversicherungsaufsichtsgesetz [nachfolgend: KVG/KVAG], 2020, S. 658, N. 49 zu Art. 46 KVG mit Hinweisen auf die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zum stationären Bereich).

## **9 Tariffestsetzung ab 1. Januar 2020**

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

king 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 2018 umfassen Angaben von 155 Akut-spitätern (einschliesslich Geburtshäuser) aus allen Kantonen. Pro Leistungserbringer sind im Datensatz folgende Dokumente enthalten, wobei teilweise mehrere Spitalstandorte in einem Dokument abgebildet sind: (1) Kostenausweis nach ITAR\_K, (2) Anlagespiegel, (3) Abstimmbrücke, (4) Formular der GDK zur Prüfung der Plausibilität der Kostendaten der Spitäler durch die Standortkantone (im Folgenden «Plausibilitäts-prüfungsdokument»), (5) ein Rückmeldeformular des Spitals zur Plausibilisierung des Kantons sowie (6) die Berechnung der schweregradbe-reinigten Fallkosten entsprechend der Empfehlungen der GDK zur Wirtschaftlichkeitsprüfung vom 27. Juni 2019 (gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/EM\_Wirtschaftlichkeitsprue-fung\_V5.0\_20190627\_def\_d.pdf), die vom Vorgehen nach dem ITAR\_K-Berechnungsmodell in einigen Punkten abweicht und deshalb die Be-zeichnung «Korrekturdokument» trägt. Sämtliche Dokumente liegen im Microsoft-Excel-Format vor.

Der VZK, die tarifsuisse und die HSK haben festgehalten, dass sich die ITAR\_K-Daten einzelner Spitäler, die ihnen vorlägen, von den GDK-Spitalkostendaten unterscheiden würden. Die HSK weist darauf hin, dass sie aus eigener Erfahrung und aufgrund der Bestätigung der Kliniken wisse, dass die Einkaufsgemeinschaften und die Gesundheitsdirek-tion zum Teil unterschiedliche Daten erhalten würden, was nicht per se absichtlich geschehe. Dies habe verschiedene Gründe: Die Zustellung der ITAR\_K-Daten durch die Spitäler erfolge jeweils zu einem unter-schiedlichen Zeitpunkt. Da die Empfänger der Daten den Spitätern jeweils in einem unterschiedlichen Zeitpunkt verschiedene Fehler mel-den, die entsprechend korrigiert würden, stünden die auf diese Weise be-arbeiteten Daten in der Folge nicht allen Partnern gleichermassen zur Ver-fügung. Die HSK kommt deshalb zum Schluss, dass es in den Fall-kosten Unterschiede gebe, die nicht auf unterschiedliche Berechnungs-schritte zurückzuführen seien.

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 der VZK stützt, oder die Daten der Versicherer-Gruppierungen, die diese bei den Spitälern erhoben haben. Für die Verwendung der GDK-Spitalkostendaten spricht insbesondere, dass diese auch der Bundesrat für seinen Betriebsvergleich nach Art. 49 Abs. 8 KVG für 2018 verwendet hat (vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Spitalbehandlung/fallkosten-der-spitaeler-und-geburtshaeuser.html>). Zudem hat die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich direkten Zugriff auf die GDK-Spitalkostendaten, wohingegen die Daten der Verfahrensparteien erst beschafft werden müssten. Die Basisfallwerte für die vom VZK vertretenen Spitäler sind deshalb gestützt auf die GDK-Spitalkostendaten festzusetzen.

Alle Verfahrensparteien beantragen, für die Tarife 2020 auf die Kosten-daten 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). Die Basisfallwerte ab 2020 sind deshalb gestützt auf die GDK-Spitalkostendaten des Jahres 2018 festzusetzen.

Die HSK bemängelt, die Dateneinsichtnahme vor Ort in den Räumlichkeiten der Gesundheitsdirektion stelle eine unverhältnismässige Einschränkung des rechtlichen Gehörs dar. Der Anspruch auf Akteneinsicht garantiert lediglich das Recht, die Akten am Sitz der Behörde einzusehen; ein Recht, die Akten nach Hause zu nehmen, besteht nicht (vgl. Alain Griffel, Kommentar zum Verwaltungsrechtspflegegesetz des Kantons Zürich [nachfolgend: VRG-Kommentar], 3. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2014, N. 17 zu § 8). Wie die Gesundheitsdirektion in ihren Schreiben vom 25. Juni 2020 und vom 9. April 2021 dargelegt hat, verfügt der Kanton Zürich nur über ein eingeschränktes Nutzungsrecht an den interkantonalen Spitalkostendaten, die über die GDK zwischen den Kantonen schweizweit über eine elektronische Datenplattform ausgetauscht werden (GDK-Plattform). Indem die Gesundheitsdirektion sämtlichen Verfahrensparteien die vollständige Datengrundlage im Rahmen der Daten-einsicht in den Räumlichkeiten der Gesundheitsdirektion zugänglich gemacht hat, wurde der Wahrung des rechtlichen Gehörs hinreichend Genüge getan.

### *9.1.2 Bekanntgabe und Bereinigung der GDK-Spitalkostendaten 2018*

Im Schriftenwechsel haben die Verfahrensparteien konkrete Rückmeldungen zu den GDK-Spitalkostendaten gemacht. In der Beilage (Spitalkostendaten und Benchmarking) zum vorliegenden Regierungsratsbeschluss werden diese Rückmeldungen geprüft, Berichtigungen dokumentiert sowie Auswertungen und Berechnungen vorgenommen. Wie erwähnt (vgl. Ziff. 2) sind die Nutzungsrechte des Kantons Zürich an den interkantonalen Daten, die über die GDK-Plattform zwischen den Kantonen ausgetauscht werden, eingeschränkt. Insbesondere dürfen keine Kostendaten an Dritte weitergegeben werden. Davon ausgenommen ist die Bekanntgabe von Daten an direkte Verfahrensbeteiligte, soweit dies zur sachgerechten und gesetzeskonformen Durchführung der Verfahren (wie die Einräumung des rechtlichen Gehörs) notwendig ist. Die Beilage zum vorliegenden Regierungsratsbeschluss ist deshalb vertraulich und nur den Verfahrensparteien zuzustellen. Die Parteien sind sodann zu berechtigen, auch die Herleitungen der schweregradbereinigten Fallkosten anzufordern, welche die Grundlage für das Benchmarking bilden. Darin wird auch auf spitalindividuelle Änderungen im Vergleich zu den GDK-Spitalkostendaten verwiesen, die gestützt auf die Rückmeldungen der Parteien nach der Datenübermittlung vom 22. Juli 2020 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 25. Juni 2020 und vom 22. Juli 2022 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 Berichtigungen. Zudem sind die im vorliegenden Beschluss erwähnten Spitäler lediglich in anonymisierter Form aufzuführen: Dabei werden die für das Benchmarking verwendeten Spitäler mit Nummern (1 bis 140) und die vom Benchmarking ausgeschlossenen Spitäler mit Grossbuchstaben (A bis O) bezeichnet. Dabei ist – im Sinne der Verpflichtung gegenüber der GDK – sicherzustellen, dass die Daten nicht ausserhalb des konkreten Verfahrens verwendet werden. Die Verfahrensparteien sind deshalb zu verpflichten, die Beilage zu diesem Beschluss – einschliesslich des Datensets im Excel-Format betreffend Herleitungen der schweregradbereinigten Fallkosten – nur im Zusammenhang mit dem vorliegenden Verfahren zur Festsetzung der Basisfallwerte für die vom VZK vertretenen Spitäler

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 in der Beilage zu diesem Beschluss soll die Ausgangslage schaffen, um anschliessend für jedes Vergleichsspital einen möglichst realitätsnahen und möglichst nach einheitlicher Methode hergeleiteten benchmarkingrelevanten Basiswert zu ermitteln (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 11. September 2014, 2014/36, E. 6.2 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  
(Ausschluss von 14 Spitätern)
- 1.2. Unvollständige GDK-Spitalkostendaten  
(Ausschluss von 1 Spital)
- 1.3. Rechnungsfehler  
(Korrektur bei 15 Spitätern)
- 1.4. Abbildung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen  
(Korrektur bei 1 Spital)
- 1.5. Arzthonorarkosten für zusatzversicherte Personen  
(keine Ausschlüsse oder Korrekturen)
- 1.6. Rückmeldungen zu den ITAR\_K-Daten der Zürcher Spitäler  
(keine Ausschlüsse oder Korrekturen)
- 1.7. Daten von Spitätern mit verschiedenen Standorten  
(keine Ausschlüsse oder Korrekturen)

Wird in der Beilage ein Spital aus einem datentechnischen Grund vom Betriebsvergleich ausgeschlossen, so wird auf weitere Anmerkungen zu diesen Daten nicht weiter eingegangen. Weiter wird ausschliesslich das GDK-Korrekturdokument angepasst und in der Beilage zu diesem Regierungsratsbeschluss aufgeführt, nicht aber die ITAR\_K-Daten. 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 Spitäler 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 Bundesverwaltungsgericht jedoch fundiert und realitätsnah sein sollten (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 11. September 2014, 2014/36, E. 63 f.). Aus diesem Grund ist den Kantonen bei der Prüfung der Kostenrechnungen der im Kanton gelegenen Spitäler ein entsprechender Ermessensspielraum einzuräumen, zumal sie im engen Austausch mit den Spitäler ihres Kantons stehen und deren Besonderheiten kennen. Bei der Bereinigung der GDK-Spitalkostendaten in der Beilage wird deshalb der Beurteilung der Kostenrechnungen durch die Kantone grosses Gewicht beigemessen.

Nach der Bereinigung im Sinne der Beilage zu diesem Beschluss umfasst der Datensatz die Kostenrechnungen von total 140 Spitalstandorten, die im Folgenden zur Bestimmung der Basisfallwerte für die vom VZK vertretenen Spitäler 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 VZK*

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

Eine im Rahmen der Dateneinsicht vom VZK vorgenommene Auswertung der GDK-Spitalkostendaten 2018 habe gezeigt, dass die tatsächlichen Mehrkosten für zusatzversicherte Personen (halbprivat und privat) lediglich bei höchstens Fr. 718 pro Fall (bzw. Fr. 605 pro Case-Mix-Punkt) liegen. Mit dem überhöhten GDK-Pauschalabzug von Fr. 800 bzw. Fr. 1000 pro Zusatzversicherungsfall würden den benchmarkrelevanten Betriebskosten bis zu 53 Mio. Franken ungerechtfertigt entzogen. Dass die tatsächlichen Mehrkosten für Personen mit Zusatzversicherung heute tiefer seien, korreliere auch mit der seit Jahren sinkenden durchschnittlichen Aufenthaltsdauer stationärer Patientinnen und Patienten. Würden sich die behandelten Personen nicht mehr gleich lange im Spital aufhalten, so würden sich entsprechend auch ihre von der Aufenthaltsdauer abhängigen Mehrkosten reduzieren.

#### *9.1.3.2 Ausführungen der tarifuisse*

Die tarifuisse 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 die zusätzlichen Kosten für Arzthonorare bei Personen mit Halbprivat- und Privatversicherung abzuziehen und es sei ein zusätzlicher Abzug für die übrigen VVG-Mehrleistungen vorzunehmen.

Gemäss den GDK-Empfehlungen werde in den GDK-Spitalkosten-daten konsequent auf den Normabzug für die Mehrkosten von zusatz-versicherten Patientinnen und Patienten abgestellt. Ein normativer Abzug sei in jenen Fällen gerechtfertigt, bei denen Mängel oder Unklarheiten in den Daten eines Spitals bestehen würden. So könne verhindert werden, dass Kosten für Nicht-KVG-Leistungen in die Tarifberechnung einfließen. Entgegen der GDK-Empfehlung müsse die Situation aber für jedes Spital einzeln beurteilt werden. Es gebe Spitäler, welche die tatsächlichen Mehrkosten für Leistungen an Personen mit Zusatzversicherung plausibel ausweisen würden.

#### *9.1.3.3 Ausführungen der HSK*

Die HSK macht geltend, das Bundesverwaltungsgericht stelle grund-sätzlich auf tatsächlichen Daten für die Ausscheidung der Mehrleistungen des Zusatzversicherungsbereiches ab, schliesse aber einen normativen Ansatz nicht aus. Gemäss eigenen Berechnungen falle der Abzug für VVG-Mehrleistungen bei einer Mehrheit der Spitäler zu gering aus. Weiter führt die HSK aus, dass es schweizweit keine einheitlichen Definitionen und Methoden gebe, um diese Kosten auszuscheiden. Somit bestehe das Risiko, dass verschiedene Mehrleistungen zulasten der OKP nicht korrekt ausgeschieden würden.

Im eigenen Benchmarking in den ITAR\_K-Daten 2018 sei pro Fall eine sehr breite Streuung von Fr. 2 bis Fr. 4497 für Mehrleistungen an Personen mit Zusatzversicherung festzustellen. Ein ähnliches Bild zeige sich auch, wenn nur die vom VZK vertretenen Spitäler betrachtet würden. Die Abzüge für VVG-Mehrleistungen bewegten sich für diese Spitäler in einer Bandbreite zwischen Fr. 28 für Adus Medica AG und Fr. 1224 für GZO AG Spital Wetzikon. Die GZO AG Spital Wetzikon weise demnach 43-mal höhere Kosten pro VVG-Fall aus als die Adus Medica. Diese Streuung innerhalb der vom VZK vertretenen Spitäler sei enorm. Auch wenn man die Abzüge pro VVG-Nacht betrachte, zeige sich, dass es sich dabei unmöglich um Kostenunterschiede aus tatsächlichen (Mehr-)Leistungen handeln könne und somit keine detaillierte Leistungserfassung stattfinde. Als Minimum seien die normativen Ansätze gemäss Empfehlung der GDK anzuwenden, da die tatsächlichen Kosten von den Kliniken wie dargelegt in den ITAR\_K Daten nicht vollumfänglich oder zu tief ausgewiesen würden.

#### *9.1.3.4 Ausführungen der CSS*

Die CSS weist darauf hin, dass die Empfehlungen der GDK bezüglich des Abzugs für den Mehraufwand bei Personen mit Zusatzversicherung vom Bundesverwaltungsgericht als mögliche Methode bestätigt worden sei, weshalb sich jede Diskussion zu dieser Methodik erübrige. Zudem sei festzuhalten, dass der Abzug gemäss GDK-Empfehlungen bei Fällen mit einem hohen Schweregrad und der daraus resultierenden längeren Aufenthaltsdauer als zu tief einzustufen sei.

#### *9.1.3.5 Empfehlung der Preisüberwachung*

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

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

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

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

#### *9.1.4 Gemeinwirtschaftliche Leistungen*

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

##### *9.1.4.1 Ausführungen des VZK*

Bezüglich der Kosten für Forschung und universitäre Lehre weist der VZK darauf hin, dass REKOLE-zertifizierte Spitäler eine detaillierte Erhebung über die Kosten für die universitäre Lehre und Forschung durchführen müssen. In der Praxis handle es sich bei den gemeinwirtschaftlichen Leistungen etwa um die Finanzierung eines lokalen Rettungsdienstes oder den Unterhalt einer geschützten Operationsstelle. Die auf diese Weise ermittelten Werte seien in den ITAR\_K-Daten auf einem eigenen Kostenträger der stationären (oder ambulanten Fälle) enthalten. Weiter erläutert der VZK, dass die separat ausgewiesenen Kosten für universitäre Lehre und Forschung jährlich durch die Gesundheitsdirektion plausibilisiert und mit den durch die Gesundheitsdirektion ausbezahlten Beträgen abgeglichen würden, weshalb auf diese Werte abzustellen sei.

#### *9.1.4.2 Ausführungen der tarifuisse*

Die tarifuisse weist darauf hin, dass REKOLE für die Ermittlung der Kosten für universitäre Lehre und Forschung keine Methode vorgebe. Die Höhe der ausgewiesenen Kosten sei die direkte Folge der Leistungserfassung, die pro Spital zu überprüfen sei. Eine blosse Bestätigung der Kostenermittlung gemäss der REKOLE-Methode genüge dafür nicht. Dies sage nichts darüber aus, ob die hinter den ermittelten Kosten stehenden Leistungen korrekt erfasst worden seien. Zudem sei der normative Abzugssatz von Fr. 15 000 pro Assistenzarzt abzulehnen. Es handle sich um eine Mindestpauschale der Kantone, die nicht auf einer tatsächlichen Datengrundlage berechnet worden sei.

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

#### *9.1.4.3 Ausführungen der HSK*

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

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

#### *9.1.4.4 Ausführungen der CSS*

Die CSS erläutert, dass sie grundsätzlich keine normativen Abzüge vornehme, wenn die Leistungserbringer die Kosten für universitäre Lehre und Forschung auf einem eigenen Kostenträger ausweisen würden. Einzig beim Spital 30 sei ein normativer Abzug vorgenommen worden, da kein entsprechender Kostenträger aufgeführt worden sei. Der VZK habe entsprechend interveniert und mitgeteilt, dass beim Spital 30 keine Kosten für die universitäre Lehre und Forschung angefallen seien. Für das Tarifjahr 2020 habe dies im eigenen Benchmarking (CSS Benchmark) leider nicht mehr korrigiert werden können, da das Benchmarking zum

Zeitpunkt der Mitteilung bereits abgeschlossen gewesen sei. Für das Tarifjahr 2021 würde der Hinweis jedoch berücksichtigt und kein normativer Abzug mehr vorgenommen.

#### *9.1.4.5 Empfehlung der Preisüberwachung*

Die Preisüberwachung hält fest, dass die Kosten für universitäre Lehre und Forschung in den Kostenrechnungen der Spitäler im ITAR\_K-Format auf einem separaten Kostenträger ausgewiesen und somit bereits ausgeschieden sein sollten. Bei 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.

#### *9.1.4.6 Rechtliches*

Die Kosten gemeinwirtschaftlicher Leistungen sind nach Art. 49 Abs. 3 KVG nicht von der OKP zu tragen. Da auch im Betriebsvergleich nur Kosten der OKP-Leistungen zu berücksichtigen sind, müssen die Kosten gemeinwirtschaftlicher Leistungen vor dem Vergleich ausgeschieden werden. Zu den gemeinwirtschaftlichen Leistungen gehören nach Art. 49 Abs. 3 KVG Spitälerkapazitäten, 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 und die HSK erhöhen in ihren eigenen Benchmarkberechnungen bei rund der Hälfte aller Spitäler deren (in den ITAR\_K-Daten) ausgewiesene Kosten für universitäre Lehre und Forschung auf das Niveau des Normabschlags gemäss Preisüberwachung. Damit wird unterstellt, dass viele Spitäler zu tiefe Kosten für universitäre Lehre und Forschung ausgeschieden hätten. Dies wird jedoch nicht substantiiert. Die tarifsuisse rechtfertigt hohe Kostenabschläge für universitäre Lehre und Forschung damit, dass diese verhindern, dass Spitäler einen Vorteil aus intransparenten Kostendaten ziehen können. Im System der seit 2012 umgesetzten Spitalfinanzierung, in dem bei der Tarifierung auf einen Betriebsvergleich und nicht mehr auf die Kosten des einzelnen Spitals abgestellt wird, sind indessen vor dem Benchmarking keine Intransparenzabzüge mehr vorzunehmen (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 7. April 2014, 2014/3, E. 9.2.2). Weiter trägt der von der Preisüberwachung vorgeschlagene normative Abschlag nach Anzahl Betten eines Spitals der spitalindividuellen Situation bezüglich Forschung und universitären Lehre nicht Rechnung. Auch das Bundesverwaltungsgericht stellt diese Methode infrage (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 11. September 2014, 2014/36, E. 16.1.8); die GDK erachtet den so berechneten normativen Abschlag als zu hoch (vgl. GDK, Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung vom 27. Juni 2019, Ziff. 2.2.3). Alternativ dazu empfiehlt die GDK für den Fall, dass die Kosten für universitäre Lehre und Forschung nicht auf einem eigenen Kostenträger ausgewiesen sind, pro volle Assistenzarztstelle Normkosten von Fr. 15 000 in Abzug zu bringen (vgl. GDK, Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung vom 27. Juni 2019, Empfehlung 4 dritter Absatz). Ein solches Vorgehen wird im Grundsatz auch vom Bundesverwaltungsgericht gestützt (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 11. September 2014, 2014/36, E. 16.1.9, siehe auch E. 6.2), weshalb sich auch vorliegend eine entsprechende Umsetzung rechtfertigt. In den GDK-Spitalkostendaten hat ein Kanton beim Spital 16 einen entsprechenden Kostenabschlag vorgenommen, weil das Spital die Kosten für universitäre Lehre und Forschung nicht auf einem eigenen Kostenträger ausgewiesen hat. Die Kostendaten dieses Spitals sind mit dieser Korrektur zu berücksichtigen.

#### *9.1.5 Bewertung der Anlagenutzungskosten*

Zur sachgerechten Beurteilung der Effizienz eines Spitals sind auch die Anlagenutzungskosten zu berücksichtigen (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 11. September 2014, 2014/36, E. 4.9.5). Der Bundesrat hat die Anforderungen an die Anlagebuchhaltung und die Be-

wertung 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 VZK*

Aus Sicht des VZK sind die vom Bundesrat in der VKL aufgestellten Bewertungsregeln für die Schweizer Spitalbranche problematisch. Diese Bewertungsregeln sehen unter anderem vor, dass alte Anlagen maximal zu ihrem finanzbuchhalterischen Restwert bewertet werden und zudem keine Abschreibungen unter null vorgenommen werden dürfen. Mit dem Abstellen auf die Buchwerte aus der Finanzbuchhaltung führe der Bundesrat ein effizienzfremdes Kriterium in die Ermittlung der benchmarkrelevanten Kosten ein, da die ausgewiesenen Buchwerte von spitalindividuellen Zufälligkeiten wie rechtsformspezifische Abschreibungsregeln oder steuerliche Überlegungen abhängen würden. Dies reflektiere aber den wirtschaftlichen Wert der tatsächlich genutzten Anlagen nicht, da die heute genutzten Anlagen in der Buchhaltung vielfach bereits auf null abgeschrieben worden seien. Dadurch würden Spitäler, deren Infrastruktur in der Finanzbuchhaltung (vorzeitig) abgeschrieben worden sei, Anlagenutzungskosten von null aufweisen und würden damit fälschlicherweise zum Benchmark für alle anderen Spitäler, den diese aufgrund ihrer noch nicht abgeschriebenen Infrastruktur – trotz hoher Effizienz – gar nicht erreichen könnten. Solange kein standardisiertes Vorgehen bestehe, die für alle Spitäler die Infrastruktur auf einen vergleichbaren Stand bringen, wäre es besser, die Anlagenutzungskosten im Benchmarking nicht zu berücksichtigen. Falls sie berücksichtigt werden, wäre eine Erfassung nach REKOLE sachgerechter als eine Erfassung nach Vorgaben der VKL.

Gemäss den Feststellungen des VZK befänden sich die Fallkosten sämtlicher Spitäler mit einem sehr tiefen Anteil von Anlagenutzungskosten an den Gesamtkosten wie erwartet deutlich unter den durchschnittlichen Anlagenutzungskosten. Sie verzerrten damit das Ergebnis des Benchmarkings. Der VZK beantragt deshalb, dass zumindest die beiden Spitäler bzw. Spitalstandorte 68 und 139 aufgrund der offenkundig nicht plausiblen bzw. unkorrekten Anlagenutzungskosten aus dem Benchmarking ausgeschlossen werden. Zudem beantragt der VZK, dass im Falle einer Gewichtung nach Fällen oder Case Mix wenigstens die beiden Spitäler 24 und 33 aus dem Benchmarking auszuschliessen seien.

Weiter sei offensichtlich, dass einzelne Spitäler unplausibel niedrige Anlagenutzungskosten ausweisen würden. Ein prominentes Beispiel sei das Spital 24, 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. 12 856 909 bzw. 4,4% entsprächen deshalb in keiner Weise den realen Anlagenutzungskosten des Spitals 24 (nach REKOLE Fr. 25 910 307). 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 offensichtlich 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 der VZK 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 der VZK auf das Spital C, das explizit unter Hinweis auf seine hohen Kosten als «unplausibel» qualifiziert wurde. 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 macht geltend, gemäss Bundesverwaltungsgericht seien nur Anlagenutzungskosten nach der VKL zu berücksichtigen. Gemäss Art. 10 Abs. 5 VKL müssten die Spitäler und Geburtshäuser zur Ermittlung der Kosten für Anlagenutzung eine Anlagebuchhaltung führen. Art. 10a VKL enthalte Vorgaben zur Anlagebuchhaltung, namentlich zur Bewertung von Anlagen (Abs. 2), zu deren Abschreibung (Abs. 3) sowie der kalkulatorischen Verzinsung (Abs. 4). 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 tarifuisse führt weiter aus, dass sie die ausgewiesenen Anlagenutzungskosten der Spitäler anhand des im Rahmen der Datenerhebung angeforderten Nachweises der Investitionskosten nach VKL (in Form einer Kopie des Kapitels Anlagebuchhaltung der Krankenhausstatistik) plausibilisiert habe. Wenn das Spital diesen Nachweis nicht zur Verfügung stelle, müsse anhand der Liegenschaften und Geräte (Grösse, Anzahl, Alter usw.) des Spitals eingeschätzt werden, ob die Kosten plausibel seien oder nicht. Zudem würden Kennzahlen (z. B. Anlagenutzungskosten im Verhältnis zu Gesamtkosten usw.) und Quervergleiche herangezogen.

#### *9.1.5.3 Ausführungen der HSK*

Die HSK ist der Auffassung, das Abstellen auf die Bewertungsregeln der VKL zum Zweck eines gesamtschweizerischen Benchmarkings sei kein KVG-widriges Verfahren, um die Anlagenutzungskosten zu berechnen, auch wenn dieses Vorgehen zu einer Unterbewertung der tatsächlichen Anlagenutzungskosten führe.

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

Die HSK schliesst im eigenen Benchmarking keine Spitäler aufgrund tiefer Anlagenutzungskosten aus. Die Spitäler unterhalb des Benchmarks würden einen Anteil der Anlagenutzungskosten zwischen 3% und 16% an den Gesamtkosten ausweisen. Der durchschnittliche Anteil der Anlagenutzungskosten an den Gesamtkosten der vorgenannten Spitäler liege bei 8,8%. Über alle Spitäler betrachtet, liege dieser Anteil bei 7,3%. Das bedeute, dass auch Spitäler, die kürzlich erst investiert hätten und somit hohe Anteil Anlagenutzungskosten ausweisen, gemäss Benchmarking der HSK ihre gesamten Kosten (Betriebs- und Anlagenutzungskosten) decken könnten. Der hergeleitete Benchmark sei trotz Abstützen auf die VKL-Regelung nicht zu tief und verunmögliche insbesondere nicht, dass auch weiterhin notwendige Investitionen abgedeckt werden könnten. Vor diesem Hintergrund müssten keine speziellen Regeln bezüglich der Anlagenutzungskosten bzw. bei der Festlegung des relevanten Perzentils als Benchmarkmaßstab berücksichtigt werden.

#### *9.1.5.4 Ausführungen der CSS*

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

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

#### *9.1.5.5 Empfehlung der Preisüberwachung*

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

#### *9.1.5.6 Rechtliches*

Art. 49 Abs. 7 KVG bestimmt, dass die Spitäler nach einheitlicher Methode zur Ermittlung ihrer Betriebs- und Investitionskosten und zur Erfassung ihrer Leistungen eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik führen müssen. Art. 8 Abs. 1 VKL konkretisiert, dass mit den genannten Investitionen die Anlagenutzungskosten für «Mobilien, Immobilien und sonstigen Anlagen» gemeint sind, die zur Erfüllung der 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 erfassten Buchwert in die Kostenermittlung einbezogen werden (Abs. 2). Die Abschreibungen haben von diesem Buchwert zu erfolgen; dasselbe gilt für die kalkulatorischen Zinsen, die ausgehend vom Buchwert nach der Durchschnittswertmethode zu ermitteln sind (Abs. 3).

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

Dass in Einzelfällen bei Spitäler bezüglich Bewertung, Fallzahlen oder Periodenabgrenzungen Verzerrungen vorliegen können bzw. unterschiedliche Interpretationen möglich sind, welche die Kosten nach oben oder nach unten verändern, kann niemals vollständig ausgeschlossen werden. Diesem Umstand wird indessen mit der Anwendung der 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, Kunstherzen], andere Sonderentgelte)  
./. Kosten für Arzthonorare für zusätzliche Leistungen bei zusatzversicherten Personen  
./. Mehrkosten bei Leistungen für zusatzversicherte Personen  
./. Zinsaufwand auf Umlaufvermögen

---

Total Kosten gemäss Betriebsbuchhaltung bereinigt vor Aufrechnung kalkulatorische Zinsen

+ Verzinsung Umlaufvermögen (kalkulatorisch), gemäss der Methode der Preisüberwachung

---

benchmarkingrelevante Betriebskosten

Case Mix (bewertete, stationäre Fälle)

---

#### ***schweregradbereinigte Fallkosten***

***(benchmarkingrelevante Betriebskosten dividiert durch den Case Mix)***

---

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

#### ***9.2 Benchmarking: Durchführung des Betriebsvergleichs***

Auf der Grundlage der in der Beilage zu diesem Regierungsratsbeschluss vorliegenden schweregradbereinigten Fallkosten der Spitäler ist mittels eines Betriebsvergleichs (Benchmarking) zu entscheiden, wie

hoch der festzusetzende Basispreis sein muss, damit er die Kosten für eine effiziente Leistungserbringung in der notwendigen Qualität deckt (vgl. Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG und Art. 59c Abs. 1 KVV).

#### *9.2.1 Ein- oder Ausschluss der Geburtshäuser*

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

##### *9.2.1.1 Ausführungen des VZK*

Der VZK beantragt, die Geburtshäuser aus dem Benchmarking auszuschliessen. In den Spitäler 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 könne 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 Leistungen, zu einer gravierenden und zum Leistungsvolumen der Geburtshäuser in keinem Verhältnis stehenden Verzerrung des Benchmarkings führen und den Spitäler unberechtigterweise finanzielle Mittel entziehen.

##### *9.2.1.2 Ausführungen der tarifsuisse*

Die tarifsuisse ist der Auffassung, dass ein schweizweites Benchmarking unter Einbezug aller Spitälerkategorien erfolgen müsse. Grundsätzliche Mängel wie fehlende Datenqualität oder Abbildungsungenauigkeiten der Tarifstruktur sollten heute so weit behoben sein, dass nur noch ein schweizweites Benchmarking die rechtlichen Vorgaben von Art. 49 Abs. 1 KVG erfülle.

Ein Ausschluss der Geburtshäuser gehe weder aus dem Gesetz noch aus der Rechtsprechung hervor. Die von den Geburtshäusern im stationären Bereich verrechenbaren Leistungen seien in der SwissDRG-Tarifstruktur und im vom Bundesrat genehmigten Tarifstrukturvertrag geregelt. Es hande sich dabei um dieselben Leistungen, wie sie auch in einem Spital erbracht werden. Daher seien gleiche Kostengewichte für Geburtshäuser und Spitäler gerechtfertigt. Risikoreiche Geburten, die im Spital durchgeführt werden müssten, hätten entsprechend ein höheres Kostengewicht und würden besser entschädigt.

##### *9.2.1.3 Ausführungen der HSK*

Die HSK beantragt, die Geburtshäuser im Benchmarking zu berücksichtigen, da sie auf den kantonalen Spitälerlisten aufgeführt seien und den für die Leistungserbringung erforderlichen Aufwand an Personal und Infrastruktur ebenso wie jedes andere Spital auch erbringen würden.

Die Geburtshäuser würden bei der Verrechnung der Leistungen für Geburten die gleiche Tarifstruktur und die gleichen Kostengewichte wie alle anderen Akutspitäler anwenden. Dass sich der Fokus der Geburtshäuser auf ein bestimmtes Behandlungsspektrum richte, rechtfertige keinen Ausschluss aus dem Benchmarking.

#### *9.2.1.4 Ausführungen der CSS*

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

#### *9.2.1.5 Empfehlung der Preisüberwachung*

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

#### *9.2.1.6 Rechtlches*

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 Spitalkategorien hinaus (E. 3.8). Zudem stehe die Bildung von Benchmarkinggruppen im Widerspruch zur Grundidee eines schweizweiten, möglichst breit abgestützten Betriebsvergleichs (E. 6.6.1). Hingegen sei in begründeten Einzelfällen unter Umständen der spezifischen Situation eines Leistungserbringers Rechnung zu tragen, sodass ausgehend vom Referenzwert differenzierte Basisfallwerte festgesetzt oder verhandelt werden dürften (E. 6.8).

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

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

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich ein Ausschluss der Geburtshäuser vom Benchmarking vorliegend nicht rechtfertigt.

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

Im Rahmen der vorstehenden Erwägungen wurde festgelegt, welche Spitäler im Benchmarking berücksichtigt und wie deren benchmarkrelevante 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 Spitäler, 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 Spitäler 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 Spitäler, 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 VZK*

Der VZK beantragt, dass aus methodischen Gründen eine Gewichtung nach Case Mix (und eventualiter nach Fällen) vorzunehmen sei. Eine Gewichtung nach Anzahl Spitäler sei demgegenüber von Zufälligkeiten in der jeweiligen Spitalstruktur abhängig. Ein Benchmarking ohne Gewichtung führe dazu, dass eine Kleinklinik mit 300 Behandlungsfällen das gleiche Gewicht wie ein grosses Spital mit 30 000 Patientinnen und Patienten erhalte. Entsprechend könnten eine Reihe von Kleinkliniken, die vergleichsweise sehr wenige Fälle behandeln, bei einer Gewichtung nach Anzahl Spitäler den Benchmark stark beeinflussen.

Der VZK beantragt weiter, für das Benchmarking sei mindestens das 40. Perzentil zu wählen, da bei diesem Perzentil Verzerrungen vernachlässigbar seien. Gemäss VZK liege hinter der Forderung nach niedrigen Perzentilen die implizite Annahme, dass die Streuung der schweregradbereinigten Fallkosten hauptsächlich durch Effizienzunterschiede zu stande komme und es für Spitäler mit höheren Fallkosten möglich sei, ihre Kosten auf den niedrigeren Benchmark zu senken. Bei leistungs- oder systembedingten Unterschieden (z. B. Unterschiede im Leistungsauftrag oder bei der Gruppe der behandelten Fälle), die nicht durch das SwissDRG-System abgebildet werden, sei dies jedoch nicht mehr möglich. Je tiefer das Perzentil gewählt werde, desto mehr zeige sich dieses Problem. Gemäss der Studie von Polynomics «Auswirkungen der Wahl des Perzentils im Spital-Benchmarking» zeige sich, dass sich ein wesentlich grösserer Anteil von Spitäler ohne Notfallstation, ohne Intensivpflegestation, spezialisierte Kliniken sowie Spitäler mit einer durchschnittlich kleineren Fallzahl und geringerem Case Mix Index in den tiefen Perzentilen befinde. Dadurch erhöhe sich die Gefahr, dass der Benchmark nicht auf dem Leistungsniveau eines effizienten Durchschnittsspitals, sondern auf dem Leistungsniveau nur scheinbar effizienter Spitäler festgelegt werde, die aufgrund von Patienten- oder Leis-

tungsselektion niedrigere Kosten aufweisen und mit einem Durchschnittsspital nicht vergleichbar seien. Dies könnte mittelfristig die Versorgungssicherheit gefährden, da auf diese Weise auch effiziente Spitäler unterfinanziert wären. Die Wahl eines höheren Perzentils würde dieses Problem teilweise lösen.

#### *9.2.2.2 Ausführungen der tarifsuisse*

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

Die tarifsuisse beantragt sodann ein Benchmarking auf dem 25. Perzentil. Dies bedeute, dass ein Viertel der Spitäler die Leistung günstiger erbringen könnten als das Benchmarkspital. Die Orientierung an einem höheren Perzentil sei nicht mit dem obersten Ziel der Kostenstabilisierung vereinbar, die der neuen Spitalfinanzierung zugrunde liege. Ein strenges Perzentil sei auch deswegen angezeigt, weil die Datentransparenz der Spitäler nicht immer zufriedenstellend sei 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.

#### *9.2.2.3 Ausführungen der HSK*

Die HSK spricht sich für eine Gewichtung nach Anzahl Spitäler aus. Bei einer hohen Anzahl an Spitäler sei ein Benchmarking ohne zusätzliche Gewichtungselemente repräsentativ. Die Argumentation des VZK, dass alle kleinen Kliniken per se kostengünstig seien, könne anhand verschiedener Beispiele widerlegt werden. Umgekehrt könnten zahlreiche kleine Spitäler mit tiefen Kosten und einem kalkulierten Basisfallwert von weniger als Fr. 10 000 gefunden werden. Eine Gewichtung nach Leistungsumfang erhöhe den Wert des Benchmarks künstlich und verringere den Anreiz zur Effizienzsteigerung.

Die HSK weist darauf hin, dass die Art der Gewichtung die Reihenfolge der Spitäler nicht ändere. Eine Gewichtung nach Case Mix oder Fallzahl schliesse auch kleine oder elektiv tätige Spitäler mit vermeintlich tiefen Kosten nicht aus. Das Resultat einer solchen Gewichtung sei einzig ein höherer Benchmark. Eine Gewichtung nach Case Mix oder Fällen verwässere die Effizienzbeurteilung, denn es gehe um das gesamte Spital, unabhängig von dessen Grösse. Weiter würde eine Gewichtung nach Case Mix oder Fällen den Benchmark zugunsten der grossen Spitäler ausfallen. Ein Benchmarking nach Fällen widerspreche dem Ziel der Spitalfinanzierung, wonach alle Spitäler unabhängig ihrer Grösse durch eine nationale Tarifstruktur miteinander vergleichbar zu machen seien.

Weiter beantragt die HSK ein Benchmarking auf dem 25. Perzentils. Sie weist darauf hin, dass der Bundesrat in der geplanten KVV-Revision das 25. Perzentil vorgeschlagen habe.

#### *9.2.2.4 Ausführungen der CSS*

Die CSS macht geltend, eine Gewichtung nach Case Mix bzw. nach Anzahl Fällen gesetzlich nicht vorgesehen sei und widerspreche dem im Krankenversicherungsrecht geltenden Gesetzmässigkeitsprinzip. Die Höhe der Spitaltarife habe sich gemäss letztem Satz von Art. 49 Abs. 1 KVG an der Entschädigung jener Spitäler zu orientieren, welche die tarifizierte Leistung in der notwendigen Qualität und Effizienz erbringen. Daraus sei zu schliessen, dass die Tarife nach Anzahl Spitätern ohne eine zusätzliche Gewichtung nach Case Mix oder nach Anzahl Fällen zu vergleichen seien.

Die Einwände des VZK, dass die Gewichtung nach Anzahl Spitätern von der jeweiligen Spitalstruktur von Zufälligkeiten abhänge und Veränderungen unterliege, wirke sich nicht zum Nachteil der vom VZK vertretenen Spitäler aus. Mit der neuen Spitalfinanzierung und der Gewichtung nach Anzahl Spitätern werde eine einheitliche gesamtschweizerische Erhebung und eine Vergleichbarkeit aller Spitäler erreicht.

Weiter beantragt die CSS ein Benchmarking höchstens auf dem 30. Perzentil. Es sei ein tiefes Perzentil anzustreben, um der neuen Spitalfinanzierung gerecht zu werden und der Kostenentwicklung entsprechend Einhalt zu gebieten. Das vom VZK geforderten 40. Perzentil genüge offensichtlich nicht. Die Wahl dieser Perzentilhöhe sei gemäss Bundesverwaltungsgericht einzig nach der Einführung der neuen Spitalfinanzierung und dem den kantonalen Festsetzungsbehörden zuerkannten Ermessen akzeptiert worden, ohne dass sich das Bundesverwaltungsgericht in den letzten Jahren dazu geäussert hätte, dass ein solches Perzentil dem Effizienzmassstab gerecht werde. Aktuell seien Revisionsbestrebungen im Gang, die in der KVV das 25. Perzentil vorsähen, weshalb die Wahl eines hohen Perzentils nicht mehr gerechtfertigt sei.

#### *9.2.2.5 Empfehlung der Preisüberwachung*

Die Preisüberwachung empfiehlt eine Gewichtung nach Anzahl Spitäler. Bei einer Gewichtung nach Fällen oder Case Mix spielt 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 abhängt 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 nachhinkt. Ein Benchmarking auf Basis des 20. Perzentil sei folglich absolut notwendig, um die Effizienz der Schweizer Spitäler im Vergleich zu denjenigen Deutschlands einen Schritt näher zu bringen.

#### *9.2.2.6 Rechtliches*

Gemäss Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG haben sich die Spitaltarife an der Entschädigung jener Spitäler zu orientieren, welche die tarifizierte 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 Spitäler, nach Fällen oder nach Case Mix) sowie bei der Wahl des Perzentils ein gewisses Auswahlermessen zu.

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

Im Folgenden ist sodann festzulegen, bei welchem Perzentil der Fälle der Benchmark liegen soll. Bei diesem allgemein anerkannten Verfahren werden die Spitäler zuerst anhand ihrer schweregradbereinigten Fallkosten von tief zu hoch sortiert. Anschliessend werden, beim ersten Spital beginnend, die Anzahl der behandelten Fälle schrittweise von Spital zu Spital aufsummiert. Soll nun der Benchmark beim Perzentil x gesetzt werden, wird – wiederum beim günstigsten Spital beginnend – ermittelt, bei welchem Spital in der Reihenfolge x Prozent aller Fälle insgesamt behandelt worden sind. Die schweregradbereinigten Fallkosten dieses Spitals bilden dann den Benchmark. Die Spannbreite der schweregradbereinigten Fallkosten der Spitäler lassen sich in einem lernenden System wie SwissDRG rund ein Jahrzehnt nach dessen Einführung nicht mehr hauptsächlich mit Abbildungsungenauigkeiten in der Tarifstruktur begründen, sondern durch unterschiedliche Effizienz. Ein Benchmarking auf dem 50. Perzentil (Median) oder dem arithmetischen Mittel, das je nach Verteilung der Fälle höher oder tiefer als der Median zu liegen käme, würde dem vom Gesetz geforderten Effizienzvergleich zu wenig Rechnung tragen. Ab welchem tieferen Perzentil von einer effizienten Leistungserbringung gesprochen werden kann, ist nicht eindeutig bestimmbar. Während das Bundesverwaltungsgericht in früheren Urteilen im Rahmen der Einführungsphase von SwissDRG das 40. Perzentil als gesetzeskonform bestätigt hat (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-4374/2017, C-4461/2017 vom 14. Mai 2019, E. 8.9), wurde vom Bundesrat im Rahmen der am 12. Februar 2020 in die Vernehmlassung gegebenen KVV-Revision zwar das 25. Perzentil vorgeschlagen, jedoch bei der KVV-Änderung vom 23. Juni 2021 (in Kraft seit 1. Januar 2022) auf die Festlegung eines Perzentilwerts verzichtet.

Um die Finanzierung der für die Deckung des Bedarfs der Zürcher Bevölkerung notwendigen Spitäler sicherzustellen, erscheint es vorliegend sachgerecht, den Benchmark auf dem 33.3. Perzentil festzusetzen.

Damit kann der Versorgungssicherheit angemessen Rechnung getragen werden. Gleichzeitig wird mit diesem Wert dem Wettbewerbsgedanken des KVG Rechnung getragen und ein moderater Effizienzdruck geschaffen.

In den GDK-Spitalkostendaten, die dem vorliegenden Benchmarking mit insgesamt 140 schweizweit berücksichtigten Spitätern (einschliesslich Geburtshäuser) 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.

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

### **9.3 Ermittlung des Referenzwerts**

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

#### *9.3.1 Zuschlag der Teuerung zum Benchmark*

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

##### *9.3.1.1 Ausführungen des VZK*

Der VZK macht geltend, für die Tarifberechnung 2020 sei gemäss Bundesverwaltungsgericht für den Personalaufwand auf den Nominallohnindex (NLI) 2019 und für den Sachaufwand auf den Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) 2019 abzustellen. Da zum damaligen Zeitpunkt der NLI 2019 noch nicht publiziert war, berechnete der VZK den Teuerungsaufschlag mit dem NLI 2018 (Nominallohnindexveränderung im Gesundheits- und Sozialwesen 2018 = +0,6%). Gestützt auf die allgemeine Landesteuerung 2019 von 0,4% leitete der VZK eine Teuerung von 0,54% her, wobei die Lohnsteuerung zu 70% und die allgemeine Teuerung zu 30% gewichtet wurde. In seiner Stellungnahme vom Juni 2021 hielt der VZK auch nach Vorliegen des NLI 2019 am damals berechneten Teuerungsfaktor von 0,54% fest.

### *9.3.1.2 Ausführungen der Versicherer-Gruppierungen*

Die Versicherer-Gruppierungen haben sich jeweils nicht direkt zum Vorgehen des VZK geäussert. In ihrem eigenen Benchmarking bereinigen die Versicherer-Gruppierungen den hergeleiteten Benchmark jeweils ebenfalls um einen Teuerungsfaktor. Die CSS berechnete einen Teuerungsfaktor von 0,685%, die HSK von 0,47% und die tarifuisse von 0,763%. Letztere hat dabei den Teuerungsfaktor für die Personalkosten zu 60% und jenen der Sachkosten zu 40% gewichtet.

### *9.3.1.3 Empfehlung der Preisüberwachung*

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

### *9.3.1.4 Rechtliches*

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

### *9.3.2 Regionales Kostenniveau*

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

#### *9.3.2.1 Ausführungen des VZK*

Der VZK macht geltend, das Bundesverwaltungsgericht halte fest, dass sich eine Tarifdifferenzierung beispielsweise aufgrund unterschiedlicher Strukturkosten (Lohn- und Standortkosten) rechtfertigen lasse, da diese Differenzen in den Produktionskosten in der Tarifstruktur SwissDRG nicht abbildungbar seien. Gemäss eigenen Berechnungen lägen die Fallkosten im Kanton Zürich im Vergleich zu anderen Grossregionen um 2,6% bzw. 3,8% über dem Schweizer Durchschnitt. Im Tessin hingegen seien die Fallkosten 4,6% unter dem Durchschnitt. Diese Differenzen seien auf unterschiedliche Gestehungs- bzw. Produktionskosten zurückzuführen. Beispielsweise liege der Mietpreis im Kanton Zürich mit Fr. 18.60 pro Quadratmeter rund 17% über dem Schweizer Durchschnitt. Auch die BFS-Statistik des monatlichen Bruttolohns nach Wirtschaftsabteilungen und Grossregion privater und öffentlicher Sektor zusammen zeige anhand der Zahlen von 2016 für das Gesundheitswesen im Kanton Zürich einen um 3,7% höheren Lohn als im Durchschnitt der Schweiz. Bei einem Anteil von 70% Personal- (3,7% höhere Lohnkosten als im Schweizer Durchschnitt) und einem Anteil von 10% Anlagenutzungskosten (17% höhere Mietkosten) an den Gesamtkosten eines Spitals ergebe dies 4,3% höhere Gestehungskosten im Kanton Zürich. Der Referenzwert sei deshalb um diesen Faktor zu erhöhen.

#### *9.3.2.2 Ausführungen der tarifsuisse*

Die tarifsuisse macht geltend, anhand der vorliegenden Daten sei nicht festzustellen, dass die VZK-Spitäler höhere Lohn- und Strukturkosten aufweisen als andere Spitäler in der Schweiz. Auch die Daten des BFS vermöchten dies nicht zu belegen. Deshalb sei kein Zuschlag für das regionale Kostenniveau vorzunehmen.

#### *9.3.2.3 Ausführungen der HSK*

Die HSK berücksichtige in ihrem Benchmarking die (höheren) Gestehungskosten der Spitäler aufgrund von deren tatsächlichen Mietausgaben und Personalkosten. Dementsprechend sei die Höhe ihres eigenen Benchmarks von diesem Aspekt beeinflusst. Ein zusätzlicher und somit «doppelter» Aufschlag (zu den tatsächlichen Mehrkosten) für alle Kliniken gleichermaßen, wie vom VZK beantragt, sei indessen nicht sachgerecht. Ein pauschaler Gestehungskostenzuschlag für alle Spitäler würde zudem die Gefahr bergen, dass der für alle Spitäler gleichermaßen erhöhte Basisfallwert für die einzelnen Spitäler nicht korrekt wäre.

#### *9.3.2.4 Ausführungen der CSS*

Die CSS macht geltend, der VZK stütze sich zwecks Herleitung von höheren Gestehungskosten auf Statistiken und eine Medienmitteilung des BFS, konkrete Quervergleiche mit anderen ausserkantonalen Leistungserbringern würden jedoch fehlen. Im Einzelfall sei der beantragte Zuschlag nicht beziffert. Dass im Kanton Zürich überdurchschnittlich hohe Gestehungskosten anfallen, werde nicht bestritten. Im Gegenzug profitierten die 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 Struktukosten (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.

#### *9.3.2.5 Rechtliches*

Das Bundesverwaltungsgericht hält fest, dass Kostenunterschiede der Leistungserbringer durch regional unterschiedliche Struktukosten (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).

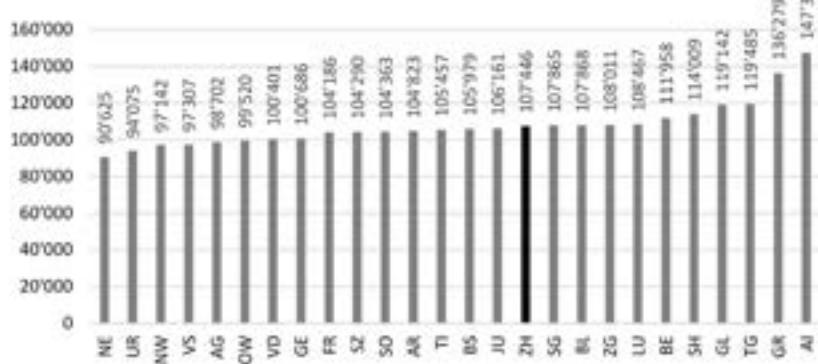
Der Verwaltungsrat der SwissDRG hat festgestellt, dass mit Fallpauschalen eines DRG-Modells u. a. regionale Unterschiede der Lohn- und Lohnnebenkosten nicht erklärt werden können (vgl. Feststellungen des Verwaltungsrates der SwissDRG AG vom 26. Mai 2016, [swissdrg.org/download\\_file/view/1052/234](http://swissdrg.org/download_file/view/1052/234)).

Sowohl gestützt auf die vom VZK hergeleiteten Unterschiede der Fallnormkosten der verschiedenen Grossregionen der Schweiz (mit und ohne Universitätsspitäler) als auch gestützt auf die vom VZK beigezogenen Lohn- und Mietpreisstatistiken kann nicht geschlossen werden, dass die Gestehungs- und Produktionskosten bei den vom VZK vertretenen Spitäler höher sind als in anderen Spitäler der Schweiz. Weiter kann sich das Lohngefüge zwischen verschiedenen Institutionen aufgrund der Altersstruktur des Personals oder der Anzahl der auszubildenden Personen unterscheiden. In urbanen Zentren ist die Verfügbarkeit von Arbeitnehmenden im Gesundheitswesen teilweise grösser als in Randregionen, was die Verhandlungsmacht der Spitäler als Arbeitgeber stärkt. So geht aus der Datengrundlage «Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2018», die das Bundesamt für Gesundheit veröffentlicht hat ([bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-spitaen.html](http://bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-spitaen.html)).

lern/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 Personalosten im Kanton Zürich nicht angezeigt.

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

#### 9.3.3 Zuschlag aufgrund neuer gesetzlicher Vorgaben

Zwischen den Parteien ist streitig, inwieweit neue Vorgaben im Gesundheitswesen Mehrkosten verursachen und wie allfällige prospektive Mehrkosten bei der Tarifierung zu berücksichtigen sind.

### *9.3.3.1 Ausführungen des VZK*

Der VZK ist der Auffassung, dass Mehrkosten, die im Tarifjahr x tatsächlich anfallen und vor dem Geltungsbeginn des Tarifs rechnerisch genau ausgewiesen würden, gemäss Bundesverwaltungsgericht bei der Preisbildung berücksichtigt werden könnten. Davon ausgenommen seien vom Spital selbst geplante Kostensteigerungen. Zudem seien auch prospektive Mehrkosten, die im Tarifjahr mit Sicherheit anfallen, zur Bestimmung des Referenzwerts aufzurechnen.

Als Beispiele von künftig anfallenden Kosten nennt der VZK die Einführung des elektronischen Patientendossiers, die neu zu vergütende Umkleidezeit für Pflegefachleute, die Einführung einer fünften Ferienwoche für kantonale Spitäler samt Spitäler, die sich an kantonalen Spitäler orientieren, sowie zahlreiche neue Anforderungen zur Qualitäts sicherung bzw. -entwicklung (Ausbau des Qualitätsmanagements einschliesslich zusätzlicher Infrastrukturkosten, neue spitalweite Zertifizierungen, Aus- und Weiterbildungskosten, erweiterte und neue Meldepflichten bei Krebserkrankungen, IT-Lizenzkosten für interne und externe Datenbanksysteme einschliesslich Personalaufwand für deren Bewirtschaftung). Solche leistungsspezifischen Vorgaben würden einen erheblichen Mehraufwand pro Spital verursachen.

Die Zusatzkosten seien von den Spitälern bereits budgetiert und zudem in einer Zusatzdatenerhebung von den Spitälern ausgewiesen worden. Da die Kosten zum Teil für das Gesamtspital budgetiert worden seien, habe der VZK diese Kosten nachträglich auf den stationären OKP-Bereich anhand der in den ITAR\_K-Daten 2018 bereits ausgewiesenen Kosten anteilmässig aufgeteilt. Im Total und über alle Spitäler betrachtet hätten diese Zusatzkosten im Jahr 2020 höhere Fallkosten in der Höhe von Fr. 150 zur Folge, weshalb der Referenzwert entsprechend zu erhöhen sei.

### *9.3.3.2 Ausführungen der tarifsuisse*

Die tarifsuisse macht geltend, dass die Tarifierung im Grundsatz auf der Grundlage x-2 zu erfolgen habe, im vorliegenden Fall also auf den Kosten- und Leistungsdaten des Jahres 2018. Ausnahmen von dieser Regel könnten nur anerkannt werden, wenn prospektive Kosten rechnerisch genau ausgewiesen werden könnten, im Tarifjahr tatsächlich anfallen und alle in den Wirtschaftlichkeitsvergleich einbezogenen Spitäler betreffen würden. Investitionskosten und spitalindividuelle Kosten seien davon ausgenommen. Die vom VZK angeführten prospektiven Kosten seien weder vor dem Beginn des Tarifjahres real entstanden (also im Jahr 2019), noch würden sie alle Spitäler des Wirtschaftlichkeitsvergleiches (Benchmark) betreffen. Zudem sei darauf hinzuweisen, dass diese

Kosten in ein zukünftiges Benchmarking einfließen würden, wenn sie tatsächlich anfallen und KVG-pflichtig seien.

Bei den Kostendaten, die der VZK in seiner Stellungnahme aufgeführt habe, falle auf, dass die Effekte der anstehenden Massnahmen anscheinend selbst bei den vom VZK vertretenen Spitätern sehr heterogen umgesetzt würden. So verursache die Summe dieser Massnahmen im Spital 79 Fr. 18 an zusätzlichen Kosten, in den Spitätern 80 und 90 Fr. 19 sowie im Spital 52 Fr. 398 pro Fall. So grosse Differenzen seien weder erklärbar noch würden sie vom VZK erläutert.

Zudem fehle es auch an einer Gegenrechnung von prospektiven Minderkosten. Beispielsweise gehe eine fünfte Ferienwoche oder die Vergütung der Umkleidezeiten mit einer grösseren Mitarbeiterzufriedenheit einher. Dies könne positive Auswirkungen wie eine geringere Fluktuation bzw. Absenzenquote zur Folge haben. Ebenso könne sich das elektronischen Patientendossiers positiv auf die Dokumentation und Abläufe und damit auf die Effizienz auswirken, indem beispielsweise zeitraubende Rücksprachen mit Hausärzten, Abklärungen von Medikamenten und Untersuchungen, die bereits stattgefunden haben, entfallen würden.

Es sei abzuwarten, wie sich die verschiedenen Effekte auf die Fallkosten auswirken. Dies sei ein wichtiger Grund für die retrospektive Betrachtungsweise des Systems x-2. Da tatsächliche Effekte von erwarteten abweichen könnten, werde bei der Tarifkalkulation auf bereits bestehende Daten abgestützt. Das Begehr des VZK sei deshalb abweisen.

#### *9.3.3.3 Ausführungen der HSK*

Die HSK hat sich zu dieser Thematik nicht geäussert.

#### *9.3.3.4 Ausführungen der CSS*

Die CSS vertritt den Standpunkt, für die Bestimmung der Fallkosten für das Tarifjahr 2020 gelten die Kosten- und Leistungsdaten des Jahres 2018. Allfällige Kosten, die im Jahr 2020 anfallen und in den Kosten- und Leistungsdaten Eingang finden würden, seien – sofern diese KVG-relevant seien – im Tarifjahr 2022 zu berücksichtigen.

#### *9.3.3.5 Rechtliches*

Gemäss Bundesverwaltungsgericht können Mehr- oder Minderkosten, die sich aufgrund einer Gesetzesänderung ergeben, so weit berücksichtigt werden, als sie sich im Tarifjahr tatsächlich verwirklichen und vor Geltungsbeginn klar bestimmbar sind (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 7. April 2014, 2014/3, E. 3.5.2). In einem weiteren Entscheid hat das Gericht ausgeführt, dass sich die Spitaltarife gemäss Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG am Referenzwert und nicht an den Betriebskosten des zu beurteilenden Spitals zu orientieren hätten. Daher seien auch zukünf-

tig zu erwartende Kostensteigerungen eines Spitals nicht direkt massgebend für dessen Tarifbestimmung (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-3846/2013, C-3892/2013 vom 25. August 2015, E. 8.3.5). Nach der Rechtsprechung ist beim Benchmarking für das Tarifjahr x grundsätzlich die Kostenermittlung des Jahres x-2 massgebend. Budgetierte Mehrkosten (insbesondere im Personalbereich), die vor dem Geltungsbeginn des Tarifs rechnerisch genau ausgewiesen waren und im Tarifjahr bei allen Spitälern der Vergleichsbasis anfallen, können bei der Überführung des Benchmarks zum Referenzwert mit einem allgemeinen Zuschlag berücksichtigt werden. Es widerspricht aber dem Sinn der im KVG verankerten Tariffindungsregel, die Kostensteigerung eines einzelnen Spitals bei der Bestimmung des allgemein gültigen Referenzwerts zu berücksichtigen (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-2350/2014 vom 29. Januar 2016, E. 10.1.5).

Die vom VZK genannten Beispiele für zukünftig anfallende Mehrkosten wie die Einführung des elektronischen Patientendossiers, die neu zu vergütende Umkleidezeit für Pflegefachleute, die Einführung einer fünften Ferienwoche bei kantonalen Spitälern im Kanton Zürich sowie neue Anforderungen zur Qualitätssicherung und -entwicklung fallen nicht unter vergütbare Mehrkosten, die einen Zuschlag rechtfertigen würden. Die Einführung des elektronischen Patientendossiers bringt neben Mehrkosten auch Kostenminderungen mit sich, weshalb sich der konkrete Kosteneffekt nicht genau bestimmen lässt. Auch die Umkleidezeit für Pflegefachleute kann keinen Zuschlag rechtfertigen, da es sich dabei nicht um eine Gesetzesänderung handelt; zudem ist die Vergütung der Umkleidezeit umstritten und wird je nach Spital sowohl im Kanton Zürich als auch schweizweit unterschiedlich gehandhabt. Die Einführung einer fünften Ferienwoche betrifft nur die kantonalen Spitäler im Kanton Zürich; die dem Obligationenrecht unterliegenden Spitäler sind davon nicht betroffen. Der vom Regierungsrat in der Vollzugsverordnung zum Personalgesetz (LS 177.111) auf 1. Januar 2020 geänderte Ferienanspruch gilt somit weder für die gesamte schweizweite Vergleichsbasis der Spitäler noch für sämtliche vom VZK vertretenen Spitäler. Dazu kommt, dass der Ferienanspruch für Angestellte zwischen dem 21. und 50. Altersjahr zwar rechtlich um fünf Tage, faktisch jedoch – d. h. unter Berücksichtigung der bisher gewährten zusätzlichen Freitage am Jahresende – um drei Tage und für die übrigen Angestellten faktisch nicht erhöht wurde. Mit der Einführung der fünften Ferienwoche lassen sich wohl auch Minderkosten erwarten (wie weniger krankheitsbedingte Arbeitsausfälle aufgrund längerer Erholungszeiten und tiefere Fluktuation aufgrund höherer Zufriedenheit der Mitarbeitenden). Eine genaue Bezifferung des gesamten Kosteneffekts ist auch bei diesem Punkt nicht möglich. Bei den vom VZK aufgeführten neuen Anforderungen zur Quali-

tätssicherung bzw. -entwicklung handelt es sich um eine Aufzählung ohne konkrete bzw. gesicherte Kosteninformationen. Auch damit lässt sich kein Zuschlag zum Benchmark rechtfertigen. Aus diesen Gründen ist der vom VZK geforderte Zuschlag von Fr. 150 abzuweisen.

#### **9.4 Spitalindividuelle Zu- oder Abschläge**

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

##### *9.4.1 Tarifdifferenzierung für Spitäler mit und ohne Notfallstation*

Die preisliche Differenzierung um Fr. 200 zwischen Spitäler mit Notfallstation und ohne Notfallstation ist im Grundsatz zwischen den Parteien unbestritten. Streitig ist, ob diese Differenzierung vom Referenzwert vorzunehmen oder ob für Spitäler mit Notfallstation zuerst ein Zuschlag zum Referenzwert zu gewähren ist.

###### *9.4.1.1 Ausführungen des VZK*

Der VZK macht geltend, gemäss Rechtsprechung sei für Spitäler mit Notfallstation ein Zuschlag von Fr. 20 und für Spitäler ohne Notfallstation ein Abschlag von Fr. 200 nicht zu beanstanden. Mit dieser Preisdifferenzierung könnten Unterschiede im Leistungsauftrag, die massgebliche und in der Tarifstruktur nicht berücksichtigte Mehrkosten auslösen, berücksichtigt werden. Der Referenzwert für Spitäler mit einer Notfallstation sei entsprechend um Fr. 20 zu erhöhen, während der Wert für Spitäler ohne Notfallstation vom Wert von Spitäler mit einer Notfallstation um Fr. 200 (bzw. um Fr. 180 vom Referenzwert) zu reduzieren sei.

###### *9.4.1.2 Ausführungen der Versicherer-Gruppierungen*

Seitens der tarifsuisse, HSK und CSS wird die Preisdifferenzierung um Fr. 200 zwischen Spitäler mit und ohne Notfallstation nicht bestritten. Im Gegensatz zum VZK sind die Versicherer-Gruppierungen jedoch der Auffassung, dass kein Aufschlag auf dem Referenzwert für Spitäler mit Notfallstation vorzunehmen sei.

###### *9.4.1.3 Rechtliches*

Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts sind Vorhalteleistungen im Zusammenhang mit dem Betrieb einer Notfallstation OKP-pflichtig und damit tarifrelevant. 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).

In seinem Urteil vom 11. September 2014 hat das Bundesverwaltungsgericht den Entscheid des Regierungsrates des Kantons Zürich vom 13. März 2013 geschützt (RRB Nr. 278/2013), wonach für Spitäler ohne Notfallstation ein um Fr. 200 tieferer Basisfallwert festgesetzt wurde als für Spitäler mit einer Notfallstation. Dabei wurde der errechnete Referenzwert für Spitäler mit Notfallstation um Fr. 20 erhöht und für Spitäler ohne Notfallstation um Fr. 180 reduziert. Die Zulässigkeit des Abschlags vom Referenzwert für Spitäler ohne Notfallstation wurde vom Bundesverwaltungsgericht damit begründet, dass diese Spitäler den Vorteil hätten, dass bei ihnen keine Vorhaltekosten für den Betrieb der Notfallstation anfallen würden und dass der Einsatz von Personal, Material und Infrastruktur besser planbar sei. Dies führe bei einem Spital, das sich ausschliesslich auf Elektivbehandlungen ausrichten könne, notwendigerweise zu einer Effizienzsteigerung und zu tieferen Betriebskosten (E. 21.3.3). Der Zuschlag zum Referenzwert von Fr. 20 wurde damals vom Regierungsrat damit begründet, dass durch den Abschlag bei Spitäler ohne Notfallstation insgesamt Mittel eingespart würden, was eine allgemeine Erhöhung der Fallpauschalen rechtfertige (RRB Nr. 278/2013, S. 37).

Das Bundesverwaltungsgericht hat in seinem Urteil vom 31. August 2015 (C-5849/2013) den Entscheid des Kantons Graubünden gestützt, bei dem ohne weitere Begründung eine Herabsetzung des Basisfallwerts für ein Spital ohne Notfallstation um Fr. 200 (vgl. E. 2.2 und E. 4.2), und somit keinen Zuschlag (von Fr. 20) zum Referenzwert vorgenommen wurde.

Ein um Fr. 200 tieferer Basisfallwert für Spitäler ohne Notfallstation als für Spitäler mit Notfallstation hat sich im Kanton Zürich etabliert und ist unbestritten. Entgegen den Ausführungen des VZK ist vorliegend jedoch davon auszugehen, dass der Benchmark beim 33.3. Perzentil nach Anzahl Fällen die Kosten einer effizienten Leistungserbringung in einem Spital mit einer Notfallstation deckt. Entsprechend ist für Spitäler ohne Notfallstation ein Abschlag vom Referenzwert vorzunehmen. Vor dem Hintergrund der jüngeren Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts ist ein Zuschlag zum Referenzwert für Spitäler mit Notfallstation, wie ihn der Regierungsrat bei seiner erstmaligen Festsetzung von SwissDRG-Tarifen mit Beschluss Nr. 278/2013 vorgenommen hat, nicht mehr sachgerecht. Ein Abzug für Spitäler ohne Notfallstation rechtfertigt keinen Zuschlag für die übrigen Spitäler, da ein über den Referenzwert hinausgehender Tarif eines einzelnen Spitals ebenfalls keine Tarif-

wirkung auf die übrigen Spitäler einer Region hat. Vorliegend ist deshalb lediglich ein Abschlag vom Referenzwert für jene Spitäler vorzunehmen, welche keine Notfallstation führen, nicht jedoch ein spezieller Zuschlag zum Referenzwert für alle Spitäler.

#### *9.4.2 Tarifdifferenzierung für Adus Medica*

##### *9.4.2.1 Ausführungen der tarifsuisse*

Die tarifsuisse beantragt für die Adus Medica die Festsetzung eines Basisfallwerts auf Höhe der benchmarkingrelevanten Kosten von Fr. 9164. Es sei nicht erwiesen, dass die unter dem Benchmark liegenden Kosten auf Effizienz zurückzuführen seien.

Allein aus dem Umstand, dass ein Spital im Verhältnis zur Norm tiefere Kosten ausweise, könne – wie beim Ausweis von höheren Kosten – noch nicht auf eine Korrekturnotwendigkeit geschlossen werden. Ein Tarif, der bei einem effizienteren Spital mehr als die tarifrelevanten Kosten decke, sei nicht per se KVG-widrig. Zulässig seien aber nur Effizienzgewinne, da ansonsten der Grundsatz der qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten nicht eingehalten würde.

Soweit die geringeren Kosten aus einem überproportionalen Anteil profitabler Fälle bzw. einem vergleichsweise geringen Anteil defizitärer Fälle resultieren würden, handle es sich nicht um Effizienzgewinne. Es sei deshalb zu prüfen, ob eine besondere DRG-interne Fallverteilung vorliegt, welche eine Differenzierung der Basisfallwerte erfordere.

##### *9.4.2.2 Ausführungen des VZK*

Der VZK macht geltend, dass in den Stellungnahmen der tarifsuisse keine Begründung ersichtlich sei, weshalb für die Adus Medica AG eine um Fr. 270 tiefere Baserate festzusetzen sei als für die übrigen Spitäler ohne Notfallstation. Der Antrag sei deshalb abzuweisen.

##### *9.4.2.3 Rechtliches*

Mit Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG nicht vereinbar sind Gewinne, die nicht auf besondere Effizienz, sondern auf Minderleistungen gegenüber dem durch den Referenzpreis reflektierten Leistungsniveau zurückzuführen sind. Die Beweislast (und Beweisführungslast) dafür, dass die Unterschreitung des Referenzwerts keinen Effizienzgewinn darstellt, liegt im Grundsatz aufseiten der Krankenversicherer (vgl. dazu Michael Waldner / Philipp Egli, in: KVG/KVAG], S. 712 N. 159 zu Art. 49 KVG mit Hinweisen auf die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zum stationären Bereich).

Bei der Ermittlung des Referenzwerts wurde ein Benchmarking mit allen Spitätern durchgeführt. Abgesehen von der von den Parteien un-

bestrittenen Tarifdifferenzierung für Spitäler mit und ohne Notfallstation liegen keine Hinweise für die Notwendigkeit von weiteren Tarifdifferenzierungen vor. Insbesondere ist auch nicht ersichtlich, inwiefern Minderleistungen gegeben sein sollten, die zu Kostenunterschieden führen, die nicht angemessen in der SwissDRG-Tarifstruktur der Fallschwere entsprechend abgebildet sind. Die tarifuisse hat den auch keine Belege dafür vorgelegt, dass durch die von der Adus Medica deklarierten Fallkosten ungerechtfertigte Effizienzgewinne entstehen würden bzw. dass es sich um «erhebliche» Effizienzgewinne handelt. Der Antrag der tarifuisse, für die Adus Medica einen besonderen Tarifabschlag vorzunehmen, ist deshalb abzuweisen.

#### **9.5 Festzusetzender Basisfallwert**

Zusammenfassend sind die 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
<b>Basisfallwert ab 1. Januar 2020 für Spitäler mit Notfallstation</b>	<b>Fr. 9900</b>
./. Tarifdifferenzierung für Spitäler ohne Notfallstation (Abschlag)	– Fr. 200
<b>Basisfallwerte ab 1. Januar 2020 für Spitäler ohne Notfallstation</b>	<b>Fr. 9700</b>

Mit Wirkung ab 1. Januar 2020 ist somit für Spitäler mit Notfallstation (GZO AG Spital Wetzikon, Spital Uster, Spital Bülach, Spital Zollikerberg, Spital Männedorf, Spital Affoltern und Paracelsus-Spital Richterswil) ein Basisfallwert von Fr. 9900 und für Spitäler ohne Notfallstation (Schulthess Klinik, Adus Medica, Limmatklinik und Klinik Susenberg) ein solcher von Fr. 9700 festzusetzen.

#### **10 Geltungsdauer des Tarifs**

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

Entsprechend sind die SwissDRG-Basisfallwerte vorliegend mit Wirkung ab dem 1. Januar 2020 mit unbefristeter Geltungsdauer festzusetzen.

### **11 Nachforderung der Tarifdifferenz**

Die mit RRB Nr. 677/2019 mit Wirkung ab 1. Januar 2020 provisorisch festgesetzten Basisfallwerte von Fr. 9650 für Spitäler mit Notfallstation bzw. von Fr. 9450 für Spitäler ohne Notfallstation liegen um Fr. 250 unter den vorliegend festgesetzten Basisfallwerten von Fr. 9900 für Spitäler mit Notfallstation bzw. von Fr. 9700 für Spitäler ohne Notfallstation. Für die provisorisch festgesetzten Tarife wurde die rückwirkende Geltendmachung der Tarifdifferenz durch die Berechtigten vorbehalten, falls die im Endentscheid endgültig genehmigten oder festgesetzten Tarife von den vorsorglich festgesetzten Tarifen abweicht. Die Tarifpartner sind deshalb zu berechnigen, rückwirkend ab dem 1. Januar 2020 die Differenz zwischen den mit RRB Nr. 677/2019 angeordneten provisorischen Tarifen und den vorliegend festgesetzten Basisfallwerten nachzufordern.

### **12 Finanzielle Auswirkungen**

Die mit diesem Beschluss geregelten Tarife ab 1. Januar 2020 für verschiedene vom VZK vertretene Spitäler beruhen auf einem Wirtschaftlichkeitsvergleich beim 33,3. Perzentil (vgl. Ziff. 9.2.2). Die Tarifanpassung und die Rückabwicklung gegenüber den provisorischen Tarifen führen zu Mehrausgaben bei den Krankenversicherern und beim Kanton. Bei den vom VZK vertretenen Spitälern betragen die jährlichen Mehrausgaben gegenüber den provisorisch abgerechneten Tarifen bei einer geschätzten Leistungsmenge von 49 300 Case-Mix-Punkten insgesamt 12,3 Mio. Franken. Gemäss Art. 49a Abs. 1 KVG werden die Vergütungen vom Kanton und von den Krankenversicherern anteilmässig übernommen. Der Kantonsanteil beträgt 55% und entspricht damit jährlichen Mehrbelastungen von 6,8 Mio. Franken rückwirkend ab 1. Januar 2020. Sofern der vorliegende Beschluss bereits im Jahr 2022 in Rechtskraft erwächst, würde sich die im Jahr 2022 anfallende kumulierte Mehrbelastung 2020–2022 zulasten der Kantonsfinanzen somit auf 20,3 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 6,8 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, Somatiche Akutversorgung und Rehabilitation. Die Mehrkosten fallen rückwirkend ab 1. Januar 2020 an. Die erforderlichen Mittel für die Tarifanpassung und die anfallenden Tarifrückabwicklungen sind im Budget 2022 und im Konsolidierten Entwicklungs- und Finanzplan (KEF) 2022–2025 sowie im Budgetentwurf 2023 und KEF 2023–2026 nur teilweise eingestellt und können innerhalb der Leistungsgruppe Nr. 6300 nicht kompensiert werden. Der nicht kompensierte Anteil geht volumnfähiglich zulasten der laufenden Jahresrechnung ab Eintritt der Vollstreckbarkeit des Beschlusses. Die Voraussetzung für die Bewilligung der Kreditüberschreitung im Jahr 2022 (bzw. in den Folgejahren) ist gegeben, da es sich vorliegend um eine vom Bundesrecht vorgeschriebene, zwingende Ausgabe handelt (§ 22 Abs. 1 lit. b Gesetz über Controlling und Rechnungslegung [LS 611]). Bei Eintritt der Vollstreckbarkeit des Beschlusses werden die finanziellen Auswirkungen der definitiv festgesetzten Tarife über die Instrumente der kantonalen Budgetierung, insbesondere Budgetentwurf und KEF bzw. Nachtrag zum Budgetentwurf, in die kantonale Finanzplanung aufgenommen. Zur Sicherstellung einer zweckmässigen Versorgung der Zürcher Bevölkerung ist die Tariferhöhung entsprechend notwendig.

### **13 Parteientschädigung**

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

### **14 Rechtsmittel**

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

### **15 Weitergeltung der vorsorglichen Massnahmen**

Der Regierungsrat setzte, wie erwähnt, mit Beschluss Nr. 677/2019 für die Dauer der Festsetzungsverfahren die provisorische Weitergeltung der verlängerten Tarifverträge fest samt Basisfallwerten von Fr. 9650 für Spitäler mit Notfallstation bzw. Fr. 9450 für Spitäler ohne Notfallstation.

Diese vorsorglichen Massnahmen bleiben während des Laufs der Rechtsmittelfrist und während eines allenfalls anschliessenden Rechtsmittelverfahrens in Kraft. Erst mit dem Eintritt der formellen Rechtskraft in der Hauptsache wird die vorsorgliche Massnahme (automatisch) dahinfallen, sofern die anordnende Behörde oder die Rechtsmittelinstanz nichts Gegenteiliges beschlossen hat (Regina Kiener, in: VRG-Kommentar, N. 29 zu § 6). Gemäss Art. 55 Abs. 1 des Verwaltungsverfahrensgesetzes (VwVG; SR 172.021) hat eine Beschwerde aufschiebende Wirkung. Diese Wirkung tritt erst mit Erhebung der Beschwerde, nicht aber bereits mit Beginn der Rechtsmittelfrist ein (vgl. statt vieler Alfred Kölz / Isabelle Häner / Martin Bertschi, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2013, N. 1069). In der Zeit zwischen der Eröffnung der Verfügung und der Einreichung der Beschwerde besteht daher keine aufschiebende Wirkung. Der Entscheid ist, solange kein Rechtsmittel erhoben worden ist, zwar nicht vollstreckbar (Art. 39 Bst. a VwVG), aber wirksam. Auch im vorliegenden Verfahren ist es deshalb sachgerecht, für den Bestand der vorsorglichen Massnahmen das anzunehmen, was im kantonalen Verfahrensrecht gilt: Die vorsorglichen Massnahmen fallen erst mit Eintritt der formellen Rechtskraft und damit mit Eintritt der Vollstreckbarkeit weg. Zur Vermeidung einer unklaren Rechtslage ist daher festzuhalten, dass die mit RRB Nr. 677/2019 für die Dauer der Rechtsmittelfrist und eines sich allenfalls daran anschliessenden Rechtsmittelverfahrens angeordneten vorsorglichen Massnahmen in Kraft bleiben.

## 16 Teilweise Öffentlichkeit

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

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion  
beschliesst der Regierungsrat:

I. Für stationäre akutsomatische Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die nach SwissDRG abgerechnet werden, werden für die vom Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK) vertretenen Spitäler einerseits und die von der CSS Kranken-Versicherung AG, der Einkaufsgemeinschaft HSK AG und der tarifswisse ag vertretenen Versicherer anderseits mit Wirkung ab 1. Januar 2020 folgende Basisfallwerte nach SwissDRG festgesetzt:

Spital	Basisfallwert
<b>Spitäler mit Notfallstation</b>	Fr. 9900
GZO AG Spital Wetzikon	
Spital Uster	
Spital Bülach	
Spital Zollikerberg	
Spital Männedorf	
Spital Affoltern	
Paracelsus-Spital Richterswil	
<b>Spitäler ohne Notfallstation</b>	Fr. 9700
Schulthess Klinik	
Adus Medica	
Limmatklinik	
Klinik Susenberg	

II. Bezüglich der Tarife für das Spital Limmattal und das See-Spital (Standorte Horgen und Kilchberg) wird das Verfahren als gegenstandslos geworden abgeschrieben.

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

IV. Der Verband Zürcher Krankenhäuser (einschliesslich der in Dispositiv I aufgeführten Spitäler), die CSS Kranken-Versicherung AG, die Einkaufsgemeinschaft HSK AG, die tarifswisse ag sowie die Preisüberwachung werden verpflichtet, die Beilage «Spitalkostendaten und Benchmarking» zu diesem Beschluss – einschliesslich des den Kontakt Personen auf Verlangen der Parteien zuzustellenden Datensets im Excel-Format betreffend Herleitung der schweregradbereinigten Fallkosten – nur im Zusammenhang mit dem vorliegenden Verfahren zur Festsetzung der Basisfallwerte für die vom VZK vertretenen Spitäler zu verwenden und die daraus erfahrenen Tatsachen und Erkenntnisse weder in anderen Tarifgenehmigungs- oder Tariffestsetzungsverfahren zu verwenden noch an Drittpersonen weiterzugeben.

V. Für den Fall der Widerhandlung gegen Dispositiv IV wird eine Bestrafung wegen Ungehorsams gegen eine amtliche Verfügung im Sinne von Art. 292 StGB (Bestrafung mit Busse bis Fr. 10 000) angedroht.

VI. Die mit RRB Nr. 677/2019 angeordnete provisorische Weitergeltung der verlängerten Tarifverträge samt Basisfallwerten von Fr. 9650 für Spitäler mit Notfallstation bzw. Fr. 9450 für Spitäler ohne Notfallstation bleibt für die Dauer der Rechtsmittelfrist und eines sich allenfalls daran anschliessenden Rechtsmittelverfahrens in Kraft.

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

VIII. Dispositiv I–VII werden im Amtsblatt veröffentlicht.

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

- CSS Kranken-Versicherung AG, Recht & Compliance,  
Tribschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern
- Einkaufsgemeinschaft HSK AG, Postfach, 8081 Zürich
- Helsana Versicherungen AG, Recht & Compliance, Postfach,  
8081 Zürich
- Preisüberwachung, Einsteinstrasse 2, 3003 Bern
- tarifsuisse ag, Lagerstrasse 107, 8004 Zürich
- Verband Zürcher Krankenhäuser, Nordstrasse 15, 8006 Zürich
- Gesundheitsdirektion

Vor dem Regierungsrat  
Die Staatsschreiberin:



**Kathrin Arioli**

## **Inhalt**

1 Ausgangslage	1
2 Verfahrensgeschichte	2
3 Anhörung der Preisüberwachung	4
4 Definitive Festsetzungsanträge der Parteien	5
5 Prozessuale Anträge der Parteien	5
5.1 Prozessuale Anträge des VZK	5
5.1.1 Schreiben des VZK vom 20. Februar 2020	5
5.1.2 Schreiben des VZK vom 19. Oktober 2020	6
5.2 Prozessuale Anträge der tarifswisse	7
5.2.1 Schreiben der tarifswisse vom 26. Mai 2020	7
5.2.2 Schreiben der tarifswisse vom 25. Januar 2021	8
5.3 Prozessuale Anträge der HSK	9
5.3.1 Schreiben der HSK vom 26. Mai 2020	9
5.3.2 Schreiben der HSK vom 25. Januar 2021	10
5.3.3 Schreiben der HSK vom 28. Juni 2021	10
5.4 Prozessuale Anträge der CSS	11
5.4.1 Schreiben der CSS vom 28. April 2020	11
5.4.2 Schreiben der CSS vom 16. Oktober 2020	11
5.5 Fazit zu den prozessualen Anträgen der Parteien	12
6 Im Festsetzungsentscheid zu klärende Punkte	12
6.1 Bestimmung der benchmarkingrelevanten Betriebskosten je Spital	13
6.2 Benchmarking	14
6.3 Ermittlung des Referenzwerts	14
6.4 Spitalindividuelle Zu- oder Abschläge	14
7 Voraussetzungen für eine Tariffestsetzung gegeben	14
8 Grundsätze der Wirtschaftlichkeitsprüfung	15
9 Tariffestsetzung ab 1. Januar 2020	16
9.1 Bestimmung der benchmarkingrelevanten Betriebskosten und des Basiswerts für jedes Spital	16
9.1.1 Massgebendes Datenmaterial	16
9.1.2 Bekanntgabe und Bereinigung der GDK-Spitalkostendaten 2018	19

9.1.3 Abzug Kosten für Leistungserbringung an Personen mit Zusatzversicherung	21
9.1.4 Gemeinwirtschaftliche Leistungen	25
9.1.5 Bewertung der Anlagenutzungskosten	29
9.1.6 Herleitung des benchmarkingrelevanten Basiswerts	35
9.2 Benchmarking: Durchführung des Betriebsvergleichs	35
9.2.1 Ein- oder Ausschluss der Geburtshäuser	36
9.2.2 Festlegung der Gewichtung und des Perzentils: Massstab für effiziente Leistungserbringung	38
9.3 Ermittlung des Referenzwerts	44
9.3.1 Zuschlag der Teuerung zum Benchmark	44
9.3.2 Regionales Kostenniveau	45
9.3.3 Zuschlag aufgrund neuer gesetzlicher Vorgaben	48
9.4 Spitalindividuelle Zu- oder Abschläge	52
9.4.1 Tarifdifferenzierung für Spitäler mit und ohne Notfallstation	52
9.4.2 Tarifdifferenzierung für Adus Medica	54
9.5 Festzusetzender Basisfallwert	55
10 Geltungsdauer des Tarifs	55
11 Nachforderung der Tarifdifferenz	56
12 Finanzielle Auswirkungen	56
13 Parteientschädigung	57
14 Rechtsmittel	57
15 Weitergeltung der vorsorglichen Massnahmen	57
16 Teilweise Öffentlichkeit	58