

Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich

Sitzung vom 16. März 2022

443. Krankenversicherung (TARMED-Taxpunkt看wert für vom Verband Zürcher Krankenhäuser vertretene Spitäler ab 1. Januar 2018; Tariffestsetzung)

1. Ausgangslage

Die ambulanten ärztlichen Leistungen der Spitäler werden seit dem 1. Januar 2004 über die gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur TARMED abgerechnet. Grundlage dafür ist insbesondere der zwischen den Verbänden «santésuisse – Die Schweizer Krankenversicherer» und «H+ Die Spitäler der Schweiz» (H+) am 13. Mai 2002 abgeschlossene Rahmenvertrag TARMED und – als Bestandteil dieses Vertrages – die Tarifstruktur TARMED. Diese wurde vom Bundesrat erstmals am 30. September 2002 genehmigt und in der Folge mehrmals gestützt auf Art. 43 Abs. 5^{bis} des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) angepasst. Die Tarifstruktur TARMED umfasst mehr als 4600 Tarifpositionen, die ärztliche Leistungen benennen und ihnen aufgrund einer Bewertung Taxpunkte zuordnen. Die Höhe der Vergütung für eine Behandlung ergibt sich aus der Multiplikation der Anzahl Taxpunkte der erbrachten Leistungen mit dem jeweils gültigen Taxpunkt看wert. Der Taxpunkt看wert ist im Bereich der Krankenversicherung auf kantonaler Ebene zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern auszuhandeln oder subsidiär durch die Kantonsregierung festzusetzen.

Der nationale Rahmenvertrag zu TARMED wurde vom Spitalverband H+ auf den 31. Dezember 2016 gekündigt. Nachdem kein neuer Rahmenvertrag auf das Jahr 2017 zustande gekommen war, beantragten die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), H+ sowie die Versichererverbände curafutura und santésuisse beim Bundesrat gemeinsam, die damals gültige Einzelleistungstarifstruktur TARMED bis Ende 2017 zu verlängern. Der Bundesrat entsprach diesem Antrag mit Beschluss vom 23. November 2016. Mit Wirkung ab 1. Januar 2018 setzte der Bundesrat sodann die Tarifstruktur TARMED mit Anpassungen in verschiedenen Bereichen «als gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen» fest.

Bis zum 31. Dezember 2016 war der auf kantonaler Ebene festzulegende TARMED-Taxpunkt看wert zwischen den vom Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK) vertretenen Spitälern und den drei Einkaufsgemeinschaften der Versicherer (Versicherer), bestehend aus der tarifsuisse ag

(tarifsuisse), den CSS Versicherern (CSS) und der Einkaufsgemeinschaft HSK AG (HSK), vertraglich vereinbart. Da sich die Tarifpartner nicht auf einen Taxpunkt看wert ab 1. Januar 2017 einigen konnten, verlängerte der Regierungsrat mit Beschluss Nr. 838/2017 die bisherigen Verträge samt Taxpunkt看wert von Fr. 0.89 um ein Jahr bis 31. Dezember 2017. Gleichzeitig legte er für den Fall, dass bis am 1. Januar 2018 kein genehmigter Tarif vorliege, die provisorische Weitergeltung der verlängerten Tarifverträge samt Taxpunkt看wert fest, unter Vorbehalt der rückwirkenden Geltendmachung einer allfälligen Tariffdifferenz zwischen dem provisorischen und dem definitiven Taxpunkt看wert.

2. Verfahrensgeschichte

Da sich die Tarifpartner über den TARMED-Taxpunkt看wert ab 2018 nicht einigen konnten, beantragte der VZK mit Schreiben vom 21. Dezember 2017 für folgende 23 Spitäler bzw. Spitalstandorte die Festsetzung eines Taxpunkt看werts von Fr. 1.03 ab 1. Januar 2018: Kantonsspital Winterthur, Stadtspital Zürich Standort Triemli, See-Spital Standort Horgen, See-Spital Standort Kilchberg, Spital Uster, GZO AG Spital Wetzikon, Spital Limmattal, Spital Bülach, Spital Zollikerberg, Stadtspital Zürich Standort Waid, Schulthess-Klinik, Spital Männedorf, Kinderspital Zürich, Universitätsklinik Balgrist, Spital Affoltern, Klinik Lengg, Adus Medica, Limmatklinik, Paracelsus-Spital Richterswil, Zürcher Reha-Zentrum Wald, RehaClinic Zollikerberg, RehaClinic Kilchberg und Klinik Susenberg.

Mit Schreiben vom 22. Dezember 2017 lud die Gesundheitsdirektion die Versicherer dazu ein, zum Festsetzungsantrag des VZK Stellung zu nehmen. In ihren Stellungnahmen vom 16. Januar 2018 (HSK), 14. Februar 2018 (CSS) und 16. Februar 2018 (tarifsuisse) erklärten die Versicherer unter anderem, die vom VZK eingereichten Daten zur Herleitung des Taxpunkt看werts seien ungenügend.

Die Gesundheitsdirektion hielt mit Schreiben vom 3. Mai 2018 an den VZK fest, die bisher vom VZK eingereichten Unterlagen zur Festsetzung des TARMED-Taxpunkt看werts würden den Anforderungen von Gesetz und Rechtsprechung nicht genügen, und ersuchte den VZK, für eine repräsentative Anzahl von Spitälern für das Datenjahr 2016 folgende Unterlagen einzureichen: Erstens seien die Daten gemäss Tarifmodell ITAR_K (Integriertes Tarifmodell auf der Grundlage der Kostenträgerrechnung) vollständig einzureichen und um die Anlagespiegel der Spitäler zu ergänzen. Zweitens sei detailliert und nachvollziehbar aufzuzeigen, wie die im Gesamtspital angefallenen Einzel- und Gemeinkosten den Kostenträgern des ambulanten Bereichs zugeordnet worden seien. Drittens seien Kosten von Leistungen, die nicht in den Bereich der ob-

ligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) fallen würden, transparent auszuscheiden (Kosten für Leistungen zugunsten von UV-, IV-, MV-Versicherten, Kosten für Leistungen ausserhalb des TARMED wie z. B. Laborkosten, Kosten für Forschung und universitäre Lehre und Kosten für nicht OKP-pflichtige Leistungen). Viertens sei darzulegen, weshalb die vom VZK aufgeführten Kosten je TARMED-Taxpunkt für zahlreiche Spitäler im Mehrjahresvergleich derart stark schwanken würden. Mit Schreiben vom 10. August 2018 reichte der VZK weitere Unterlagen ein und nahm Stellung zum Schreiben der Gesundheitsdirektion vom 3. Mai 2018 und zu den Stellungnahmen der Versicherer. In der Folge äusserten sich die Versicherer mit Stellungnahmen vom 22. Oktober 2018 (CSS), 23. Oktober 2018 (tarifsuisse) und 2. November 2018 (HSK) zur Eingabe des VZK.

Nachdem auch die Verhandlungen für eine vertragliche Einigung über den TARMED-Taxpunktwert ab 1. Januar 2019 mit allen Versicherern gescheitert waren, beantragte der VZK mit Schreiben vom 19. Dezember 2018 die Festsetzung eines TARMED-Taxpunkt werts von Fr. 1.01 mit Wirkung ab 1. Januar 2019. Zudem stellte er in prozessualer Hinsicht den Antrag, das neu eröffnete Verfahren sei bis zu einem definitiven, rechtsgültigen Entscheid über den Festsetzungsantrag vom 21. Dezember 2017 betreffend eines TARMED-Taxpunkt werts 2018 zu sistieren. Mit Schreiben vom 20. Dezember 2018 wurden die Versicherer eingeladen, zum neu eingereichten Festsetzungsantrag des VZK Stellung zu nehmen. In ihrer Stellungnahme vom 6. Februar 2019 stimmte die CSS dem Antrag des VZK auf Sistierung des zweiten Verfahrens zu. Die HSK und die tarifsuisse stellten den Antrag, die beiden Verfahren seien aus prozessökonomischen Gründen zu vereinen (Schreiben vom 26. Februar 2019 bzw. Schreiben vom 20. März 2019). In der Folge lud die Gesundheitsdirektion mit Schreiben vom 14. März 2019 die Tarifpartner zur Stellungnahme bezüglich einer möglichen Verfahrensvereinigung ein. Während sich die tarifsuisse mit Schreiben vom 22. März 2019 weiterhin damit einverstanden erklärte, hielt der VZK mit Schreiben vom 25. März 2019 an seinem Sistierungsbegehren fest. Nachdem sich alle drei Einkaufsgemeinschaften der Versicherer anlässlich der von der Gesundheitsdirektion veranlassten Instruktionssitzung vom 16. April 2019 mit einer Verfahrensvereinigung einverstanden erklärt hatten, vereinigte der Regierungsrat mit Beschluss Nr. 610/2019 die beiden Tariffestsetzungsverfahren (Dispositiv I) und wies den Antrag des VZK auf Sistierung des Verfahrens zur Festsetzung des TARMED-Taxpunkt werts ab 1. Januar 2019 für Spitäler ab (Dispositiv II).

Nachdem die Gesundheitsdirektion den Parteien mit Schreiben vom 1. April 2019 ein Instrument zur Datenerhebung im Excel-Format (im Folgenden GD-Datenerhebungstool genannt) zugestellt hatte, wies sie

anlässlich der Instruktionssitzung vom 16. April 2019 gegenüber dem VZK und den Versicherern darauf hin, dass die bisher eingereichten Unterlagen und Daten für eine Festsetzung des Taxpunktwerts nicht genügten. Sie schlug eine Datenerhebung in den Spitalambulatorien gestützt auf das GD-Datenerhebungstool (First-Best-Methode) vor, um die Kosten und Erträge sachgerecht abbilden zu können. Der VZK äusserte sich dahingehend, dass die vorgeschlagene Datenerhebung unverhältnismässig aufwendig sei. Zudem sei die Angabe der Einkommen der Ärztinnen und Ärzte aus Datenschutzgründen problematisch. Die Gesundheitsdirektion führte aus, dass – falls diese Daten nicht erhoben werden könnten – alternativ die bereits eingereichten Daten mittels Zusatzerhebungen (Second-Best-Methode) zu verbessern und transparenter auszuweisen seien. Mit Schreiben vom 4. Juli 2019 hielt die Gesundheitsdirektion im Nachgang zur Instruktionssitzung insbesondere fest, dass «über die Auswirkungen der verbleibenden Unschärfe der «second best» Variante bezüglich der Darstellung der Kosten und Leistungen der Spitäler im Endentscheid zu befinden sein» werde.

In der Folge wurde am 18. September 2019 eine Sitzung mit den Parteien durchgeführt, an welcher der VZK ein Konzept für eine ergänzende Datenerhebung (Second-Best-Methode) vorstellte und die Gesundheitsdirektion sowie die Versicherer nochmals ihre Anforderungen an transparente Daten darlegten.

Mit Schreiben vom 30. Januar 2020 reichte der VZK schliesslich ergänzte Kosten- und Leistungsdaten sowie Lohnstatistiken der Jahre 2016 und 2017 ein. Diese Zusatzdaten umfassten Folgendes: Umlageschlüssel, Aufschlüsselung der Tarifspalte TARMED in OKP und Nicht-OKP-Leistungen, Aufteilung der Gemeinkosten in Personal- und Sachkosten, Lohnstatistiken der AHV-Bruttolöhne je Personalkategorie. Mit Schreiben vom 13. Februar 2020 ersuchte die Gesundheitsdirektion den VZK um Zustimmung zur Zustellung der Lohnstatistiken an die Versicherer. Da der VKZ mit Schreiben vom 27. Februar 2020 nur einer eingeschränkten Einsichtnahme zustimmte, wurden die Versicherer mit Schreiben der Gesundheitsdirektion vom 3. März 2020 zur Stellungnahme eingeladen und der VZK gleichzeitig um Verzicht auf die beantragte Einschränkung ersucht. Die Versicherer verlangten mit Stellungnahmen vom 10. März 2020 (HSK), 19. und 23. März 2020 (CSS und tarifsuisse), dass ihnen die Daten zugestellt würden. Sie machten geltend, eine Einschränkung des rechtlichen Gehörs sei nicht gerechtfertigt, zumal gestützt auf die Daten keine Rückschlüsse auf einzelne Personen gemacht werden könnten. Der VZK hingegen beantragte mit Schreiben vom 16. März 2020, dass den Versicherern stattdessen in den Räumlichkeiten der Gesundheitsdirektion Einsicht zu gewähren sei.

Mit Schreiben vom 4. Mai 2020 beantragte der VZK die Festsetzung des TARMED-Taxpunktswerts ab 1. Januar 2020 in der Höhe von Fr. 1.02. Hierzu wurden analog zur Eingabe vom 30. Januar 2020 Kosten- und Leistungsdaten sowie Lohnstatistiken des Jahres 2018 eingereicht. Neben den bereits bisher durch den VZK vertretenen Spitälern schloss sich neu die Forel Klinik – ebenfalls vertreten durch den VZK – rückwirkend per 1. Januar 2018 dem Festsetzungsantrag an.

Die Gesundheitsdirektion lud mit Schreiben vom 2. Juni 2020 alle Parteien ein, zu einer Verfahrensvereinigung der beiden Festsetzungsverfahren ab 1. Januar 2018 und 1. Januar 2020 Stellung zu nehmen. Die Parteien nahmen daraufhin mit Schreiben vom 9. Juni 2020 (CSS und HSK), 15. Juni 2020 (VZK) und 19. Juni 2020 (tarifsuisse) Stellung. In der Folge vereinigte der Regierungsrat mit Beschluss vom 8. Juli 2020 (RRB Nr. 680/2020) das Verfahren zur Festsetzung des TARMED-Taxpunktswerts ab 1. Januar 2020 mit dem bereits für den Taxpunktwert ab 2018 und 2019 mit RRB Nr. 610/2019 vereinigten Verfahren (Dispositiv I). Zudem beschloss der Regierungsrat, dass die vom VZK eingereichten Lohndaten der Jahre 2016, 2017 und 2018 – einschliesslich zusätzlicher Anonymisierungen – nach Eintritt der Rechtskraft des Beschlusses den Versicherern zugestellt werden (Dispositiv II). Gleichzeitig wurden die Versicherer verpflichtet, die gemäss Dispositiv II zugestellten Unterlagen nur im Zusammenhang mit dem Verfahren zur Festsetzung des TARMED-Taxpunktswerts für vom VZK vertretene Spitälern zu verwenden und die daraus erfahrenen Tatsachen und Erkenntnisse weder in anderen Tarifverfahren zu verwenden noch an Drittpersonen weiterzugeben (Dispositiv III). Schliesslich wurde für den Fall der Widerhandlung gegen Dispositiv III eine Bestrafung wegen Ungehorsams gegen eine amtliche Verfügung im Sinne von Art. 292 StGB (Bestrafung mit Busse bis 10 000 Franken) angedroht (Dispositiv IV).

Nachdem der Regierungsratsbeschluss in Rechtskraft erwachsen war, leitete die Gesundheitsdirektion mit Schreiben vom 25. September 2020 die bisher zurückgehaltenen und im Sinne des Regierungsratsbeschlusses anonymisierten Unterlagen des VZK vom 30. Januar 2020 und 4. Mai 2020 an die Versicherer weiter und lud diese zur Stellungnahme ein. Mit Eingaben vom 30. November 2020 (CSS und HSK) und 7. Dezember 2020 (tarifsuisse) nahmen die Versicherer zu den vom VZK eingereichten Unterlagen Stellung. Die Eingaben der Versicherer stellte die Gesundheitsdirektion mit Schreiben vom 17. Dezember 2020 dem VZK zu einer Stellungnahme zu, worauf sich dieser mit Schreiben vom 2. Februar 2021 zu den Eingaben der Versicherer äusserte.

3. Anhörung der Preisüberwachung

Bevor der Regierungsrat über die Festsetzung oder Genehmigung einer Preiserhöhung entscheidet, ist die Preisüberwachung anzuhören (Art. 14 Preisüberwachungsgesetz [PüG, SR 942.20]). Entsprechend wurde die Preisüberwachung mit Schreiben vom 15. Dezember 2020 eingeladen, zu den von den Tarifpartnern beantragten Tarifen Stellung zu nehmen. Mit Schreiben vom 26. Mai 2021 erklärte die Preisüberwachung, die Daten gemäss ITAR_K der Jahre 2016 bis 2018 würden lediglich einen Kostenträger für Leistungen nach TARMED beinhalten und nicht zwischen den Kostenträgern KVG, MTK (Medizinaltarif-Kommission UVG) und Selbstzahlern unterscheiden. Entsprechend seien die Daten nicht KVG-konform. Weiter seien mit der Anpassung der Tarifstruktur TARMED durch den Bundesrat ab 2018 übertarifizierte Leistungen korrigiert worden, um eine sachgerechtere Tarifstruktur und die Elimination von falschen Anreizen zu erzielen. Die Daten aus den Jahren 2016 und 2017 seien deshalb zum Teil verzerrt und würden noch die übertarifierten Leistungen beinhalten, weshalb für die Bestimmung der Taxpunktweite nicht auf diese Daten abzustellen sei. Der Bundesrat habe damals zudem den Kantonsregierungen mitgeteilt, dass die Änderungen an der Tarifstruktur keine Anpassung der kantonalen Taxpunktweite erfordern. Entsprechend stünde eine Tarifierhöhung – im Gegensatz zu einer Tarifsenkung – im Widerspruch zur Aufforderung des Bundesrates. Weiter basiere die vom VZK vorgenommene Wirtschaftlichkeitsprüfung nur auf 22 (Datenjahre 2016 und 2018) bzw. 23 (Datenjahr 2017) Spitälern und sei deshalb nicht repräsentativ. Zudem entspreche ein Benchmark auf dem Niveau des 40. Perzentils nicht einer effizienten, sondern nur einer fast durchschnittlichen Leistungserbringung. Im stationären Bereich sei das 40. Perzentil als Effizienzmassstab lediglich in der Einführungsphase des neuen Finanzierungsregimes durch das Bundesverwaltungsgericht gestützt worden. Mittlerweile sei der Effizienzmassstab strenger, konkret auf dem 20. Perzentil anzusetzen.

Aus diesen Gründen könne nicht auf die vom VZK eingereichten Daten abgestellt werden und es seien alternative Methoden beizuziehen, wobei sich in der Praxis die Methode der Parallelisierung etabliert habe. Zudem bestünde die Möglichkeit, die Entwicklung der OKP-Kosten zu berücksichtigen oder einen Vergleich der gültigen Taxpunktweite bzw. Preise vorzunehmen (Preisbenchmarking). Bezüglich Parallelisierung zeigte die Preisüberwachung auf, dass verschiedene Zürcher Spitäler Verträge über einen TARMED-Taxpunktweite von Fr. 0.89 abgeschlossen haben, weshalb eine Parallelisierung für einen Taxpunktweite von Fr. 0.89 spreche. Hinsichtlich der Kostenentwicklung zulasten der OKP sei festzuhalten, dass die Kosten pro versicherte Person in den Zürcher Spitalambulatorien von 2016 bis 2019 insgesamt um 7,4% gewachsen seien. Dies sprä-

che gegen eine Erhöhung des Taxpunktwerts und höchstens für ein Beibehalten des Taxpunktwerts von Fr. 0.89. Weiter hat die Preisüberwachung ein Preisbenchmarking unter Einbezug der TARMED-Taxpunktwerte der Spitäler aller Kantone durchgeführt. Basierend auf dem 20. Perzentil ergab dies – gewichtet nach Kantonen – einen Taxpunktwert von Fr. 0.85. Zusammenfassend empfiehlt die Preisüberwachung, für die ambulanten Arztleistungen der Spitäler im Kanton Zürich ab 2018 einen TARMED-Taxpunktwert von höchstens Fr. 0.89 festzusetzen.

Die CSS, die HSK und die tarifsuisse pflichteten mit Stellungnahmen vom 29. Juni 2021, 5. Juli 2021 und 13. Juli 2021 der Empfehlung der Preisüberwachung bei, wonach nicht auf die eingereichten Daten abgestützt werden sollte. Indessen wurde von der CSS und der tarifsuisse bemängelt, dass sich die Methodik der Parallelisierung auf ein zu kleines Leistungsvolumen abstütze. Die tarifsuisse führte zudem aus, dass der Taxpunktwert der freipraktizierenden Ärzteschaft als Ankerpunkt zu verwenden sei. Bezüglich eines Preisbenchmarkings mit ausserkantonalen Spitälern wurde dargelegt, dass viele dieser Taxpunktwerte zurzeit lediglich provisorisch gälten und zudem den kantonalen Unterschieden ungenügend Rechnung getragen werde. Die HSK wies nochmals darauf hin, dass der Tarifstruktureingriff die Festsetzung auf der Grundlage der Kosten- und Leistungsdaten zusätzlich erschwere.

In seiner Stellungnahme vom 5. Juli 2021 widersprach der VZK der Schlussfolgerung der Preisüberwachung, dass die eingereichten Daten nicht KVG-konform seien. Es treffe nicht zu, dass bezüglich Kostenträger nicht zwischen nicht OKP-pflichtigen und OKP-pflichtigen Leistungen unterschieden werde. Weiter bedeute der Tarifstruktureingriff des Bundesrates nicht, dass der Taxpunktwert nicht verändert werden dürfe; vielmehr dürfe die Änderung der Tarifstruktur nicht als Grund für eine Anpassung des Taxpunktwerts dienen. Bezüglich den von der Preisüberwachung vorgeschlagenen alternativen Tarifherleitungsmethoden machte der VZK geltend, dass diesen nur subsidiären Charakter zukomme und somit gestützt auf die vom VZK vorgelegten Daten zu entscheiden sei.

4. Festsetzungsanträge der Parteien

Die Parteien sowie die Preisüberwachung beantragen die Festsetzung folgender TARMED-Taxpunktwerte:

	Beantragter TARMED-Taxpunktwert		
	ab 1. Januar 2018	ab 1. Januar 2019	ab 1. Januar 2020
VZK	Fr. 1.03	Fr. 1.01	Fr. 1.02
tarifsuisse	höchstens Fr. 0.87	höchstens Fr. 0.87	höchstens Fr. 0.87
HSK	Fr. 0.89	Fr. 0.89	Fr. 0.89
CSS	höchstens Fr. 0.89	höchstens Fr. 0.89	höchstens Fr. 0.89
Preisüberwachung	höchstens Fr. 0.89	höchstens Fr. 0.89	höchstens Fr. 0.89

5. Im Festsetzungsentscheid zu klärende Punkte

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

Thema	Streitpunkt	Erwägung
Kostenentwicklung und Mengenausweitung	Kosten- und Mengenentwicklung der Leistungen in den Spitalambulatorien	7.1
Leistungserbringer mit gültigen TARMED-Tarifverträgen	Inwieweit sind Spitäler im Kanton Zürich mit vertraglich vereinbarten TARMED-Taxpunktwerten von Fr. 0.89 für die Tariffestsetzung relevant	7.2
Massgebendes Datenmaterial	Bestimmung der Datengrundlage, die für die Tarifierleitung zu verwenden ist: – Kosten- und Leistungsdaten des VZK oder – Daten Verein Spitalbenchmark oder – Tarifmodell tarifsuisse oder – schweizweit, kantonal gültige Taxpunktwerte	7.3
Tarifstruktureingriffe des Bundesrates	Relevanz und Auswirkungen der Tarifstruktureingriffe 2014 und 2018 des Bundesrates auf die Taxpunktwertberechnung	7.4
Anlagenutzungskosten	Berücksichtigung der Anlagenutzungskosten	7.5
Kosten- und Leistungsdaten des VZK	Prüfung der VZK-Daten – REKOLE® und ITAR_K als Datengrundlage für die Tarifierleitung – Repräsentativität – Ausweis der OKP-pflichtigen TARMED-Kosten – Gemeinkosten und Umlageschlüssel (Personal- und Sachkosten) – Leistungsdaten	8
Tarifierleitung	Kriterien für die Tarifierleitung – Benchmarking-relevante Kosten – Effizienzvergleich – Wahl des Perzentils – Allgemeiner Abzug	9

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

6. Grundsätze der Tarifierung

Die Vergütung der Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfolgt nach Tarifen oder Preisen. Diese werden in Verträgen zwischen Leistungserbringern und Versicherern vereinbart (Tarifvertrag) oder von der zuständigen Behörde festgesetzt (Art. 43 Abs. 4 KVG). Nach Art. 46 Abs. 4 KVG bedürfen kantonale Tarifverträge der Genehmigung durch den Regierungsrat. Dieser hat zu prüfen, ob der

Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht. Kommt zwischen Leistungserbringern und Versicherern kein Tarifvertrag zustande, setzt die Kantonsregierung nach Anhörung der Beteiligten den Tarif fest (Art. 47 Abs. 1 KVG). Weicht die Kantonsregierung von den Empfehlungen der Preisüberwachung ab, hat sie dies zu begründen (Art. 14 Abs. 2 PüG). Sowohl bei der Vereinbarung als auch bei der Festsetzung eines Tarifs ist auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife zu achten (Art. 43 Abs. 4 KVG). Die Vertragspartner und die zuständigen Behörden achten zudem darauf, dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird (Art. 43 Abs. 6 KVG). Gemäss Art. 43 Abs. 7 KVG kann der Bundesrat Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen. Gestützt auf diese Bestimmung hat er Art. 59c der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR. 832.102) erlassen. Gemäss Art. 59c Abs. 1 KVV darf der Tarif höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung (Bst. a) sowie höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken (Bst. b). Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (vgl. dazu die Urteile C-1220/2012 vom 22. September 2015 und C-1918/2016 vom 16. November 2017) setzt eine transparente und nachvollziehbare Tarifgestaltung aussagekräftige Unterlagen voraus. Erst das Vorliegen transparenter Daten erlaubt es der Festsetzungsbehörde, den zweiten Prüfungsschritt nach Art. 59c Abs. 1 Bst. b KVV vorzunehmen, d. h., zu prüfen, ob die ausgewiesenen Kosten einer wirtschaftlichen Leistungserbringung entsprechen. Die Spitäler sind nach den Bestimmungen der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; SR 832.104) verpflichtet, eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik zu führen. Die Kostenrechnung muss insbesondere die Elemente Kostenarten, Kostenstellen, Kostenträger und die Leistungserfassung umfassen; sie muss den sachgerechten Ausweis der Kosten für die Leistungen erlauben (Art. 1 Abs. 2 VKL) und eine Unterscheidung zwischen den Kosten für ambulante und stationäre Behandlungen ermöglichen. Das KVG und dessen Ausführungsverordnungen geben keine Methode vor, wie ein Taxpunktwert im ambulanten Bereich zu bestimmen ist (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-2380/2012 vom 17. September 2015, E. 5.2). Es gibt auch kein einheitliches kostenbasiertes Berechnungsmodell für die Kosten im ambulanten Bereich, auf das abgestellt werden könnte. Die Rechtsprechung geht davon aus, dass in Tariffragen die Kosten einbezogen werden sollten, sofern entsprechende Daten vorhanden sind bzw. erhältlich gemacht werden können (vgl. Urteil des Bundesverwaltungs-

gerichts C-4505/2013, C-4480/2013 vom 22. Juli 2016, E. 73). Für eine Tariffestsetzung gestützt auf die Angaben im ITAR_K hat dieses vollständig (mit allen Kostenträgern) vorzuliegen, und es muss zudem nachvollziehbar sein, nach welchem Schlüssel einzelne Kosten auf die verschiedenen Kostenträger im ITAR_K verteilt wurden (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-446/2018 vom 11. Februar 2019, E. 9.6). Die Frage, wie ein Tarif aufgrund konkreter Daten unter Berücksichtigung einer effizienten Leistungserbringung genau zu ermitteln wäre, hat das Bundesverwaltungsgericht bisher nicht beantwortet. Es hat aber festgehalten, dass – selbst wenn transparente Kostendaten vorgelegt werden – diese nicht unbesehen übernommen werden können, sondern zu prüfen ist, ob die damit ausgewiesenen Kosten auf einer wirtschaftlichen Leistungserbringung beruhen (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-446/2018 vom 11. Februar 2019, E. 9.10.1 mit Verweisen). Nach welcher Methode diese Effizienzprüfung stattzufinden hat, hat das Bundesverwaltungsgericht bisher nicht entschieden.

7. Eckwerte für die Tariffestsetzung

7.1 Kostenentwicklung und Mengenausweitung

Die Tarifsuisse macht geltend, die Kosten im spitalambulanten Bereich hätten sich im Kanton Zürich zwischen 2006 bis 2016 verdoppelt, was auf das Fehlen einer systematischen Wirtschaftlichkeitsprüfung schliesse. Zudem zeige die Mengenausweitung auf, dass der spitalambulant Bereich finanziell attraktiv sei, weshalb der derzeitige TARMED-Taxpunktwert nicht zu tief sein könne. Darüber hinaus lägen die Zuwachsraten der abgerechneten Leistungen über denjenigen der allgemeinen Teuerung, weshalb gestützt auf Art. 55 KVG eine ausserordentliche Massnahme zur Eindämmung der Kostenentwicklung angezeigt sei. Demgegenüber vertritt der VZK den Standpunkt, eine derartige Notmassnahme habe im Rahmen der vorliegenden Tariffestsetzung nichts zu suchen, zumal kein korrekturbedürftiges Marktversagen vorliege. Die Preisüberwachung macht geltend, dass die Leistungen der Zürcher Spitalambulatorien pro versicherte Person in den Jahren 2016 bis 2019 ein Wachstum von 7,4% verzeichnet hätten. Dies spreche höchstens für das Beibehalten des aktuellen Taxpunktswerts. Die CSS schliesst sich diesbezüglich der Empfehlung der Preisüberwachung an. Demgegenüber macht der VZK geltend, dass die Kostenentwicklung sowohl von der Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich als auch von anderen Faktoren, wie dem medizinischen Fortschritt, einer grösseren Nachfrage und der demografischen Entwicklung, abhängig sei. Die Kostenentwicklung könne somit nicht allein den Leistungserbringern angelastet werden.

Art. 55 KVG sieht vor, dass die zuständige Behörde bei überdurchschnittlicher Kostenentwicklung in der OKP verordnen kann, dass die Tarife nicht erhöht werden dürfen (sogenannter Tarif- und Preisstopp). Voraussetzung dafür ist, dass die durchschnittlichen Kosten für ambulante oder stationäre Behandlungen doppelt so stark steigen wie die allgemeine Preis- und Lohnentwicklung. Diese Bestimmung wird im KVG im Abschnitt «Ausserordentliche Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung» aufgeführt und wurde – soweit ersichtlich – bisher noch nie angewendet.

Vorab stellt sich die Frage, ob eine Anwendung der fraglichen Kann-Bestimmung im Rahmen der vorliegenden Tariffestsetzung grundsätzlich sachgerecht ist oder nicht. Die Kostenentwicklung unterliegt äusseren Faktoren, wie der medizintechnischen Entwicklung, dem demografischen Wandel oder auch den Präferenzen der Versicherten. Solche Faktoren können dazu beitragen, dass mehr ärztliche Leistungen in Anspruch genommen werden oder die mit der Leistungserbringung verbundenen Kosten steigen. Dazu kommt, dass mit der Änderung des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes (SPFG; LS 813) vom 12. Juni 2017 betreffend Förderung von ambulanten Behandlungen eine Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich erfolgte, was zu einem entsprechenden und insoweit gerechtfertigten Mengenwachstum im ambulanten Bereich führte. Entsprechend wäre es nicht sachgerecht, die Kostenentwicklung einseitig über den ambulanten Taxpunktwert zulasten der Spitäler zu stoppen. Entsprechend erscheint es von vornherein nicht sachgerecht, gestützt auf die Kann-Bestimmung von Art. 55 KVG einen Tarifstopp anzuordnen.

Soweit eine Mengenausweitung durch die Erbringung von unwirtschaftlichen bzw. über den Behandlungszweck hinausgehenden Leistungen moniert wird, ist darauf hinzuweisen, dass nach Art. 32 KVG die erbrachten Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen. Diesbezüglich haben die Versicherer gestützt auf Art. 56 KVG die Möglichkeit, die Vergütung für unwirtschaftliche Leistungen zu verweigern oder zu Unrecht bezahlte Vergütungen gegenüber den Leistungserbringern zurückzufordern. Insoweit ist auf diesen Einwand der Versicherer im Rahmen der Tariffestsetzung nicht einzutreten.

7.2 Leistungserbringer mit gültigen TARMED-Tarifverträgen

Für verschiedene Spitäler im Kanton Zürich gelten auch für die Zeit ab 2018 Tarifverträge mit dem bisherigen TARMED-Taxpunktwert von Fr. 0.89. Die Versicherer leiten daraus ab, dass sich mit diesem Taxpunktwert ein angemessener Ertrag für die Erbringung von ambulanten Leistungen erwirtschaften lasse. Die HSK führt dazu an, der Taxpunktwert sei im Rahmen der Genehmigungsverfahren durch den Regierungsrat

auf Wirtschaftlichkeit und Billigkeit geprüft worden und deshalb auch für eine Festsetzung sachgerecht. Die tarifsuisse weist darauf hin, dass das spitalambulante Angebot in den letzten Jahren stetig ausgebaut worden sei, was darauf hindeute, dass der Tarif nicht zu tief sei. Die HSK macht zudem geltend, dass eine Anhebung des Taxpunktwerts zu einer heterogenen Tariflandschaft im Kanton Zürich führen würde, was nicht angezeigt sei. Demgegenüber vertritt der VZK den Standpunkt, dass aus den abgeschlossenen Tarifverträgen keine Schlüsse hinsichtlich Effizienz und sachgerechten Tarifs gezogen werden könnten. Die Effizienz würde durch ein Benchmarking unter Berücksichtigung zahlreicher Spitäler ermittelt. Zudem seien auch Verträge über den TARMED-Taxpunktwert im Rahmen von Paketlösungen abgeschlossen worden, wobei gleichzeitig stationäre Tarife vereinbart worden seien. Diesbezüglich sei nicht auszuschliessen, dass die Versicherer vor dem Hintergrund einer Parallelisierung des Taxpunktwerts für den ambulanten Bereich einen solchen von lediglich Fr. 0.89 vereinbarten, jedoch bei den stationären Tarifen grosszügiger waren. Zudem würden die Privatspitäler die Mehrheit ihrer Einnahmen aus Erträgen der Zusatzversicherungen generieren, womit sie eine Unterdeckung im TARMED-Bereich auffangen könnten. Bezüglich der Verträge der psychiatrischen Kliniken über einen Taxpunktwert von Fr. 0.89 sei festzuhalten, dass diese Kliniken kantonale Subventionen für ambulante Pflichtleistungen erhielten, was einen Vergleich mit den anderen Spitälern verunmögliche. Die Versicherer haben sodann bestritten, dass die TARMED-Tarifverträge im Rahmen von Paketlösungen zustande gekommen seien.

Das KVG stellt das Prinzip der Vertragsfreiheit in den Vordergrund. Den Vertragsparteien steht dementsprechend bei der Tariffestlegung ein weiter Ermessensspielraum zu, weil sie am ehesten zu beurteilen vermögen, was unter den gegebenen Umständen als angemessen und notwendig zu erachten ist (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 11. September 2014, 2014/36, E. 24.3.1).

Hinsichtlich der bisher vom Regierungsrat genehmigten TARMED-Tarifverträge lagen keine Indizien vor, wonach die vereinbarten Taxpunktwerte nicht der Entschädigung für eine effiziente und wirtschaftliche Leistungserbringung im Sinne von Art. 49 Abs. 1 KVG entsprechen würden; die genehmigten Tarife liegen grundsätzlich innerhalb des den Tarifpartnern zustehenden Ermessensspielraums. Die Ermittlung des vorliegend festzusetzenden Taxpunktwerts hat jedoch grundsätzlich auf der Grundlage von Kosten- und Leistungsdaten zu erfolgen. Die genehmigten Tarifverträge über einen Taxpunktwert von Fr. 0.89 müssen deshalb nicht zwingend dem Tarif entsprechen, der im Rahmen einer Festsetzung durch die Festsetzungsbehörde zu ermitteln ist. Vorliegend wäre deshalb eine Parallelisierung mit dem von verschiedenen Spitälern vereinbarten TARMED-Taxpunktwert von Fr. 0.89 dann in Betracht zu ziehen, falls die eingereichten Daten allgemein als ungenügend erachtet würden.

Bezüglich der Taxpunktwertvereinbarungen der psychiatrischen Kliniken ist festzuhalten, dass diese gestützt auf § 11 SPFG Subventionen für nicht gedeckte, wirtschaftlich erbrachte Leistungen erhalten. Dabei werden neben gemeinwirtschaftlichen Leistungen in begrenztem Umfang auch OKP-pflichtige Leistungen subventioniert. Die in diesem Bereich vertraglich vereinbarten TARMED-Taxpunktwerte können deshalb nicht für die Beurteilung eines sachgerechten Taxpunktwerks für Spitäler ohne Subventionen herangezogen werden.

Umstritten ist, ob verschiedene Spitäler TARMED-Tarifverträge über Fr. 0.89 abgeschlossen und im Gegenzug erhöhte stationäre Tarife ausgehandelt haben. Dies sowie die Frage, ob in den Privatspitälern eine Quersubventionierung vom Zusatzversicherungs- in den OKP-Bereich stattfindet, kann vorliegend offenbleiben, zumal den Parteien im Rahmen des Vertragsprimats bei der Tariffestlegung ein weites Ermessen zusteht.

Da bezüglich TARMED-Taxpunktwerk für freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte ab 1. Januar 2018 ebenfalls ein tarifloser Zustand besteht, ist eine Anknüpfung an deren Taxpunktwerk nicht möglich.

7.3 Massgebendes Datenmaterial

Aus Gründen der Rechtssicherheit sind Tarife im Normalfall vor deren Inkrafttreten zu vereinbaren und zu genehmigen bzw. festsetzen zu lassen. Das setzt voraus, dass der Tarif des Jahres T im Jahr T-1 gestützt auf die neusten bekannten und bereits gesicherten Daten, also jene des Jahres T-2, fixiert wird. Als Grundlage für die Festsetzung eines Tarifs des Jahres T dienen deshalb grundsätzlich die ausgewiesenen Kosten des Jahres T-2 (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-4961/2010 vom 18. September 2013, E. 8.1.2). Der VZK hat die Festsetzung der Taxpunktwerke ab 1. Januar 2018, ab 1. Januar 2019 und ab 1. Januar 2020 beantragt. Dementsprechend sind grundsätzlich die vom VZK eingereichten Kosten- und Leistungsdaten der Datenjahre 2016, 2017 und 2018 für die Tariffestsetzung heranzuziehen. Diese Daten sind sodann auf ihre Eignung für eine Tariffestsetzung zu prüfen (vgl. hierzu Ziff. 8).

Neben den eingereichten Kosten- und Leistungsdaten bezieht sich der VZK auch auf Daten des Vereins SpitalBenchmark, mit denen ein schweizweites Benchmarking bezüglich Kosten im TARMED-Bereich vorgenommen worden sei. Damit könne ein TARMED-Taxpunktwerk abgeleitet werden, der sogar über dem beantragten Tarif liege. Mit den Versicherern ist festzuhalten, dass keine transparenten Kosten- und Leistungsdaten der über 120 am Benchmark teilnehmenden Spitäler vorliegen, die eine Prüfung der hergeleiteten TARMED-Taxpunktwerke erlauben würden. Zudem wird bei den TARMED-Leistungen nicht nach Kostenträger (KVG, UVG, IVG, MVG, Selbstzahler) unterschieden. Überdies wurden die Daten nicht durch eine unabhängige Stelle plausibilisiert. Entsprechend ist nicht auf die Daten des Vereins SpitalBenchmark abzustellen.

Die tarifsuisse lehnt eine Festsetzung auf der Grundlage der Kosten- und Leistungsdaten des VZK ab und beantragt die Festsetzung des TARMED-Taxpunktwerts gemäss dem tarifsuisse TARMED-Tarifmodell. Dieses von tarifsuisse entwickelte Modell beruht einerseits auf ITAR_K-Daten und auf Zusatzerhebungen der Spitäler, welche die Arbeitszeiten der Ärzteschaft, OKP-pflichtige TARMED-Leistungen und zusätzliche Angaben bezüglich der abgerechneten TARMED-Taxpunkte umfassen. Die tarifsuisse reichte ihr TARMED-Tarifmodell lediglich in deskriptiver Form ein; es wurde keine Datengrundlage zur Verfügung gestellt. Die für das Modell notwendige, aber nicht eingereichte Datengrundlage entspricht einerseits in vielen Punkten der von der Gesundheitsdirektion vorgeschlagenen Datenerhebung gemäss GD-Datenerhebungstool im Sinne der First-Best-Methode, die der VZK jedoch nicht durchführte. Andererseits werden im Modell auch Kosten- und Leistungsdaten der freipraktizierenden Ärzteschaft benötigt, die ebenfalls mittels Erhebungen zu erfassen wären. Das Modell teilt die Leistungserbringer in verschiedene, nach Leistungsspektrum definierte Gruppen ein und identifiziert innerhalb dieser Gruppen die effizienten Leistungserbringer. Anschliessend wird ein nach Anzahl Leistungserbringer gewichteter Mittelwert des kalkulatorischen Taxpunktwerts berechnet. Dabei ist jedoch nicht ersichtlich, gestützt auf welche Rechtsgrundlagen die Kosten- und Leistungsdaten bei den nicht am Verfahren beteiligten freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzten überhaupt und überdies im Nachhinein für die massgeblichen Datenjahre 2016, 2017 und 2018 erhoben werden könnten, um diese für die Tarifierleitung verwenden zu können. Weiter ist festzuhalten, dass mit dem Modell der tarifsuisse eine Tarifbestimmung unter ausschliesslichem Einbezug von Spitaldaten möglich wäre. Allerdings wären hierzu auch Angaben zu den Arbeitszeiten der Ärzteschaft in den Spitälern notwendig. Eine ähnliche Erhebung wäre auch mit dem GD-Datenerhebungstool vorgesehen gewesen, wobei der VZK sich dahingehend geäussert hat, dass eine solche Erhebung unverhältnismässig wäre. Es ist deshalb nicht ersichtlich, wie diese Angaben erhältlich gemacht werden könnten. Da auch die tarifsuisse keine Daten zum Modell eingereicht hat, ist die Anwendung des TARMED-Tarifmodells der tarifsuisse deshalb nicht in Betracht zu ziehen.

Soweit die Preisüberwachung ein Preisbenchmarking unter den Kantonen vorschlägt, ist festzuhalten, dass diese subsidiäre Tariffestsetzungsmethode vorliegend nicht in Betracht zu ziehen ist, da – wie im Folgenden zu zeigen sein wird – im Grundsatz vorliegend auf die vom VZK eingereichten Kosten- und Leistungsdaten abgestellt werden kann.

7.4 Tarifstruktureingriffe des Bundesrates

Der Bundesrat hat auf den 1. Oktober 2014 und auf den 1. Januar 2018 die Tarifstruktur TARMED hoheitlich angepasst. Bei der Anpassung ging es hauptsächlich darum, übertarifizierte Leistungen in verschiedenen Bereichen des TARMED zu korrigieren und dadurch die Tarifstruktur sachgerechter auszugestalten. Insbesondere wurde die Vergütung der technischen Leistungen gekürzt. Zudem sollten durch die Tarifstruktur entstandene Anreize zur vermehrten oder unsachgemässen Abrechnung verschiedener Positionen korrigiert werden (vgl. Faktenblatt «Anpassung des Ärztetarifs TARMED», Bundesamt für Gesundheit vom 16. August 2017, S. 2). Die erste Tarifstrukturadaptation erfolgte kostenneutral, wobei Einsparungen bei den technischen Leistungen insbesondere hin zu den Hausärztinnen und Hausärzten umverteilt werden sollten. Durch die zweite Tarifstrukturadaptation versprach sich der Bundesrat Einsparungen von rund 470 Mio. Franken, wobei er von gleichbleibenden Taxpunktswerten ausging. Dementsprechend hatte sich der Bundesrat mit Schreiben vom 18. Oktober 2017 an die Kantonsregierungen und an die Tarifpartner dahingehend geäussert, dass Änderungen an der Tarifstruktur keine Anpassung der kantonalen Taxpunktswerte erfordern. Die tarifsuisse und die CSS sowie die Preisüberwachung beantragen nun, dass die Tarifstruktureingriffe in der Taxpunktwertberechnung zu berücksichtigen seien. Hierzu seien die durch den Tarifstruktureingriff verursachten kalkulatorischen Kostensteigerungen pro TARMED-Taxpunkt zu berechnen und dann vom hergeleiteten TARMED-Taxpunktwert abzuziehen. Dies beruht darauf, dass der Tarifstruktureingriff dazu führt, dass die Spitäler für die gleichen Leistungen neu weniger TARMED-Taxpunkte verrechnen können. Unter der Annahme, dass die Kosten für die Leistungserbringung konstant bleiben, steigen die Kosten pro TARMED-Taxpunkt nach dem Tarifstruktureingriff, da sich die gleichen Kosten auf weniger TARMED-Taxpunkte verteilen.

Nach Art. 43 Abs. 5^{bis} KVG kann der Bundesrat Anpassungen an der Tarifstruktur vornehmen, wenn sie sich nicht mehr als sachgerecht erweist und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können. Die Genehmigungspflicht für die Tarifstruktur eines Einzelleistungstarifs gemäss Art. 43 Abs. 2 Bst. b KVG führt zu einem Splitting des Genehmigungsverfahrens in ein bundesrechtliches für gesamtschweizerisch gültige Tarifstrukturen und ein kantonales für die Taxpunktswerte (vgl. Gebhard Eugster, Die obligatorische Krankenpflegeversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR Band XIV, 3. Aufl. 2016, Rz. 1139 f. zit.: Soziale Sicherheit). Für die Festsetzung der Höhe des Taxpunktswerts ist somit ausschliesslich der Regierungsrat und für Tarifstruktureingriffe der Bundesrat zuständig. Dabei ist hinsichtlich der von den Versicherern

sinngemäss verlangten kostenneutralen Umsetzung des Tarifstruktureingriffs festzuhalten, dass nach dem Wortlaut von Art. 59c Abs. 1 Bst. c KVV zwar ein Wechsel des Tarifmodells allgemein keine Mehrkosten verursachen darf. Ein Tarifmodellwechsel im Sinne dieser Bestimmung besteht indessen darin, dass ein altes Tarifmodell bzw. eine alte Tarifstruktur als Ganzes durch ein neues Tarifmodell bzw. eine grossflächig neuartige Tarifstruktur abgelöst wird (Eugster, Soziale Sicherheit, Rz. 1115). Dies trifft für die beiden Eingriffe des Bundesrates nicht zu, zumal die Tarifstruktur TARMED dabei bezüglich Architektur nicht grundsätzlich verändert, sondern lediglich in eine neue Version mit derselben Struktur übergeführt wurde. Entsprechend kommt der lediglich für «Wechsel des Tarifmodells» geltende Kostenneutralitätsgrundsatz vorliegend nicht zur Anwendung. Somit sind – entgegen der Auffassung der Versicherer – die finanziellen Auswirkungen der beiden Tarifstruktureingriffe des Bundesrates bei der Ermittlung des kantonalen Taxpunktwerts nicht zu berücksichtigen.

Unabhängig davon bleibt festzuhalten, dass die vom Bundesrat vorgenommene Tarifstruktur Anpassung für die Tarifierhebung unter Einbezug von Kosten- und Leistungsdaten ohnehin nicht von direkter Relevanz ist: Die Festlegung eines Tarifs führt grundsätzlich auch unter Einbezug von Daten, die nach der Anpassung einer Tarifstruktur erhoben worden sind, zu einem sachgerechten Tarif, da die Tarifierhebung gemäss Art. 59c Abs. 1 Bst. a und b KVV zu erfolgen hat. Erfolgt in diesem Rahmen eine Wirtschaftlichkeitsprüfung, werden Änderungen an der Tarifstruktur grundsätzlich mitberücksichtigt. Da der erste Tarifstruktureingriff auf den 1. Oktober 2014 und somit mehr als ein Jahr vor der Erhebung der Daten für die Jahre 2016–2018 in Kraft trat, gelten die Auswirkungen dieses Eingriffs bei der Datenlage als mitberücksichtigt, weshalb ohnehin keine (zusätzliche) Datenbereinigung angezeigt ist. Der zweite Tarifstruktureingriff trat am 1. Januar 2018 in Kraft. Ein Teil der Daten (Datenjahre 2016 und 2017) stammt somit aus der Zeit vor dem Tarifstruktureingriff. In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass eine korrekte Tarifierhebung mit Daten aus den Jahren 2016 und 2017 einem sachgerechten Tarif unter der alten Tarifstruktur vor 2018 entspricht. Der Struktureingriff mit Gültigkeit ab 1. Januar 2018 beseitigt nun – wie vom Bundesrat beabsichtigt – verschiedene Übervergütungen und Fehlanreize, die unter der alten Tarifstruktur und dem dazugehörigen Tarif noch als sachgerecht einzustufen waren. Entsprechend können seither weniger Taxpunkte zu dem auf den Vorjahresdaten berechneten Taxpunktwert abgerechnet werden, weshalb kein Vorteil zugunsten der Spitäler auszumachen ist. Folglich ist diesbezüglich keine Senkung des hergeleiteten Tarifs bzw. Bereinigung in der Höhe des Struktureingriffs notwendig.

Der andere Teil der Daten (Datenjahr 2018) stammt aus der Zeit nach dem zweiten Tarifstruktureingriff. Zwar ist davon auszugehen, dass grundsätzlich die kalkulatorischen Kosten pro TARMED-Taxpunkt anstiegen, da ab 1. Januar 2018 weniger Taxpunkte für die gleichen Leistungen verrechnet werden konnten. Aber auch in diesem Fall ist mittels datenbasierter Tarifiermittlung einschliesslich Wirtschaftlichkeitsprüfung die effiziente Leistungserbringung und der dazugehörige Tarif zu identifizieren, womit auch der zweite Tarifstruktureingriff des Bundesrates als mitberücksichtigt gilt. Auch vor diesem Hintergrund sind die Tarifstruktureingriffe nicht herauszurechnen. Stattdessen ist – wie vorne dargelegt – grundsätzlich ein Taxpunktwert auf der Grundlage der gemäss Rechtsprechung relevanten Kosten- und Leistungsdaten des entsprechenden Datenjahres zu bestimmen.

7.5 Anlagenutzungskosten

Die CSS beantragt, die Anlagenutzungskosten seien in der Tarifberechnung nicht zu berücksichtigen, da diese «in der Umlage bereits mitgerechnet» seien. Sie stützt sich dabei auf das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 17. September 2015 (C-2380/2012). In diesem Verfahren verfügten jedoch nicht alle Leistungserbringer über eine Anlagebuchhaltung nach Art. 10a VKL, weshalb die Festsetzungsbehörde stattdessen einen normativen Zuschlag von 10% vornahm. Auch für Spitäler mit Anlagebuchhaltung wurde nach Ausscheidung der Anlagenutzungskosten dieser normative Zuschlag vorgenommen. Im vorliegenden Verfahren verfügen alle Leistungserbringer über eine Anlagebuchhaltung, weshalb kein normativer Zuschlag vorzunehmen ist. Vielmehr sind – da die Tarifstruktur TARMED auf einer Vollkostenrechnung beruht – die Anlagenutzungskosten im Sinne der VKL bei der Tarifierleitung vollumfänglich zu berücksichtigen. Da die Anlagenutzungskosten nicht in den Gemeinkosten enthalten sind, sind sie in der Tarifberechnung neben den Einzel- und Gemeinkosten separat zu berücksichtigen.

8. Kosten- und Leistungsdaten des VZK

Der VZK hat mit Eingaben vom 30. Januar 2020 und 4. Mai 2020 keine Daten gemäss dem GD-Datenerhebungstool (First-Best-Methode) eingereicht. Stattdessen beantragt der VZK eine Festsetzung des TARMED-Taxpunktwerts auf der Grundlage von Kostenrechnungen im ITAR_K Format. Für eine Tariffestsetzung im ambulanten Bereich kann – wie vorne (Ziff. 6 am Ende) ausgeführt – nicht ohne weitere Prüfung auf die ITAR_K-Daten der Spitäler abgestellt werden; zudem müssen die Kosten für nicht OKP-pflichtige Leistungen transparent ausgeschieden werden. Der VZK führte deshalb auf Verlangen der Gesundheitsdirektion Zusatzerhebungen (Second-Best-Methode) durch. Seitens der Gesund-

heitsdirektion wurden mit Schreiben vom 4. Juli 2019 die Eckpunkte der Second-Best-Methode festgehalten. Danach seien die vorgenommenen Umlagen (einschliesslich verwendeten Umlageschlüssels) und Kostenverrechnungen je Kostenstelle nachvollziehbar offenzulegen, damit die in der Tarifspalte TARMED ausgewiesenen Kosten überprüft werden können. Zudem seien die Personalkosten, die den grössten Kostenblock im Spital bilden würden, mittels Lohnbuchhaltungen (anonymisiert) offenzulegen, sowie deren Anteil an der Tarifspalte TARMED auszuweisen.

Die Preisüberwachung sowie alle Versicherer machen bezüglich der vom VZK eingereichten Daten geltend, dass diese den Anforderungen für eine Tariffestsetzung nicht genügen würden.

Nachfolgend sind die eingereichten Daten vom 30. Januar 2020 und 4. Mai 2020 bezüglich verschiedener Kriterien zu prüfen.

8.1 REKOLE® und ITAR_K als Datengrundlage für die Tarifierleitung

Bezüglich der Kritik an den eingereichten Kosten- und Leistungsdaten der Spitäler weist der VZK darauf hin, dass die Spitäler bei der Erstellung ihrer Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung die Vorgaben gemäss REKOLE® (Revision der Kostenrechnung und der Leistungserfassung) erfüllen und entsprechend zertifiziert seien. Die Kosten- und Leistungsdaten der Spitäler würden so transparent wie möglich ausgewiesen.

Für das betriebliche Rechnungswesen der Schweizer Spitäler ist REKOLE® der Branchenstandard von «H+ Die Spitäler der Schweiz», dem Dachverband der Schweizer Spitäler und Kliniken. REKOLE® definiert, wie die Kosten und Leistungen in den Spitälern erfasst und den Kostenträgern zugeordnet werden. Mit ITAR_K verfügen die Spitäler sodann über ein Instrument für die einheitliche Aufbereitung der Kosten- und Leistungsdaten für die Tarifierung ihrer Leistungen. REKOLE® und ITAR_K sind Instrumente, die vom Spitalverband H+ entwickelt wurden.

Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts bezüglich einer Tariffestsetzung im stationären Bereich (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 7. April 2014, 2014/3, E. 3.4.3) erscheint es angesichts der Bedeutung und der Verbreitung, die REKOLE® und ITAR_K erlangt haben, nicht sinnvoll, deren Anwendbarkeit grundsätzlich infrage zu stellen; zu prüfen sei jedoch, ob einzelne in diesen Modellen enthaltene Berechnungsvorgaben gesetzeskonform seien. Vor dem Hintergrund dieser Rechtsprechung weist die tarifsuisse darauf hin, dass zu berücksichtigen sei, ob die dem TARMED-Bereich (nachfolgend TARMED-Tarifspalte) zugeordneten Kosten (überhaupt) KVG-relevant seien.

Die Entwicklung von REKOLE® und ITAR_K steht in Zusammenhang mit Art. 49 Abs. 7 KVG und der VKL. Nach diesen Bestimmungen müssen die Spitäler über geeignete Führungsinstrumente verfügen, insbesondere haben sie nach einheitlicher Methode zur Ermittlung ihrer Betriebs- und Investitionskosten und zur Erfassung ihrer Leistungen eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik zu führen. Diese dienen der Berechnung der Tarife sowie der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung. Auch wenn die Bestimmungen der VKL sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich gelten (vgl. Art. 1 Abs. 1 und Art. 2 Abs. 1 Bst. a–d VKL), ist die Konkretisierung der Kostenrechnung in erster Linie mit Fokus auf den stationären Bereich vorgenommen worden. Entsprechend war die ursprüngliche Entwicklung der Kosten- und Leistungsrechnung im Spital (REKOLE® und ITAR_K) auf den stationären Bereich ausgerichtet; das Ziel war, die stationären Fallkosten abzubilden und die Spitalführungen mit relevanten Informationen zu versorgen. Bei der Kostenträgerrechnung nach REKOLE® wird ein Grossteil der Kosten nicht direkt dem Kostenträger zugeordnet. Für eine Wirtschaftlichkeitsprüfung im stationären Bereich ist es von kleinerer Bedeutung, wie sich die Fallkosten genau zusammensetzen, da sämtliche während des stationären Aufenthalts erbrachten Leistungen über eine Fallpauschale vergütet werden. Demgegenüber muss im ambulanten Bereich, in dem pro Patientin und Patient gleichzeitig unterschiedliche (Einzelleistungs-)Tarifstrukturen zur Anwendung kommen, nachvollzogen werden können, dass die ausgewiesenen TARMED-Kosten keine Kostenanteile enthalten, die durch die Erbringung anderer Leistungen wie beispielsweise Physiotherapie, Dialyse oder Labor entstanden sind, da diese über andere Tarifstrukturen abgegolten werden. Vor diesem Hintergrund können die nach der vorne erwähnten Rechtsprechung für den stationären Bereich grundsätzlich anwendbaren REKOLE®- und ITAR_K-Standards nicht unbeschadet für den ambulanten Bereich übernommen werden. Entsprechend waren weitere Erhebungen notwendig, die an der Sitzung vom 16. April 2019 instruiert worden waren (vgl. auch Schreiben der Gesundheitsdirektion vom 4. Juli 2019) und nachfolgend unter Ziff. 8.3–8.6 beschrieben werden.

8.2 Repräsentativität der eingereichten Daten

Der VZK hat von insgesamt 24 Spitälern mit Standort im Kanton Zürich Daten aus den Jahren 2016, 2017 und 2018 eingereicht, einschliesslich des Universitätsspitals Zürich (USZ), das nicht am Festsetzungsverfahren beteiligt ist. Das Zürcher RehaZentrum Wald reichte im Rahmen der Nacherhebung keine Aufschlüsselung in nicht OKP-pflichtige und OKP-pflichtige Leistungen ein, weshalb seine Daten nicht für die Tarifbestimmung verwendet werden können. Die Klinik Susenberg hat 2018

keine TARMED-Leistungen zulasten der OKP abgerechnet, weshalb für dieses Jahr keine Daten für die Klinik verwendet werden können. Somit liegen für die Datenjahre 2016 und 2017 verwendbare Daten von 23 Spitälern und für das Datenjahr 2018 verwendbare Daten von 22 Spitälern vor.

Die CSS und die HSK sind der Auffassung, dass für die Tariffestsetzung mehrere Datenjahre herangezogen werden sollten, da die kalkulatorischen Kosten pro Taxpunkt im Mehrjahresvergleich teilweise erheblich schwanken würden und diese Schwankungen mittels einer Zeitreihe geglättet werden könnten. Die tarifsuisse macht geltend, das USZ sei weder Mitglied des VZK noch am vorliegenden Festsetzungsverfahren beteiligt, weshalb das Spital nicht verfahrensrelevant sei und dessen Daten aus dem Recht gewiesen werden sollten. Auch die HSK moniert, dass der VZK Daten von Kliniken berücksichtige, die nicht am Tariffestsetzungsverfahren beteiligt seien. Zudem macht die HSK geltend, dass einige Spitäler mit Standort im Kanton Zürich (wie die Clenia Schlössli AG, die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich usw.), die ambulante ärztliche Leistungen nach TARMED erbringen, fehlen würden.

Die Preisüberwachung führt an, dass bei einem Einbezug von 23 Spitälern (Datenjahre 2016 und 2017) bzw. 22 Spitälern (Datenjahr 2018) nicht zwingend auf eine repräsentative Datengrundlage geschlossen werden könne, und zwar auch dann nicht, wenn diese Spitäler das gesamte Leistungsspektrum abdecken würden. Die Abdeckung des Leistungsspektrums sei zwar eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für eine repräsentative Datengrundlage.

Eine auf einem Wirtschaftlichkeitsvergleich basierende Tarifierleitung setzt voraus, dass die Betriebskosten der Vergleichsspitäler einerseits nach einheitlicher Methode und andererseits möglichst genau und realitätsnahe ermittelt werden (vgl. Bundesverwaltungsgericht 2014/36 E. 6.2). Die Spitäler haben zusätzlich zu den ITAR_K-Daten Erhebungen durchgeführt. Entsprechende Daten konnten lediglich bei den im Festsetzungsverfahren beteiligten Spitälern sowie dem USZ, das Mitglied des VZK ist (vgl. vzk.ch/der-vzk/mitglieder), erhoben werden. Mit der vom VZK vorgenommenen Zusatzerhebung liegen nun Daten vor, die zwischen OKP-pflichtigen und nicht OKP-pflichtigen TARMED-Leistungen unterscheiden. Dies im Gegensatz zu den standardmässig bis 2018 schweizweit erhobene ITAR_K-Daten: In der im ITAR_K aufgeführten Tarifspalte TARMED wird diesbezüglich erst ab ITAR_K-Version 10.0 (Datenjahr ab 2019) differenziert. Folglich ist es entgegen der Empfehlung der Preisüberwachung nicht möglich, die Tarifierleitung auf eine gesamtschweizerische Datengrundlage abzustützen.

Soweit von der Preisüberwachung geltend gemacht wird, das Bundesverwaltungsgericht hätte im Urteil C-446/2018 (E. 9.10.2) im Zusammenhang mit der Festsetzung eines TARMED-Taxpunktwerts einen

Vergleich unter nur innerkantonalen Spitälern nicht akzeptiert, ist festzuhalten, dass es dabei um eine Wirtschaftlichkeitsprüfung unter Einbezug von lediglich drei Spitälern ging. Daraus lässt sich indessen nicht ableiten, dass ein Wirtschaftlichkeitsvergleich unter Einbezug von über 20 Spitälern nicht sachgerecht wäre. Mit Blick auf eine höhere Repräsentativität ist es sodann angezeigt, das USZ mit seinem breiten Leistungsspektrum und der grössten Leistungsmenge im Kanton Zürich bei der Tarifierleitung zu berücksichtigen.

Die am Verfahren beteiligten Spitäler (sowie das USZ) erbringen über 80% der spitalambulanten Leistungen im Kanton Zürich. Ihre Leistungen umfassen zudem ein breites Leistungsspektrum, womit eine repräsentative Datengrundlage für die kantonale Tarifierleitung gegeben ist.

8.3 Ausweis der OKP-pflichtigen TARMED-Kosten

Für eine datenbasierte Festsetzung ist erforderlich, dass nur OKP-pflichtige TARMED-Leistungen in die Tarifierrechnung miteinzogen werden – also jene Leistungen, die auch tatsächlich über den hergeleiteten Tarif vergütet werden. Die ITAR_K der Datenjahre 2016 bis 2018 weisen diesbezüglich keine entsprechende Aufteilung der Tarifspalte TARMED auf.

Die tarifsuisse moniert, dass die Spitäler möglicherweise Kosten aus anderen ambulanten Bereichen auf die Tarifspalte TARMED verbuchen würden: Gemäss Auswertungen der tarifsuisse weist der TARMED-Bereich der Spitäler oftmals ein Defizit aus, die Nicht-TARMED-Bereiche seien jedoch gemäss den Kostenrechnungen gewinnbringend. Als Betriebsergebnis resultiere schliesslich ein Gewinn. Die HSK führt am Beispiel des Spitals Bülach auf, dass zwar grundsätzlich eine Unterscheidung zwischen OKP-pflichtigen und nicht OKP-pflichtigen Leistungen im Rahmen der Nacherhebung vorgenommen wurde, hierbei im Gegensatz zu den ursprünglich eingereichten ITAR_K-Daten jedoch zusätzliche Kosten ausgewiesen würden.

Im Rahmen der Nacherhebung haben die Spitäler eine entsprechende Aufschlüsselung zwischen OKP und nicht OKP-pflichtigen (IV, UV, MV, Selbstzahler) Leistungen vorgenommen. Die Tarifspalte TARMED wurde hierbei auf die beiden Spalten *OKP TARMED* und *nicht OKP TARMED* aufgeteilt. Jedoch sind keine Unterlagen eingereicht worden, welche die vorgenommene Aufteilung im Detail nachvollziehen lassen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der VZK die OKP-pflichtigen TARMED-Leistungen zwar separat ausgewiesen hat, die Angaben jedoch nicht im Detail plausibilisierbar sind, sodass sie nicht bereinigt werden können.

8.4 Gemeinkosten und Umlageschlüssel

8.4.1 Allgemeines

Ein bedeutender Teil der Kosten (ungefähr 70%) in den Spitälern werden als sogenannte Gemeinkosten ausgewiesen. Das sind Kosten, die dem Kostenträger nicht direkt als Einzelkosten und als Folge davon auch nicht direkt einer Tarifspalte (u. a. TARMED) zugewiesen werden können. Gemäss REKOLE® werden die Kosten für «Ärzteschaften» (Personalkosten) als Gemeinkosten ausgewiesen. Zu den Gemeinkosten gehören auch Kosten für allgemeine betriebliche Aktivitäten wie Reinigung, Rechnungswesen, Patientenadministration usw. Die Gemeinkosten werden zuerst vordefinierten Kostenstellen zugewiesen. Die auf diesen Kostenstellen verbuchten Kosten werden dann mittels Umlage- oder Verrechnungsschlüsseln auf andere Kostenstellen und letztlich auf die verschiedenen Kostenträger umgelegt. Zusammen mit den direkt auf die Kostenträger verbuchten Einzelkosten wird so ersichtlich, welche Gesamtkosten für die Leistungserbringung je Kostenträger angefallen sind.

Die tarifsuisse macht geltend, dass schon kleine Ungenauigkeiten in der Umlage der Gemeinkosten einen grossen Einfluss auf die Tarifberechnung habe, da der spitalambulante TARMED-Bereich im Vergleich zum Gesamtspital einen verhältnismässig kleinen Anteil ausmache, sodass unpräzise zugeordnete Gemeinkosten die für den TARMED-Bereich ausgewiesenen Kosten stark verzerren könnten. Hinzu komme, dass der VZK keine Daten aus der Leistungserfassung der Spitäler eingereicht habe, die eine Plausibilisierung der zugeordneten Gemeinkosten erlauben würde. Weiter seien auch die Personalkosten Teil der Gemeinkosten, was eine Analyse der Lohnkosten verunmögliche. Die CSS äussert sich ebenfalls dahingehend, dass nicht klar sei, ob TARMED-fremde Kosten lückenlos ausgeschieden worden seien. Die HSK zeigt auf, dass die Vorgaben von REKOLE® bezüglich Umlage der Kosten nicht konsequent umgesetzt worden seien.

Da die Leistungen der Spitalambulatorien einen eher kleineren Teil der Leistungen des Gesamtsitals ausmachen, besteht die Unsicherheit, dass den Ambulatorien – und damit dem TARMED-Bereich – Kosten aus dem stationären Bereich zugewiesen werden. Diesbezüglich ist jedoch festzuhalten, dass eine Mehrheit der am vorliegenden Festsetzungsverfahren beteiligten Spitäler auch an einem Festsetzungsverfahren im stationären Bereich (SwissDRG) beteiligt ist. Folglich würde eine Umverteilung der Gemeinkosten vom stationären auf den ambulanten Bereich tendenziell zur Festsetzung eines tieferen stationären Tarifs führen, weshalb keine Anreize für eine absichtliche, nicht verursachergerechte Verschiebung der Kosten zwischen dem stationären und ambulanten Bereich bestehen.

Entscheidend für eine möglichst verursachergerechte Umlage sind die angewendeten Umlageschlüssel sowie die zugrunde liegende Leistungserfassung. REKOLE® macht Vorgaben, nach welchen Kriterien die Gemeinkosten den verschiedenen Kostenstellen zuzuordnen sind. Die genaueste mögliche Verrechnung der Kosten erfolgt mittels Erfassung des konkreten Aufwands (Zeit oder Menge) für den entsprechenden Kostenträger. Im Spitalalltag ist dies in vielen Bereichen aber nicht möglich, weshalb entsprechende Hilfsgrössen herangezogen werden. Beispielsweise werden die Kosten für die Reinigung nach Quadratmetern des entsprechenden Spitalbereichs auf die verschiedenen Kostenstellen und nachgelagert auf den Kostenträger umgelegt, was gemäss REKOLE® so vorgesehen ist. Problematisch ist die Umlage von klar leistungsspezifischen Kosten (z. B. ärztliche Leistungen) über solche, auf Hilfsgrössen basierenden Umlageschlüsseln. Da gemäss REKOLE® jeweils verschiedene Umlageschlüssel angewendet werden können, hat der VZK auf Verlangen der Gesundheitsdirektion bei den Spitälern Erhebungen zu den verwendeten Umlageschlüsseln durchgeführt. Gestützt auf diese Erhebungen ist nachfolgend jeweils für die Personalkosten (Ziff. 8.4.2) und die Sachkosten (Ziff. 8.4.3) zu prüfen, ob diese Gemeinkosten bezüglich der verschiedenen Kostenstellen sachgerecht und nachvollziehbar auf den Kostenträger und schliesslich auf die Tarifspalte der OKP-pflichtigen TARMED-Leistungen umgelegt und verrechnet wurden.

8.4.2 Umlage der Personalkosten

Da die Personalkosten den grössten Teil der Gemeinkosten des Gesamtsitals (stationär und ambulant) ausmachen, ist eine sachgerechte Umlage dieser Kosten für die Tarifierleitung entscheidend. Die eingereichten Umlageschlüssel zeigen, dass die in den Kostenstellen «Ärzteschaften, Ärztliche Aktivitäten» angefallenen Kosten in den meisten Spitälern mehrheitlich anhand von erfassten TARMED-Taxpunkten umgelegt werden. Das heisst, dass sowohl für stationäre als auch ambulante Bereiche die jeweils erbrachten Leistungen gemäss TARMED erfasst und die entsprechenden Kosten anhand der Anzahl Taxpunkte umgelegt werden. Gemäss REKOLE® stellt dies die «Minimalvariante» für die Verrechnung der Kosten dar. Die «Maximalvariante» besteht in der Verrechnung der Kosten anhand der erfassten Zeiten. Im Sinne dieser «Maximalvariante» hatte die Gesundheitsdirektion in ihrem GD-Datenerhebungstool (First-Best-Methode) diesbezüglich eine genaue Aufschlüsselung der aufgewendeten Arbeitszeiten für den OKP-pflichtigen TARMED-Bereich und die weiteren Tarifspalten vorgesehen. Damit wäre eine genauere Plausibilisierung der Kosten sowie ein zusätzlicher Effizienzvergleich möglich gewesen. Vorliegend werden jedoch wie erwähnt die

ärztlichen Personalkosten im ITAR_K mittels erfasster Taxpunkte umgelegt («Minimalvariante»). Das heisst, dass die erbrachten ärztlichen Leistungen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich anhand der ambulanten Tarifstruktur TARMED erfasst und die Kosten entsprechend umgelegt werden. Da TARMED auf den ambulanten Bereich ausgelegt ist, werden die stationär erbrachten Leistungen nur ungenügend erfasst, weshalb sich bei der Umlage der Kosten Ungenauigkeiten ergeben. Die korrekte Einzelerfassung (TARMED-Taxpunkte) der erbrachten ärztlichen Leistungen ist im ambulanten Bereich im Gegensatz zum stationären Bereich, in dem die Vergütung über diagnosebezogene Fallpauschalen und nicht über Einzelleistungen erfolgt, ertragsrelevant. Entsprechend muss davon ausgegangen werden, dass die Leistungserfassung der Ärztinnen und Ärzte im stationären Bereich nicht mit gleicher Genauigkeit wie im ambulanten Bereich geführt wird. Werden dadurch im stationären Bereich im Verhältnis zum ambulanten Bereich zu wenige Taxpunkte erfasst, werden dem ambulanten Bereich zu hohe Kosten zugewiesen. Da die Personalkosten den grössten Anteil der Kosten im Spitalambulatorium ausmachen, führen bereits geringfügige Ungenauigkeiten bei der Umlage zu erheblich verzerrten Kosten. Da der VZK neben den Umlageschlüsseln keine konkreten Daten oder Angaben aus der Leistungserfassung mitgeliefert hat, lässt sich nicht nachvollziehen, wie sich die Personalkosten auf die verschiedenen Tarifspalten verteilen.

Weiter ist festzuhalten, dass die Gesundheitsdirektion aufgrund der Relevanz der Personalkosten und der Intransparenz bei der Umlage dieser Kosten weitere Unterlagen zur Plausibilisierung verlangt hat, woraufhin rund die Hälfte der 23 Spitäler eine Aufteilung der Gemeinkosten in Personal- und Sachkosten geliefert hat. Gestützt darauf sollten die Personalkosten pro erbrachten Taxpunkt berechnet und zwischen den Spitälern verglichen werden können.

In den vom VZK eingereichten Daten ist die anteilmässige Aufteilung der Personal- und Sachkosten für den stationären und den ambulanten Bereich für verschiedene Kostenstellen indessen oftmals identisch. So zeigt sich beispielsweise bei der Kostenstelle «OPS-Säle», dass der nicht ärztliche Personalaufwand und der Sachaufwand für im Operationssaal erbrachte Leistungen im ambulanten und stationären Bereich anteilmässig genau gleich sind. Es ist fraglich, ob dies in der Praxis tatsächlich der Fall ist, da sich stationäre und ambulante Eingriffe im Schweregrad sowie in der Art der Behandlung und damit bezüglich der beanspruchten Mittel grundsätzlich unterscheiden.

Im Weiteren sind zwischen den Spitälern grosse Unterschiede bezüglich der Anteile der Personal- und Sachkosten auf einzelnen Kostenstellen sichtbar. Am Beispiel der Kostenstelle «OPS-Säle» kann dies wiederum veranschaulicht werden: Der Anteil der Personalkosten beträgt beim Stadtspital Zürich Triemli im Jahr 2016 für die TARMED-Tarifspalte 79%, beim Kantonsspital Winterthur (KSW) 61% und beim USZ 53% und weist somit eine starke Varianz auf. Diese Varianz kann zwar teilweise durch ein unterschiedliches Leistungsspektrum und einer damit verbundenen unterschiedlichen Ressourcenintensität begründet sein. Da diese Varianz wie im voranstehenden Beispiel auch zwischen den drei grossen Spitälern mit breiten und ähnlichen Leistungsspektren zu beobachten ist, muss davon ausgegangen werden, dass Mängel bezüglich des Nachweises der Personalkosten bzw. deren Umlage auf die Tarifspalte TARMED vorliegen. Da zudem nur 13 Spitäler eine Aufteilung zwischen Personal- und Sachkosten vorgenommen haben, kann die Aufschlüsselung nicht zur konkreten Berechnung des Taxpunktwerts verwendet werden.

Zur weiteren, behelfsmässigen Plausibilisierung der Personalkosten hatte die Gesundheitsdirektion Lohnlisten der einzelnen Spitäler verlangt. Stattdessen wurden lediglich aggregierte Lohnstatistiken je Berufsgruppe eingereicht, was die Beurteilung der individuellen Lohnkosten verunmöglicht. Hinzu kommt, dass die separat ausbezahlten Honorare nicht in die (ärztlichen) Lohnstatistiken eingeflossen sind, was die Vergleichbarkeit der Lohnstatistiken zwischen den Spitälern verunmöglicht. Da sich die Lohnstatistiken auf das Gesamtspital (ambulant und stationär) beziehen, können auch keine effektiven Angaben zur Entlohnung für die Erbringung von OKP-pflichtigen TARMED-Leistungen gemacht werden. Der VZK hat diesbezüglich auch keine weiteren Unterlagen (wie beispielsweise Arbeitszeitaufwand für den TARMED-Bereich) eingereicht. Entsprechend können die Lohnstatistiken nicht für die weitere Beurteilung der Personalkosten verwendet werden.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Umlage der Personalkosten nicht im Detail nachvollziehbar ist, was bei der Tarifierleitung angemessen zu berücksichtigen ist.

Soweit die tarifsuisse beantragt, dass die Honorare nicht in die Berechnung des Taxpunktwerts miteinfließen sollen, ist festzuhalten, dass es den Spitälern bis anhin grundsätzlich freisteht, ob die Entlohnung des Personals auf einem Fixlohnsystem beruht, honorarbasiert ist oder aber in einer Mischform erfolgt. Vor diesem Hintergrund sind die Honorare für ambulant erbrachte Leistungen – entgegen der Auffassung der tarifsuisse – für die Tarifierrechnung nicht abzuziehen. Dies auch deshalb, weil die tarifsuisse nicht aufgezeigt hat, inwiefern die Honorare in Zusammenhang mit nicht OKP-pflichtigen Mehrleistungen stehen.

8.4.3 Umlage der Sachkosten

Zu den Gemeinkosten gehören auch die Sachkosten. Bezüglich deren Umlage liegen neben den Umlageschlüsseln keine konkreten Daten oder Angaben aus der Leistungserfassung vor, womit sich die ausgewiesenen Kosten plausibilisieren liessen. Die tarifsuisse hat trotz fehlender Daten aus der Leistungserfassung mit eigenen Abrechnungsdaten für verschiedene Kostenstellen die Kosten auf Fallebene untersucht und festgestellt, dass diese Kosten zwischen den Spitälern stark variieren, was auf Mängel in der Umlage hindeute. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass aufgrund dieser Kostenunterschiede nicht grundsätzlich auf eine falsche Umlage der Kosten zu schliessen ist: Unterschiede der Spitäler in ihrer Grösse, ihres Spezialisierungsgrads oder ihres Leistungsspektrums können wesentliche Gründe für solche Kostenunterschiede sein. Jene Kostenunterschiede, die auf unterschiedliche Fallschweren zurückzuführen sind, werden durch die Anzahl Taxpunkte in der Tarifstruktur berücksichtigt. Die verbleibenden Kostenunterschiede, die nicht durch die Tarifstruktur abgebildet werden, werden sodann im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsvergleichs (Benchmarking) bei der Tarifierleitung berücksichtigt. Insoweit sind die gerügten Mängel in der Umlage nicht separat zu berücksichtigen.

Bezüglich der Kostenumlage im ambulanten Bereich ist weiter festzuhalten, dass der OKP-pflichtige TARMED-Bereich innerhalb der Spitalambulatorien den weitaus grössten Anteil ausmacht. Entsprechend würden selbst für den (hypothetischen) Fall, dass eine Mehrheit der ambulanten Kosten fälschlicherweise der TARMED-Tarifspalte zugeordnet würde, die Gesamtkosten verhältnismässig gering verzerrt.

Soweit die tarifsuisse geltend macht, verschiedene Spitäler würden in der TARMED-Tarifspalte TARMED-fremde Kosten ausweisen (beispielsweise Hotellerie, Labor usw.), ist Folgendes festzuhalten: Auch die Tarifstruktur TARMED umfasst in einem gewissen Ausmass Leistungen, die sonst grundsätzlich über andere Tarifstrukturen abgerechnet werden, weshalb auch entsprechende Kosten in der Tarifspalte TARMED ausgewiesen werden dürfen (beispielsweise Laborleistungen, die nicht über die Analyseliste, sondern über TARMED abgerechnet werden). Selbst wenn es sich um TARMED-fremde Kosten handeln würde, ist festzuhalten, dass diese Beträge volumenmässig geringfügig sind.

8.4.4 Fazit bezüglich Gemeinkosten und Umlageschlüssel

Aus den voranstehenden Erwägungen folgt, dass bezüglich Umlage der Gemeinkosten zwar keine konkreten Mängel festgestellt werden können, deren Umlage aber nur teilweise nachvollziehbar ist und Unsicherheiten in Bezug auf allfällig bestehende Mängel seitens VZK auch nicht

vollständig ausgeräumt werden konnten. Entsprechend ist mittels Abzug sicherzustellen, dass dem VZK keine Vorteile durch die vorhandene Intransparenz entstehen.

8.5 Leistungsdaten

Der VZK hat in den eingereichten Kosten- und Leistungsdaten die erbrachten TARMED-Leistungen in Form der Anzahl Taxpunkte ausgewiesen. Hierbei wurde analog zu den Kostendaten der erbrachten Leistungen zwischen nicht OKP-pflichtigen und OKP-pflichtigen TARMED-Leistungen unterschieden. Zudem wurde zwischen den fakturierten und erfassten Leistungen unterschieden. Gemäss VZK sind nicht alle erfassten Leistungen fakturiert worden, weil jeweils TARMED-Limitationen (zeitliche oder mengenmässige Begrenzungen) überschritten worden sind.

Vorab ist festzuhalten, dass Leistungen, welche die TARMED-Limitationen überschreiten, keine OKP-pflichtigen Leistungen darstellen und deshalb nicht vergütet werden dürfen. Ein Vergleich der total erfassten Leistungen mit den total fakturierten Leistungen zeigt für verschiedene Spitäler grosse Unterschiede. So wurden zwischen 2016 und 2018 durchschnittlich 6,3% der bei krankenversicherten Patientinnen und Patienten erfassten TARMED-Leistungen nicht fakturiert (vgl. nachfolgende Tabelle, Zeile 5). Aufgrund der eingereichten Daten muss davon ausgegangen werden, dass die mit diesen Leistungen verbundenen Kosten nicht ausgeschieden wurden. Entsprechend werden zu Unrecht nicht OKP-pflichtige Leistungen auf die Tarifspalte TARMED verbucht, was bei der Tarifherleitung (Taxpunktwert = Kosten Tarifspalte TARMED / Anzahl Taxpunkte) zu einem überhöhten Taxpunktwert führt.

Darüber hinaus ist festzuhalten, dass rund die Hälfte aller Spitäler eine identische Anzahl an erfassten und fakturierten Taxpunkten ausweist. Da die Anzahl an fakturierten und erfassten Taxpunkten in der Realität kaum übereinstimmen dürfte, weil in der Tarifstruktur TARMED-Limitationen angewendet werden, ist davon auszugehen, dass diese Spitäler grundsätzlich keine Unterscheidung zwischen erbrachten und fakturierten Leistungen vorgenommen haben. Dies bedeutet, dass – über alle Spitäler betrachtet – der tatsächliche Unterschied zwischen der Anzahl erbrachter und fakturierter Leistungen sogar noch grösser sein dürfte. Werden lediglich diejenigen Spitäler betrachtet, die eine Differenzierung zwischen erbrachten und fakturierten Taxpunkten vorgenommen haben, beträgt sodann der Anteil der nicht fakturierten Leistungen 7,0% (vgl. nachfolgende Tabelle, letzte Zeile).

		2016	2017	2018	Mittelwert
Alle Spitäler	Erfasste Taxpunkte (in Mio.)	700	717	713	
	Fakturierte Taxpunkte (in Mio.)	657	678	660	
	Anteil fakturierte/erfasste Taxpunkte*	93,8%	94,6%	92,6%	93,7%
	Anteil nicht fakturierte Taxpunkte*	6,2%	5,4%	7,4%	6,3%
Nur Spitäler mit Unterscheidung	Erfasste Taxpunkte (in Mio.)	638	631	651	
	Fakturierte Taxpunkte (in Mio.)	595	593	599	
	Anteil fakturierte/erfasste Taxpunkte*	93,2%	94,0%	91,9%	93,0%
	Anteil nicht fakturierte Taxpunkte*	6,8%	6,0%	8,1%	7,0%

* beruht auf exakter Anzahl der erfassten/fakturierten Taxpunkte

Entsprechend ist mittels eines Abzugs sicherzustellen, dass lediglich diejenigen Kosten und Leistungen vergütet werden, die durch die OKP zu vergüten sind.

8.6 Fazit bezüglich der vom VZK eingereichten Daten

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der VZK die vollständigen Daten gemäss Tarifmodell ITAR_K der von der Tariffestsetzung betroffenen Spitäler sowie des USZ eingereicht hat. Weiter wurde im TARMED-Bereich grundsätzlich eine Abgrenzung zwischen OKP-pflichtigen und nicht OKP-pflichtigen Leistungen vorgenommen. Zudem wurden die Umlageschlüssel jeweils pro Spital offengelegt. Es wurden auch Angaben zu den Leistungsdaten geliefert, wobei zwischen den total erfassten und fakturierten TARMED-Taxpunkten unterschieden wurde. Damit liegen grundsätzlich jene Daten vor, die gemäss Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (vgl. Urteil C-446/2018 vom 11. Februar 2019, E. 9.6) für eine kostenbasierte Tariffestsetzung zwingend notwendig sind. Die Daten können somit im Grundsatz und entgegen der Empfehlung der Preisüberwachung für die Festsetzung verwendet werden. Dies ist auch deshalb möglich, weil einerseits mit den vorliegenden Daten der Spitäler immerhin ein breites Leistungsspektrum abgedeckt wird und andererseits keine umfassendere (schweizweite) Datengrundlage in einer vergleichbaren Qualität vorliegt. Allerdings liegt insbesondere hinsichtlich der Personalkosten und der Abgrenzung der Kosten gegenüber dem spitalstationären Bereich eine Intransparenz vor, die mangels weiterer Erhebungen des VZK bestehen bleiben. Weiter ist festzuhalten, dass aufgrund von TARMED-Limitationen nicht OKP-pflichtige Kosten zu Unrecht in der Tarifspalte TARMED enthalten sind. Vor diesem Hintergrund ist mittels Abzug sicherzustellen, dass den Leistungserbringern aus der Intransparenz und den dargelegten Mängeln keine Vorteile erwachsen.

9. Tarifierleitung

9.1 Benchmarking-relevante Kosten

Für die Tarifierleitung bzw. das Benchmarking sind die Kosten heranzuziehen, die mit der Erbringung der OKP-pflichtigen TARMED-Leistungen verbunden sind. Die Ermittlung dieser sogenannten Benchmarking-relevanten Kosten setzt voraus, dass die Kosten, die im Hinblick auf die Erstellung nicht OKP-pflichtiger oder TARMED-fremder Leistungen entstanden sind, transparent ausgedehnt werden. Dabei spricht grundsätzlich nichts dagegen, das von der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren für den stationären Bereich empfohlene und vom Bundesverwaltungsgericht herangezogene Modell (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 7. April 2014, 2014/3 E. 3.3) auch zur Bestimmung der Benchmarking-relevanten Betriebskosten im ambulanten Bereich bzw. im TARMED-Bereich zu verwenden. Entsprechend sind für die Bestimmung der Benchmarking-relevanten TARMED-Kosten folgende Schritte zu berücksichtigen:

- a) Ausgangspunkt bilden die Kosten gemäss Betriebsbuchhaltung (Vollkostenrechnung) für die TARMED-Leistungen nach KVG nach erfolgter interner Leistungsverrechnung (Umlagen).
- b) Bezüglich Umlagen gelten die Vorgaben gemäss REKOLE®. Die Umlageschlüssel müssen von den Spitälern ausgewiesen werden.
- c) Die erfolgten sachlichen Abgrenzungen gegenüber der Finanzbuchhaltung müssen ausgewiesen und nachvollziehbar sein. Betroffen sind insbesondere Sachaufwand (Kontengruppen 41–49) einschliesslich Anlagenutzungskosten (Kontengruppe 44) und Zinsaufwand (Kontengruppe 46).
- d) Schliesslich sind alle zur Bestimmung des Taxpunktswerts für TARMED-Leistungen nach KVG nicht anrechenbaren Kosten oder separat zu vergütende Leistungen abzuziehen, sofern dies nicht bereits erfolgt ist. Dazu gehören neben den nicht KVG-pflichtigen Leistungen auch Kosten für Leistungen, die über andere Tarifstrukturen abgerechnet werden oder für die Spezialabgeltungen (z. B. ambulante Pauschalen) erfolgen.

Zu den Benchmarking-relevanten Kosten gehören sodann fallbezogene Kosten und fallunabhängige Administrativ- und Overhead-Leistungen. Auszuscheiden sind hingegen Kosten, die nicht über die Tarifstruktur TARMED vergütet werden. Dazu gehören sowohl Leistungen, die über andere Tarifstrukturen abgerechnet werden, als auch solche, die aufgrund von Limitationen nicht in Rechnungen gestellt werden können. Es muss eine Kongruenz von Kosten und tarifierter Leistung gegeben sein. Die Ermittlung der Benchmarking-relevanten Kosten setzt voraus, dass die Kosten, die im Hinblick auf die Erstellung nicht OKP-pflichtiger oder

TARMED-fremder Leistungen entstanden sind, transparent ausgeschieden werden. Grundlage für die Ermittlung der Benchmarking-relevanten Kosten bilden die Kostenrechnung und die Leistungsstatistik der Leistungserbringer nach VKL (vgl. dazu Michael Waldner / Philipp Egli, in: Basler Kommentar, Krankenversicherungsgesetz, Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, 2020, S. 698 N. 89, 90 und 93 zu Art. 49 KVG mit Hinweisen auf die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zum stationären Bereich).

Die vom VZK zur Verfügung gestellten Kosten- und Leistungsdaten erfüllen in mehrfacher Hinsicht die aufgeführten Bedingungen. Es liegen die Kosten und Leistungen von nach KVG versicherten Fällen vor, wobei auch eine Zuteilung der Kosten und Leistungen nach TARMED und nach anderen Tarifspalten ausgewiesen wurde. Die im Rahmen der Kosten- und Leistungsrechnung verwendeten Umlageschlüssel wurden zur Verfügung gestellt und die vorgenommenen sachlichen Abgrenzungen wurden ausgewiesen. Die Anlagenutzungskosten sind nach den Grundsätzen der VKL bewertet und ausgewiesen. Zudem wurden Angaben über die verrechneten Taxpunkte und nicht verrechenbare Taxpunkte zur Verfügung gestellt.

Indessen sind auch Kosten in der Tarifspalte TARMED enthalten, die nicht den Benchmarking-relevanten Kosten zuzurechnen sind und entsprechend auszuschneiden wären. Darüber hinaus sind REKOLE® und ITAR-K in der geltenden Version zu wenig detailliert, um den Leistungskosten der feingliedrigen Einzelleistungsstruktur TARMED genügend Rechnung zu tragen. Die Genauigkeit der für den TARMED-Bereich ausgewiesenen Kosten ist abhängig vom Detailierungsgrad der Kostenerfassung im Rahmen der Kostenträgerrechnung. Festzuhalten ist aber, dass die Bestimmungen der VKL für den ambulanten Bereich vage formuliert sind und daher nicht einheitlich umgesetzt werden.

Gemäss der Rechtsprechung zum stationären Bereich sind die Tarifpartner und Behörden gefordert, Korrekturmassnahmen zu ergreifen, um trotz uneinheitlicher Datengrundlage gesetzeskonforme Benchmarking-relevante Kosten herzuleiten und somit ein gesetzeskonformes Benchmarking sicherzustellen (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 11. September 2014, 2014/36 E. 6.). Vorliegend ist es nicht möglich, mittels spitalindividueller Zu- oder Abschläge eine einheitliche Datengrundlage zu schaffen (vgl. hierzu auch die Ausführungen unter Ziff. 8).

Aufgrund des kantonalen Betriebsvergleichs, mit einer eher kleinen Anzahl Spitäler, ist kein Ausschluss einzelner Spitäler vorzunehmen. Allgemein liegen die Kosten- und Leistungsdaten im vorliegenden Verfahren zu wenig transparent vor, um ein entsprechendes Tarifierungsmodell für den TARMED-Bereich anzuwenden. Anstatt mit einzelnen Abzügen

ist diesem Umstand mit einem allgemeinen Abzug nach dem Benchmarking Rechnung zu tragen. Im Rahmen dieses Abzugs wird sicherzustellen sein, dass den Leistungserbringern durch die teilweise mangelhaften Daten und die Intransparenz keine Vorteile erwachsen.

9.2 Effizienzvergleich (Kosten pro fakturierte Taxpunkte)

Wie dargelegt (Ziff. 6 am Ende), gibt weder das KVG noch die Rechtsprechung Antwort auf die zentrale Frage, nach welcher Methode bzw. nach welchem Massstab eine Effizienzprüfung im ambulanten Bereich zu erfolgen hat. Der unterschiedlichen Interessenlage der Versicherer, Leistungserbringer und der Preisüberwachung entsprechend, unterscheiden sich die Auffassungen über die sachgerechte Gesetzesanwendung.

Die Tarifstruktur TARMED ist eine Einzelleistungsstruktur, mit der die verschiedenen für Patientinnen und Patienten erbrachten Leistungen einzeln abgerechnet werden können. Eine effiziente Leistungserbringung bemisst sich deshalb grundsätzlich nicht nur an den Kosten für die verschiedenen verrechenbaren Einzelleistungen, sondern auch an der für eine Behandlung gesamthaft aufgewendeten Anzahl Einzelleistungen bzw. dem Behandlungsaufwand (Anzahl Taxpunkte pro administrativen Fall = administrative Fallkosten). Diesbezüglich obliegt es, wie vorne (Ziff. 7.1 am Ende) festgehalten, den Versicherern, im Rahmen der Rechnungsprüfung auch die Wirtschaftlichkeit der Leistungen gestützt auf Art. 56 KVG zu prüfen und gegebenenfalls die Vergütung entsprechend zu beschränken oder zu verweigern. Eine Bestimmung des Taxpunktswerts unter Berücksichtigung der administrativen Fallkosten wäre nicht sachgerecht, da sich die Leistungsspektren der einzelnen Spitäler und damit auch die Schweregrade der administrativen Fälle unterscheiden können. Da die Tarifstruktur TARMED keine konkreten Angaben zur Fallschwere macht und zudem in bestimmten Konstellationen auch verschiedene Zuschläge abrechenbar sind, ist ein Kostenvergleich auf administrativer Fallebene somit nicht möglich. Die Tarifstruktur TARMED schränkt die Erbringung der einzelnen Leistungspositionen durch Kumulationseinschränkungen und Limitationen ein, weshalb dem Argument der tarifsuisse, wonach die Spitäler die Fälle und deren Schweregrad selber über die erbrachten und fakturierten TARMED-Positionen definieren würden, nicht gefolgt werden kann. Die Heterogenität der administrativen Fälle wird vielmehr über die einzelnen Positionen in der Tarifstruktur abgebildet, weshalb es sachgerecht ist, den Taxpunktwert auf der Grundlage eines Betriebsvergleichs bezüglich Kosten pro Taxpunkt zu bestimmen. Da auch schweregradunabhängige Leistungen wie beispielsweise die Patientenadministration in der Tarifstruktur abgebildet sind, werden mit einem Betriebsvergleich auf der Grundlage der Kosten pro Taxpunkt auch Effizienzunterschiede solcher Leistungen zwischen den Spitälern mitberücksichtigt.

Die verschiedenen Spitalambulatorien unterscheiden sich in ihrer Grösse wesentlich voneinander. Dies zeigt sich unter anderem bezüglich der Anzahl fakturierter TARMED-Leistungen (Taxpunkte). Es ist deshalb angezeigt, einen nach der Menge fakturierter Leistungen gewichteten Betriebsvergleich durchzuführen. Das bedeutet, dass die Perzentile aufgrund der fakturierten Anzahl TARMED-Taxpunkte zu berechnen sind. Damit kann verhindert werden, dass mehrere kleinere Leistungserbringer, die OKP-pflichtige TARMED-Leistungen nur in einem kleineren Umfang oder eingeschränktem Spektrum erbringen, den Betriebsvergleich gegebenenfalls systematisch verzerren.

9.3 Wahl des Perzentils

Der Effizienzmassstab wird über die Wahl des Perzentils bestimmt. Der VZK erachtet aufgrund der Rechtsprechung zur neuen Spitalfinanzierung (vgl. Urteile des Bundesverwaltungsgerichts vom 11. September 2014, 2014/36 und vom 29. Januar 2015, 2015/8) die Festlegung des Benchmarks auf dem 40. Perzentil als sachgerecht. Die HSK macht geltend, dass ein Betriebsvergleich auf einem strengerem Massstab zu erfolgen habe, da Schweregrade und Komorbiditäten in einem Einzelleistungstarif kaum abgebildet würden. Die Preisüberwachung stützt sich in ihren Empfehlungen grundsätzlich auf das 20. Perzentil. Demgegenüber erachtet die CSS die Wahl des 30. Perzentils als angezeigt. Die tarifsuisse äusserte sich nicht zur Wahl des Perzentils.

Nach Art. 59c Abs. 1 Bst. b KVV darf der Tarif höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. Auf 2012 erfolgte im stationären Bereich ein Wechsel von einer objektbezogenen Spitalfinanzierung hin zu einer leistungsbezogenen Finanzierung mittels Pauschalen. Mit der Einführung des neuen Tariffsystems SwissDRG veränderte sich die Finanzierung der Spitäler grundlegend. Die damit verbundenen Unsicherheiten waren erheblich und wurden im Kanton Zürich mit der Festlegung eines Benchmarks auf dem 40. Perzentil berücksichtigt. Demgegenüber ist die ambulante Tarifstruktur TARMED seit 2004 in Kraft. Die Leistungserbringer konnten seither ihre Leistungserbringung und die Abrechnung entsprechend an die Tarifstruktur anpassen und optimieren. Vor diesem Hintergrund erscheint es vertretbar, vorliegend einen etwas strengerem Effizienzmassstab anzulegen und den Benchmark auf dem 35. Perzentil festzusetzen. Damit wird dem Wettbewerbsgedanken des KVG Rechnung getragen und ein moderater Effizienzdruck geschaffen.

9.4 Betriebsvergleich

Grundlage für die Tarifierleitung bildet ein Betriebsvergleich (Benchmarking). Hierzu werden für jedes Spital die Kosten berechnet, die für die Erbringung von OKP-pflichtigen TARMED-Leistungen pro Leistungseinheit (= Taxpunkt) angefallen sind. Dies ergibt für jedes Spital einen kalkulatorischen Taxpunktwert (TPW), der sich folgendermassen berechnet:

$$\text{kalkulatorischer TPW} = \frac{\text{Total Kosten Tarif TARMED OKP (einschliesslich ANK nach VKL)}}{\text{Total fakturierte TARMED-Taxpunkte OKP}}$$

Das «Total Kosten Tarif TARMED OKP (einschliesslich ANK nach VKL)» setzt sich aus den Einzelkosten, den Gemeinkosten und den Anlagenutzungskosten (ANK) nach der VKL zusammen, die gemäss Kostenrechnungen der einzelnen Spitäler für die Erbringung von OKP-pflichtigen TARMED-Leistungen entstanden sind. Das «Total fakturierte TARMED-Taxpunkte OKP» steht für die Anzahl Taxpunkte, die das entsprechende Spital jeweils zulasten der OKP fakturiert hat. Diese Zahlen stammen aus den ergänzten Kosten- und Leistungsdaten, die der VZK mit Schreiben vom 30. Januar 2020 (Datenjahre 2016 und 2017) und mit Schreiben vom 4. Mai 2020 (Datenjahr 2018) eingereicht hat. Die Spitäler werden sodann nach kalkulatorischem Taxpunktwert in aufsteigender Reihenfolge sortiert (Benchmarking). Anschliessend werden die Perzentile, gewichtet nach der Anzahl fakturierter TARMED-Taxpunkte, bestimmt. Damit wird Leistungserbringern mit einem höheren TARMED-Leistungsvolumen ein grösseres Gewicht beim Benchmarking eingeräumt. Darauf abgestützt kann mittels des vorne festgelegten Effizienzkriteriums – dem 35. Perzentil (Ziff. 9.3) – die wirtschaftlich und effizient erbrachte Leistung identifiziert und damit grundsätzlich der Tarif abgeleitet werden.

Das Benchmarking ist für 23 Spitäler für die Datenjahre 2016 und 2017 sowie 22 Spitäler für das Datenjahr 2018 durchzuführen (vgl. die nachfolgenden Tabellen). Für die Datenjahre 2016 und 2017 hat auch die Klinik Susenberg TARMED-Leistungen ausgewiesen. Obwohl deren Leistungsmenge gering ist, wird mit dem Einbezug der Klinik das Benchmarking nicht verzerrt, da die Perzentile wie erwähnt nach Anzahl der Leistungen gewichtet werden. Nicht zu berücksichtigen ist indessen das Zürcher RehaZentrum Wald, da dieses die OKP-pflichtigen TARMED-Leistungen nicht separat ausweisen konnte.

Für die Tarifberechnung ist auf die OKP-pflichtigen Kosten **und** Leistungen abzustützen:

- **Leistungen:** Es ist die Anzahl der fakturierten OKP-pflichtigen TARMED-Leistungen (Taxpunkte) heranzuziehen; nur so kann sichergestellt werden, dass keine nicht OKP-pflichtigen Leistungen (Taxpunkte für TARMED-Leistungen ausserhalb der Limitationen [vgl. Ziff. 8.5]) berücksichtigt werden.

- **Kosten** bzw. *unbereinigte Kosten*: Da die Tarifspalte TARMED auch Kosten für nicht OKP-pflichtige Leistungen enthält (u. a. **Kosten** für TARMED-Leistungen ausserhalb der Limitationen [vgl. Ziff. 8.5]), führt die nachfolgende Berechnung zu überhöhten kalkulatorischen Taxpunktwerten. Diesem Mangel wird im Rahmen des Abzugs (vgl. Ziff. 9.6) folgendermassen Rechnung zu tragen sein: Es ist davon auszugehen, dass der Anteil der in der Tarifspalte TARMED verbuchten nicht OKP-pflichtigen Kosten dem Anteil der nicht fakturierten aber erfassten Taxpunkten entspricht (6,3% bis 7,0%; vgl. Tabelle unter Ziff. 8.5). Dies ist beim Abzug zu berücksichtigen.

Datenjahr 2016:

Spital	Unbereinigte Kosten einschliesslich ANK nach VKL in Franken	Fakturierte Taxpunkte	kalk. Taxpunktwert in Franken	Perzentil in %
Balgrist	29 583 696	34 768 583	0.85	5,3
RehaZollikerberg	113 989	121 073	0.94	5,3
KSW	84 558 038	89 512 050	0.94	18,9
KiSpi	31 925 721	32 766 262	0.97	23,9
Affoltern	4 880 182	4 982 786	0.98	24,7
Waid	20 209 291	20 447 817	0.99	27,8
GZO	21 647 156	21 840 201	0.99	31,1
Forel	1 000 196	1 000 196	1.00	31,3
Limmatklinik	4 777 718	4 757 913	1.00	32,0
USZ	211 700 701	210 300 194	1.01	64,0
Limmattal	30 678 420	30 317 965	1.01	68,6
Triemli	87 158 856	84 698 911	1.03	81,5
Zollikerberg	18 649 413	17 806 000	1.05	84,2
See-Spital	12 309 151	11 512 650	1.07	85,9
Paracelsus	8 347 163	7 623 239	1.09	87,1
RehaKilchberg	60 875	54 956	1.11	87,1
Lengg	4 032 755	3 639 298	1.11	87,7
Uster	21 806 140	18 959 230	1.15	90,5
Bülach	23 155 547	20 005 125	1.16	93,6
Männedorf	18 993 712	15 431 825	1.23	95,9
Schulthess-Klinik	33 384 190	25 339 792	1.32	99,8
Susenberg	426	314	1.36	99,8
Adus	1 988 049	1 358 488	1.46	100,0

Datenjahr 2017:

Spital	Unbereinigte Kosten einschliesslich ANK nach VKL in Franken	Fakturierte Taxpunkte	kalk. Taxpunktwert in Franken	Perzentil in %
Balgrist	30 176 640	33 147 501	0.91	4,9
KSW	95 811 467	102 472 290	0.93	20,0
RehaZollikerberg	111 037	118 071	0.94	20,0
Limmatklinik	4 814 714	5 050 620	0.95	20,8
KiSpi	32 902 759	34 114 943	0.96	25,8
Forel	1 430 479	1 440 463	0.99	26,0
GZO	25 384 731	25 555 286	0.99	29,8
Triemli	87 597 985	86 917 606	1.01	42,6
RehaKilchberg	57 512	55 655	1.03	42,6
USZ	216 637 364	209 018 195	1.04	73,4
Zollikerberg	21 191 375	20 030 000	1.06	76,4
See-Spital	12 180 625	10 927 577	1.11	78,0
Limmattal	33 096 519	29 675 550	1.12	82,4
Uster	21 616 116	19 242 357	1.12	85,2
Lengg	4 109 940	3 594 338	1.14	85,8
Waid	20 905 379	18 102 285	1.15	88,4
Affoltern	6 176 946	5 091 412	1.21	89,2
Schulthess-Klinik	33 574 930	27 131 275	1.24	93,2
Männedorf	20 564 435	16 476 611	1.25	95,6
Bülach	25 873 968	20 417 554	1.27	98,6
Susenberg	153	113	1.35	98,6
Paracelsus	12 128 714	8 224 241	1.47	99,8
Adus	1 667 478	1 121 178	1.49	100,0

Datenjahr 2018:

Spital	Unbereinigte Kosten einschliesslich ANK nach VKL in Franken	Fakturierte Taxpunkte	kalk. Taxpunktwert in Franken	Perzentil in %
Limmatklinik	2 670 288	3 366 386	0.79	0,5
RehaZollikerberg	119 005	141 590	0.84	0,5
Balgrist	30 358 979	32 443 529	0.94	5,4
KiSpi	33 215 048	35 012 003	0.95	10,7
Triemli	80 052 204	81 829 344	0.98	23,1
KSW	101 109 350	100 441 637	1.01	38,4
RehaKilchberg	58 436	57 909	1.01	38,4
GZO	24 911 590	24 081 768	1.03	42,0
Lengg	3 207 530	2 906 753	1.10	42,5
USZ	224 690 468	202 931 943	1.11	73,2
Uster	25 627 795	21 259 627	1.21	76,4
Zollikerberg	24 479 375	20 160 500	1.21	79,5
Waid	22 116 043	17 614 552	1.26	82,1
Forel	1 621 999	1 285 367	1.26	82,3
See-Spital	14 467 293	11 407 034	1.27	84,1
Limmattal	35 837 876	27 710 922	1.29	88,2
Bülach	27 444 801	21 206 218	1.29	91,5
Männedorf	22 042 544	16 719 993	1.32	94,0
Schulthess-Klinik	37 240 934	26 510 794	1.40	98,0
Adus	1 290 029	873 507	1.48	98,1
Affoltern	7 674 035	5 148 603	1.49	98,9
Paracelsus	13 637 215	7 123 613	1.91	100,0

9.5 Ermittelte Taxpunktwerte nach Betriebsvergleich

Zusammenfassend ergeben sich bei einem Benchmarking auf dem 35. Perzentil gestützt auf voranstehende Betriebsvergleiche mit unbereinigten Kosten (vgl. Tabellen unter Ziff. 9.4) nachfolgende Taxpunktwerte für die einzelnen Datenjahre.

Datenjahr	Benchmarkwert	Benchmarkspital
2016	Fr. 1.01	USZ
2017	Fr. 1.01	Triemli
2018	Fr. 1.01	KSW

9.6 Allgemeiner Abzug

Aufgrund der unter Ziff. 8 aufgeführten Mängel und Intransparenzen in den eingereichten Kosten- und Leistungsdaten ist festzustellen, dass in den TARMED-Tarifspalten nicht ausschliesslich OKP-pflichtige TARMED-Leistungen enthalten sind. Vorliegend ist es nicht möglich, ein Tarifmodell zu entwickeln, um nicht OKP-pflichtige TARMED-Leistungen herauszurechnen, zumal sich die Kostenrechnungen der verschiedenen Leistungserbringer trotz REKOLE®-Zertifizierung in mehreren Punkten unterscheiden. So werden beispielsweise die auf den Kostenstellen verbuchten Kosten mit unterschiedlichen Umlageschlüsseln auf die Kostenstellen und nachgelagert auf die Kostenträger umgelegt, was Unterschiede bezüglich der Genauigkeit der Kostenerfassung zwischen den Spitälern zur Folge hat. Weiter unterscheiden sich auch die durchgeführten Zusatzerhebungen hinsichtlich Umfang und Qualität. Entsprechend können die spitalindividuellen, nicht OKP-pflichtigen TARMED-Kosten nicht über ein einheitliches Tarifmodell herausgerechnet werden. Vor diesem Hintergrund ist ein allgemeiner Abzug auf dem mittels Benchmarking hergeleiteten Tarif zu tätigen. Dieser normative Abzug muss gemäss Rechtsprechung so angesetzt werden, dass der Leistungserbringer mit Sicherheit keinen Vorteil daraus ziehen kann, dass er keine transparenten Daten geliefert hat (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-1698/2013 vom 7. April 2014, E. 6.5). In diesem Sinne hat der Abzug folgende, vorne im Detail erläuterte Unschärfen bezüglich Kosten- und Leistungsdaten zu berücksichtigen.

Vor diesem Hintergrund rechtfertigt es sich, einen Abzug von 10% vorzunehmen. Mit diesem Abzug kann hinreichend sichergestellt werden, dass keine nicht OKP-pflichtigen Leistungen vergütet werden.

10. Tariffestsetzung

Die in der Tarifierleitung ermittelten Taxpunktwerte betragen für drei Jahre Fr. 1.01. Unter Berücksichtigung des Abzugs von 10% bzw. von gerundet Rp. 10 resultiert folglich ein Taxpunktwert von Fr. 0.91. Entsprechend ist für die verfahrensbeteiligten Parteien mit Wirkung ab 1. Januar 2018 ein TARMED-Taxpunktwert von Fr. 0.91 festzusetzen.

Zu bemerken bleibt, dass die gestützt auf die unbereinigten Kosten hergeleiteten TARMED-Taxpunktwerte – ohne den Abzug von 10% bzw. Rp. 10 – wesentlich über dem vormals gültigen Taxpunktwert von Fr. 0.89 zu liegen kämen. Obwohl die Kosten- und Leistungsdaten Mängel aufweisen, muss davon ausgegangen werden, dass die Kosten einer effizient erbrachten TARMED-Leistung oberhalb von Fr. 0.89 liegen. So ist der OKP-pflichtige ambulante TARMED-Bereich in den meisten Spitälern bezüglich des Kostenvolumens der erbrachten Leistungen der grösste

ambulante Bereich. Entsprechend können selbst unsachgemäss umgelegte ambulante Gemeinkosten die Kosten innerhalb des Spitalambulatoriums bezüglich des TARMED-Bereichs nur in einem verhältnismässig kleinen Umfang verzerren. Weiter liegt der TARMED-Taxpunkt看wert für Spitäler im Kanton Zürich seit 2011 unverändert bei Fr. 0.89. Gemäss Bundesamt für Statistik (BFS) ist zwischen 2011 und 2018 der gesamtschweizerische Nominallohnindex um 4,4% gestiegen. Längerfristig ist davon auszugehen, dass sich die Lohnkosten im Gesundheitswesen nicht vollständig unabhängig vom Gesamtarbeitsmarkt entwickeln. Da die Lohnkosten die grösste Kostenkomponente im Spitalambulatorium darstellen, kann davon ausgegangen werden, dass sich dieser Trend auch in den Gesamtkosten widerspiegelt. Dazu kommt, dass der Kostendeckungsgrad im stationären OKP-Bereich für die berücksichtigten Spitäler über die Jahre 2016 bis 2018 gemäss der Statistik «Kennzahlen der Schweizer Spitäler» des BFS durchschnittlich bei 94,9% liegt. Demgegenüber liegt der Kostendeckungsgrad im ambulanten OKP-Bereich über denselben Zeitraum bei 92,8%, also rund 2% tiefer. Vor diesem Hintergrund erscheint einerseits eine Erhöhung des Taxpunkt看werts als gerechtfertigt. Andererseits wird mit der moderaten Erhöhung um Rp. 2 berücksichtigt, dass einige Zürcher Spitäler Tarifverträge über einen Taxpunkt看wert von Fr. 0.89 abgeschlossen haben. Es erschiene auch deshalb nicht sachgerecht, den Taxpunkt看wert erheblich zu erhöhen.

Schliesslich ist festzuhalten, dass die Festsetzung eines Taxpunkt看werts von Fr. 1.01 eine Kostensteigerung von mehr als 13% bezüglich TARMED-Leistungen der betroffenen Spitäler zulasten der OKP zur Folge hätte. Vor dem Hintergrund der Bestrebungen, das Kostenwachstum im Gesundheitswesen zu dämpfen, wäre eine solche Tariffestsetzung gegenüber den Krankenversicherern bzw. den Prämienzahlenden im Kanton Zürich auch deshalb nicht angebracht.

Die Tariffestsetzung gilt für jene Spitäler, die für den Zeitraum ab 1. Januar 2018 weder einen TARMED-Tarifvertrag abgeschlossen noch einem solchen beigetreten sind (Art. 46 Abs. 1 und 2 KVG e contrario).

II. 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-13190/2018 vom 6. September 2019, E. 8.2 mit Hinweisen). Entsprechend ist der TARMED-Taxpunkt看wert vorliegend mit Wirkung ab dem 1. Januar 2018 mit unbefristeter Geltungsdauer festzusetzen.

12. Nachforderung der Tariffdifferenz

Der mit RRB Nr. 838/2017 mit Wirkung ab 1. Januar 2018 provisorisch festgesetzte TARMED-Taxpunkt看rt von Fr. 0.89 liegt um Rp. 2 unter dem vorliegend festgesetzten TARMED-Taxpunkt看rt von Fr. 0.91. Für den provisorisch festgesetzten Tarif wurde die rückwirkende Geltendmachung der Tariffdifferenz durch die Berechtigten vorbehalten, falls der im Endentscheid endgültige genehmigte oder festgesetzte Tarif, von dem vorsorglich festgesetzten Tarif abweicht. Die Tarifpartner sind deshalb berechtigt, rückwirkend ab dem 1. Januar 2018 die Differenz zwischen dem mit RRB Nr. 838/2017 provisorisch festgesetzten TARMED-Taxpunkt看rt und dem vorliegend festgesetzten TARMED-Taxpunkt看rt nachzufordern.

13. Finanzielle Auswirkungen

Der vorliegend festzusetzende Tarif für ambulant ärztliche Leistungen wird zu 100% durch die Versicherer finanziert und wirkt sich somit nicht auf die Kantonsfinanzen aus.

14. Parteientschädigung

Gemäss § 17 Abs. 2 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes (LS 175.2) werden im Verfahren vor den Verwaltungsbehörden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

15. 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]).

16. Weitergeltung der vorsorglichen Massnahmen

Der Regierungsrat setzte, wie erwähnt, mit Beschluss Nr. 838/2017 für die Dauer der Festsetzungsverfahren die provisorische Weitergeltung der verlängerten Tarifverträge samt Taxpunkt看rt von Fr. 0.89 ab 1. Januar 2018 fest. Diese vorsorglichen Massnahmen bleiben während des Laufs der Rechtsmittelfrist und während eines allenfalls anschliessenden Rechtsmittelverfahrens in Kraft. Erst mit dem Eintritt der formellen Rechtskraft in der Hauptsache wird die vorsorgliche Massnahme (automatisch) dahinfallen, sofern die anordnende Behörde oder die Rechtsmittelinstanz nichts Gegenteiliges beschlossen hat (Regina Kiener, in: Alain Griffel, Kommentar zum Verwaltungsrechtspflegegesetz des Kantons Zürich [VRG], 3. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2014, § 6 N. 29). 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 Bertsch, 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. 838/2017 für die Dauer der Rechtsmittelfrist und eines sich allenfalls daran anschliessenden Rechtsmittelverfahrens angeordneten vorsorglichen Massnahmen in Kraft bleiben.

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Für die ambulanten Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die nach TARMED abgerechnet werden, wird gegenüber den von der CSS Kranken-Versicherung AG, der Einkaufsgemeinschaft HSK AG und der tarifsuisse ag vertretenen Versicherern für folgende Spitäler, die für den Zeitraum ab 1. Januar 2018 weder einen TARMED-Tarifvertrag abgeschlossen noch einem solchen beigetreten sind, mit Wirkung ab 1. Januar 2018 ein TARMED-Taxpunkt看wert von Fr. 0.91 festgesetzt: Kantonsspital Winterthur, Stadtspital Zürich Standort Triemli, See-Spital Standort Horgen, See-Spital Standort Kilchberg, Spital Uster, GZO AG Spital Wetzikon, Spital Limmattal, Spital Bülach, Spital Zollikerberg, Stadtspital Zürich Standort Waid, Schulthess-Klinik, Spital Männedorf, Kinderspital Zürich, Universitätsklinik Balgrist, Spital Affoltern, Klinik Lengg, Adus Medica, Limmatklinik, Paracelsus-Spital Richterswil, Zürcher RehaZentrum Wald, RehaClinic Zollikerberg, RehaClinic Kilchberg, Klinik Susenberg und Forel Klinik.

II. Die Tarifpartner sind berechtigt, rückwirkend ab dem 1. Januar 2018 die Differenz zwischen dem mit RRB Nr. 838/2017 angeordneten provisorischen Taxpunkt看wert und dem gemäss Dispositiv I festgesetzten Taxpunkt看wert nachzufordern.

III. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

IV. 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.

V. Die mit RRB Nr. 838/2017 im Sinne vorsorglicher Massnahmen angeordnete provisorische Weitergeltung der verlängerten Tarifverträge samt Taxpunktwert von Fr. 0.89 bleibt für die Dauer der Rechtsmittelfrist und eines sich allenfalls daran anschliessenden Rechtsmittelverfahrens in Kraft.

VI. Dispositiv I–V werden im Amtsblatt veröffentlicht.

VII. Mitteilung an (E)

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



Vor dem Regierungsrat
Die Staatsschreiberin:

Kathrin Arioli

Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage	I
2. Verfahrensgeschichte	2
3. Anhörung der Preisüberwachung	6
4. Festsetzungsanträge der Parteien	7
5. Im Festsetzungsentscheid zu klärende Punkte	8
6. Grundsätze der Tarifierung	8
7. Eckwerte für die Tariffestsetzung	10
7.1 Kostenentwicklung und Mengenausweitung	10
7.2 Leistungserbringer mit gültigen TARMED-Tarifverträgen	11
7.3 Massgebendes Datenmaterial	13
7.4 Tarifstruktureingriffe des Bundesrates	15
7.5 Anlagenutzungskosten	17
8. Kosten- und Leistungsdaten des VZK	17
8.1 REKOLE® und ITAR_K als Datengrundlage für die Tarifierleitung	18
8.2 Repräsentativität der eingereichten Daten	19
8.3 Ausweis der OKP-pflichtigen TARMED-Kosten	21
8.4 Gemeinkosten und Umlageschlüssel	22
8.4.1 Allgemeines	22
8.4.2 Umlage der Personalkosten	23
8.4.3 Umlage der Sachkosten	26
8.4.4 Fazit bezüglich Gemeinkosten und Umlageschlüssel	26
8.5 Leistungsdaten	27
8.6 Fazit bezüglich der vom VZK eingereichten Daten	28
9. Tarifierleitung	29
9.1 Benchmarking-relevante Kosten	29
9.2 Effizienzvergleich (Kosten pro fakturierte Taxpunkte)	31
9.3 Wahl des Perzentils	32
9.4 Betriebsvergleich	33
9.5 Ermittelte Taxpunktwerte nach Betriebsvergleich	36
9.6 Allgemeiner Abzug	37
10. Tariffestsetzung	37
11. Geltungsdauer des Tarifs	38
12. Nachforderung der Tariffdifferenz	39
13. Finanzielle Auswirkungen	39
14. Parteientschädigung	39
15. Rechtsmittel	39
16. Weitergeltung der vorsorglichen Massnahmen	39