

Festsetzung der Pauschalen für Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Zürich in der allgemeinen Abteilung der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler des Kantons Zürich (stationäre Leistungen)

KV 220 Entscheid des Bundesrates vom 19. Dezember 2001 in Sachen Verband Zürcher Krankenversicherer (VZKV) gegen Regierungsrat des Kantons Zürich

Vertragsloser Zustand

- Zuständigkeit der Kantonsregierung zur Regelung der Modalitäten der Umsetzung des gewählten Tarifmodells und – im Beschwerdefall – Zuständigkeit des Bundesrates zur Beurteilung dieser Modalitäten (Erw. II.1.3.2)
- Massgeblicher Zeitpunkt für die Bestimmung der auf die Spitalpauschalen anrechenbaren Kosten (Erw. II.1.6.2)

Zulässigkeit eines Vorentscheides über Streitfragen, welche spruchreif sind und die Ausgangslage für den definitiven Entscheid klären können (Erw. II.1.7)

Kognition des Bundesrates, wenn die Preisüberwachung im Beschwerdeverfahren einen Amtsbericht erstattet (Erw. II.4.3)

Materielle Anforderungen an die Qualität der Rechnungsdaten der Spitäler (Erw. II.6 und 9)

Wechsel vom bisherigen Tarifmodell mit Tages-Vollpauschalen zu einem Modell mit Teilpauschalen (Erw. II.8)

Kostenneutralität beim Wechsel des Tarifmodells (Erw. II.8.2.6 und II.11.2)

Bestimmung der anrechenbaren Kosten (Bereinigungsfaktoren)

- Abzug der Kosten für Lehre und Forschung (Erw. II.1.6.3 und II.10.1)
- Abzug von Kosten aus Überkapazitäten und infolge Benchmarking (Erw. II.10.2)
- Bildung von Gruppentaxen (Erw. II.10.5)

System des Tiers garant und weitere materielle Schranken bei der Regelung der Modalitäten des PLT-Modells (Erw. II.11)

Grad der Kostendeckung durch die Krankenversicherer (Erw. II.13)

Absence de convention tarifaire

- Compétence du gouvernement cantonal pour régler les modalités d'application du modèle tarifaire choisi et compétence du Conseil fédéral – en cas de recours – pour juger de ces modalités (cons. II 1.3.2).
- Moment décisif pour déterminer les coûts imputables aux forfaits hospitaliers (cons. II 1.6.2).

Admissibilité d'une décision préalable sur des questions litigieuses qui sont déjà susceptibles d'être tranchées et qui peuvent clarifier la situation de départ en vue de la décision définitive (cons. II. 1.7).

Cognition du Conseil fédéral lorsque la surveillance des prix établit un rapport officiel dans la procédure de recours (cons. II 4.3).

Exigences matérielles pour la qualité des données comptables des hôpitaux (cons. II/6 et 9).

Changement de l'ancien modèle tarifaire comportant des forfaits journaliers complets pour passer à un modèle à forfaits partiels (cons. II. 8).

Neutralité des coûts en cas de changement du modèle tarifaire (cons. II. 8.2.6 et II/11.2).

Détermination des coûts imputables (facteurs de correction)

- Déductions des coûts de l'enseignement et de la recherche (cons. II/1.6.3 et II/10.1).
- Déduction des coûts provenant de surcapacités et consécutifs au benchmarking (cons. II/10.2).
- Fixation de taxes de groupes (cons. II/10.5)

Système du tiers garant et autres limites matérielles dans la réglementation des modalités du modèle PLT (Prozess-Leistungs-Tarifierung; cons. II/11).

Degré de la couverture des coûts par les assureurs-maladie (cons. II/13)

Assenza di convenzione tariffale

- Competenza del governo cantonale per regolamentare le modalità di applicazione del modello tariffale scelto e – in caso di ricorso – competenza del Consiglio federale per valutare queste modalità (cons. II. 1.3.2)
- Momento determinante per stabilire i costi imputabili agli importi forfetari ospedalieri

Ammissibilità di una decisione preliminare concernente controversie mature per una decisione e che possono chiarire la situazione iniziale per la decisione definitiva (cons. II. 1.7)

Cognizione del Consiglio federale quando la Sorveglianza dei prezzi redige un rapporto ufficiale durante la procedura di ricorso (cons. II. 4.3)

Requisiti materiali per la qualità dei dati contabili degli ospedali (cons. II. 6 e 9)

Passaggio dal modello tariffale attuale con importi forfetari giornalieri completi ad un modello con importi forfetari parziali (cons. II. 8)

Neutralità dei costi in caso di cambiamento di modello tariffale (cons. II. 8.2.6 e II. 11.2)

Determinazione dei costi fatturabili (fattori di correzione)

- Deduzione dei costi di formazione e di ricerca (cons. II. 1.6.3 e II. 10.1)
- Deduzione dei costi derivanti da sovracapacità e in seguito a benchmarking (cons. II. 10.2)
- Fissazione di tasse di gruppo (cons. II. 10.5)

Sistema del terzo garante e altri limiti materiali per quanto riguarda la regolamentazione delle modalità del modello PLT (Prozess-Leistungs-Tarifierung; cons. II. 11)

Grado di copertura dei costi da parte degli assicuratori-malattie (cons. II. 13)

Anmerkung der Redaktion: Der Volltext dieses Entscheides ist wegen seines grossen Umfanges in der RKUV *nicht* abgedruckt.

Note de la rédaction: le texte complet de cette décision étant considérablement long, il *ne* peut *pas* figurer dans le RAMA.

Nota della redazione: essendo il testo integrale della presente decisione notevolmente lungo, esso *non* figura nella rivista RAMI.

I.

Übersicht – *Condensé*

Der Regierungsrat des Kantons Zürich verfügte am 22. Dezember 1999 auf den 1. Januar 2000 für Zürcher Patientinnen und Patienten in der allgemeinen Abteilung der kantonalen und staatsbeitragsberechtigten Akutspitäler neue Tarife. Er stellte dabei gleichzeitig auf ein neues Rechnungsmodell, das so genannte PLT-Modell (Prozess-Leistungs-Tarifierung) um. Dieses unterscheidet sich vom bisherigen System vor allem dadurch, dass

an die Stelle der Tages-Vollpauschale pro Spital eine Mischpauschale tritt, die nach Kliniken oder Fachbereichen unterscheidet und sich zudem aus zwei Teilpauschalen zusammensetzt. Die Kostenmodule Hotellerie/Services und Pflege werden mit einer Tages-Teilpauschale und die Kostenmodule Diagnostik und Therapie mit einer Fall-Teilpauschale abgegolten. Gegebenenfalls wird für die Benützung der Intensivpflegestation eine zusätzliche Tagespauschale erhoben (IPS-Pauschale). Schliesslich werden auch Implantate mit separaten Normpauschalen abgegolten (Implantats-Pauschale).

Mit Verwaltungsbeschwerde vom 8. Februar 2000 führt der VZKV gegen die neuen Tarife Beschwerde an den Bundesrat. Er beantragt in der Hauptsache, der angefochtene Erlass sei aufzuheben und die Tarife seien auf dem bisherigen Niveau unter Beibehaltung der bisherigen Tagestaxen zu belassen. Die zur Vernehmlassung eingeladenen Spitäler und Spitalträger sowie die Vorinstanz beantragen, die Beschwerde abzuweisen und den angefochtenen Beschluss zu bestätigen. Die Preisüberwachung hält in ihrer Vernehmlassung an den Tarifempfehlungen vom 7. Dezember 1999 fest. Das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) beantragt in der Vernehmlassung, die Beschwerde teilweise gutzuheissen und die Sache zur Klärung bzw. Ergänzung der offenen Fragen und zu neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen.

Das EJPD hat mit Zwischenverfügung vom 27. Juni 2001 das Gesuch der Gesundheitsdirektion vom 14. März 2001 um Sistierung des Verfahrens teilweise gutgeheissen und das vorliegende Verfahren teilweise, das heisst für jene Spitäler sistiert, die auf Grund der Entscheide des Verwaltungsgerichts des Kantons Zürich vom 22. Januar 2001 über die Lohngleichheitsklagen der Krankenpflegenden gegen den Kanton Zürich mit Wirkung ab 1. Januar 2000 Lohnnachzahlungen an ihr Personal leisten werden und diese Kosten zu den anrechenbaren Kosten der Tarife 2000 schlagen wollen. Über die Tarife dieser Spitäler wird der Bundesrat im Teilentscheid II befinden, wenn die Neuberechnung der Tarife aus den Lohnnachzahlungen vorliegt.

Die anderen Streitfragen um die Tarife dieser Spitäler und die Tarife der anderen Spitäler hat der Bundesrat im nachfolgend auszugsweise abgedruckten Teilentscheid I beurteilt.

Le 22 décembre 1999, le Conseil d'Etat du canton de Zurich a adopté l'ACE no 2318 fixant, avec effet au 1^{er} janvier 2000, les nouveaux tarifs applicables aux traitements dispensés aux patients zurichois en division commune des

hôpitaux de soins aigus du canton ou des établissements subventionnés par l'Etat. Par ce même arrêté, l'Exécutif zurichois a instauré un nouveau système de comptabilité: le système dit «PLT». Par rapport au système précédent, celui-ci innove principalement sur les points suivants: le forfait journalier intégral fixé par hôpital est remplacé par un forfait mixte modulé selon les cliniques ou les départements et subdivisé en deux forfaits partiels. Les coûts de la catégorie « hôtellerie/services et soins » sont couverts par un forfait journalier partiel et ceux de la catégorie « diagnostic et thérapie » par un forfait partiel par cas. Le cas échéant, un forfait journalier supplémentaire (forfait IPS) est perçu pour l'utilisation de la station de soins intensifs. Enfin les implants sont facturés selon des forfaits distincts (forfaits pour implants).

Le 8 février 2000, la fédération cantonale des caisses-maladie a formé un recours administratif contre les nouveaux tarifs devant le Conseil fédéral. Elle conclut pour l'essentiel à ce que l'ACE 2318 soit abrogé et à ce que les tarifs soient maintenus à leur niveau précédent, les anciennes taxes journalières restant inchangées. Appelés à faire part de leur position, les hôpitaux et les organismes qui en ont la charge, de même que l'instance précédente concluent à ce que le Conseil fédéral rejette le recours et confirme l'arrêté attaqué. Dans sa prise de position, la Surveillance des prix renvoie aux recommandations tarifaires du 7 décembre 1999. Dans sa prise de position, l'OFAS conclut à ce que le recours soit partiellement admis et à ce que la cause soit renvoyée à l'instance précédente pour qu'elle élucide les points en suspens ou complète son examen de ceux-ci et rende une nouvelle décision.

Par décision incidente du 27 juin 2001, le DFJP a partiellement admis la requête présentée en date du 14 mars 2000 par la Direction cantonale de la santé et tendant à la suspension de la procédure. Il a suspendu la présente procédure pour une partie des hôpitaux et plus précisément pour ceux qui, en vertu des décisions rendues par le Tribunal administratif du canton de Zurich le 22 janvier 2001, à la suite des actions intentées contre ledit canton en reconnaissance du droit à l'égalité des salaires des infirmiers, devront verser un rattrapage salarial à leur personnel, avec effet au 1^{er} janvier 2000 et qui veulent ajouter ces coûts aux coûts imputables aux tarifs 2000. Le Conseil fédéral se prononcera en temps utile sur les tarifs de ces hôpitaux dans le cadre de la décision partielle II, lorsqu'il sera en possession des calculs résultant du rattrapage salarial.

S'agissant des autres points du litige auquel donnent lieu les tarifs de ces hôpitaux et concernant les tarifs des autres hôpitaux, le Conseil fédéral les a tranchés dans le cadre de la décision partielle I dont les considérants sont partiellement publiés ci-après.

II.

Der Bundesrat hat die Beschwerde aus folgenden Erwägungen teilweise gutgeheissen:

Eintretensfragen und Gegenstand des vorliegenden ersten Teilentscheides

...

1.3.2 Weiter ist von Amtes wegen zu prüfen, ob der Beschwerde an den Bundesrat auch die Regelung der weiteren Modalitäten (Ziff. XII des Beschlussdispositivs) unterliegt, wovon der Beschwerdeführer und die übrigen Verfahrensbeteiligten ausgehen.

Zuständig ist der Bundesrat dann, wenn die Modalitäten zum Tarif im Sinne von Artikel 47 Absätze 1 und 3 KVG gehören. Ein Tarif ist die Gesamtheit jener abstrakten Regeln, die es erlauben, im Einzelfall den für eine bestimmte Leistung geschuldeten Betrag zu errechnen und geltend zu machen (vgl. auch BGE 116 V 133 E. 2a und 109 V 200 E. 2b¹). Er unterscheidet sich darin vom Preis, der ein Entgelt für einen bestimmten, unveränderlichen Gegenstand oder eine stets gleiche Dienstleistung ist. Genügt es daher, als Preis für einen bestimmten Gegenstand – beispielsweise eine Packung von 20 Tabletten einer namentlich spezifizierten Arznei – den blossen Frankenbetrag anzugeben, erschöpft sich ein Tarif für die Vergütung medizinischer Behandlungen nicht darin; er umfasst zwingend auch die abstrakte Umschreibung der mit diesem Betrag abgegoltenen Leistungen und jene übrigen Vorschriften, die bei der Ausstellung einer Rechnung im Einzelfall berücksichtigt werden müssen, damit die Höhe des geschuldeten Betrages ordnungsgemäss errechnet und geltend gemacht werden kann.

In diesem Sinne hat der Bundesrat gestützt auf Artikel 47 Absatz 1 KVG im Entscheid vom 14. April 1999 in Sachen Verband Basellandschaftlicher Krankenkassen und Konsorten gegen Regierungsrat des Kantons Basellandschaft betreffend Spitaltaxverordnung 1998 (Nr. 97-41-0100) grundsätzlich seine Zuständigkeit für die Überprüfung von Vorschriften in einem Tariferlass bejaht, welche erst die korrekte Abrechnung im Einzelfall ermöglichen (E. II/1.23). Soweit der Bundesrat allerdings seine Zuständigkeit für Vorschriften verneint hat, die – wie die Angabe der Diagnose in der Schlussrechnung – auf die Höhe des Rechnungsbetrages keinen direkten Einfluss haben (E. II/1.31), kann daran nach erneuter Prüfung nicht festgehalten werden. Nach Bundesrecht muss der Leistungserbringer dem Schuldner der Vergütung eine detaillierte und verständliche Rechnung zu-

¹ siehe K 561 (1984) dieser Sammlung

stellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Im System des Tiers payant erhält die versicherte Person eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten (Art. 42 Abs. 3 KVG). Der Versicherer kann eine genaue Diagnose oder zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur verlangen (Art. 42 Abs. 4 KVG). Der Leistungserbringer ist in begründeten Fällen berechtigt und auf Verlangen der versicherten Person in jedem Fall verpflichtet, medizinische Angaben nur dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin des Versicherers nach Artikel 57 KVG bekanntzugeben (Art. 42 Abs. 5 KVG). In Artikel 59 KVV regelt der Bundesrat die Einzelheiten der Rechnungstellung und bestimmt, welche Angaben die Leistungserbringer in ihren Rechnungen zu machen haben. Dazu gehören das Kalendarium der Behandlungen und die erbrachten Leistungen im Detaillierungsgrad, den der massgebliche Tarif vorsieht, sowie die Diagnosen im Rahmen von Absatz 2. Dieser Absatz sieht vor, dass Versicherer und Leistungserbringer in den Tarifverträgen vereinbaren können, welche Angaben und Diagnosen in der Regel nur dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin des Versicherers nach Artikel 57 KVG bekanntzugeben sind. Im Übrigen richtet sich die Bekanntgabe der Diagnose nach Artikel 42 Absätze 4 und 5 KVG. Das Departement kann auf gemeinsamen Antrag der Versicherer und der Leistungserbringer einen gesamtschweizerisch gültigen, einheitlichen Diagnosecode festlegen.

Diese Übersicht zeigt, dass das Bundesrecht verschiedene Fragen regelt, die mit der Rechnungstellung zu tun haben, und insbesondere auch die Angabe der Diagnose in diesen Zusammenhang stellt. Wenn daher eine Kantonsregierung in einem Tarifierlass solche Fragen für den vertragslosen Zustand regelt, so kann sie sich dafür wie für den Tarif als solchen ebenfalls auf Artikel 47 Absatz 1 oder 3 KVG und die einschlägigen materiellen Vorschriften des KVG berufen. Solche Vorschriften stützen sich damit auf öffentliches Recht des Bundes (Art. 5 Abs. 1 VwVG), was bedeutet, dass sie als bundesrechtliche Tarifvorschriften zu betrachten sind und im Streitfall wie der Tarif als solcher der Beschwerde an den Bundesrat unterliegen. Für die umfassende Zuständigkeit des Bundesrats spricht auch der materielle Sachzusammenhang, weil die Vorschriften sich zumindest teilweise wechselseitig bedingen und insoweit ein Gefüge bilden, das sich nur als Ganzes sachgerecht beurteilen lässt.

In diesem Sinne bejaht der Bundesrat in Präzisierung der Rechtsprechung seine Zuständigkeit auch für die Beurteilung der weiteren Modalitäten in Ziffer XII des Beschlussdispositivs. Eine andere Frage und im Rah-

men der materiellen Erwägungen zu prüfen ist dagegen, wieweit diese Modalitäten sachlich vor dem Bundesrecht standhalten (vgl. Ziff. II/11 hier-nach).

...

1.6.2 Was den von der Gesundheitsdirektion ferner geltend gemachten *Teuerungsausgleich per 1. Januar 2001 und die Lohnerhöhungen per 1. Juli 2001* für das Spitalpersonal angeht, hat das EJPD die Sistierung des Verfahrens abgelehnt. Der Bundesrat bestätigt die Zwischenverfügung des EJPD auch in diesem Punkt und verweist zur Begründung ebenfalls auf die dortigen Erwägungen. Dies bedeutet, dass der Bundesrat im vorliegenden ersten Teilentscheid beurteilen muss, ob der Teuerungsausgleich und die Lohnerhöhungen in die auf die strittigen Spitalpauschalen anrechenbaren Kosten einzubeziehen sind.

Artikel 49 Absatz 1 Satz 3 KVG bestimmt, dass die auf die Spitaltarife anrechenbaren Kosten bei Vertragsabschluss ermittelt werden. Wenn die Tarife im vertragslosen Zustand hoheitlich festgesetzt werden (Art. 47 Abs. 1 KVG), so ist als massgeblicher Zeitpunkt sinngemäss das Datum des Erlasses des Tarifs zu Grunde zu legen. In der Botschaft vom 6. November 1991 über die Revision der Krankenversicherung (BBl 1992 I 184; im Folgenden: KVG-Botschaft) führt der Bundesrat zu dieser Regelung aus, wenn die anrechenbaren Kosten im Zeitpunkt der Leistungserbringung höher sein sollten, so berühre dies die Krankenversicherung nicht. Wenn diese Kosten dagegen dannzumal günstiger seien, so habe der Spitalträger hievon den Vorteil. Diese Regelung solle die Spitalträger zu kostenbewusstem und kostensparendem Verhalten veranlassen.

Der Kommentar in der KVG-Botschaft macht deutlich, dass gemäss Artikel 49 Absatz 1 Satz 3 KVG nur jene Kosten anzurechnen sind, die bei Erlass der strittigen Pauschalen rechnerisch nachgewiesen waren, und spätere Änderungen bei den Kosten nicht zu berücksichtigen sind. Ein Beschwerdeführer kann freilich in der Beschwerde an den Bundesrat rügen, dass der Regierungsrat bei Erlass des angefochtenen Tarifs die damals auf die Spitalpauschalen anrechenbaren Kosten nicht korrekt ermittelt habe. In diesem Sinne sind auch jene Kosten zu berücksichtigen, die bei Erlass der strittigen Pauschalen nachgewiesen worden wären, wenn der Regierungsrat das Bundesrecht fehlerfrei angewendet und den rechtserheblichen Sachverhalt richtig und vollständig ermittelt hätte (Art. 49 Bst. a und b VwVG). Die im vorliegenden Fall bei Erlass des strittigen Tarifs im Dezember 1999 angeordneten Kosten basieren grundsätzlich auf den Zahlen der Kostenrechnungen 1998 der Spitäler, wobei die dannzumal bereits ausgewiesenen und

im Tarifjahr wirksamen Kostensteigerungen (z. B. wegen der Änderung der Medizinprodukte-Verordnung) einbezogen worden sind (vgl. RRB 2318, S. 27 f., Bst. K.3). Hinzu kommen im Sinne der hier vertretenen Lesart jene Kosten, die sich auf das Basisjahr 1998 beziehen und bei Erlass des Tarifs ausgewiesen worden wären, wenn die Vorinstanz richtig vorgegangen wäre. Falls eine Partei erst nach dem Bundesratsentscheid von solchen Kosten oder den einschlägigen Beweismitteln erfährt, kann sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen eine Revision dieses Entscheides verlangen (vgl. Art. 66 Abs. 2 Bst. a und b und Art. 67 VwVG). Wenn sie dagegen während des Beschwerdeverfahrens davon erfährt, obliegt es ihr, diese Gründe im Verfahren vor dem Bundesrat geltend zu machen (Art. 66 Abs. 3 VwVG), und dieser wird gegebenenfalls die Tarifberechnungen korrigieren (Art. 61 und 62 VwVG).

Der Kanton Zürich ist im vorliegenden Verfahren insofern als Gegenpartei zu betrachten, als er Rechtsträger der kantonalen Spitäler ist, deren stationären Tarife strittig sind (vgl. Art. 6 VwVG). Dieselbe Stellung kommt den anderen Spitälern bzw. Spitalträgern zu, deren Tarife ebenfalls angefochten sind. Der Bundesrat wird daher im Entscheid über die Beschwerde des VZKV die von der Gesundheitsdirektion namens des Kantons und die von den anderen Spitälern geltend gemachten zusätzlichen Kosten berücksichtigen, falls diese bei richtigem Vorgehen des Regierungsrates im Zeitpunkt des Erlasses der strittigen Tarife am 22. Dezember 1999 hätten angerechnet werden dürfen und sich auf die per 1. Januar 2000 erlassenen Tarife hätten auswirken können.

Was den Teuerungsausgleich per 1. Januar 2001 und die Lohnerhöhungen per 1. Juli 2001 angeht, steht fest, dass die fraglichen Kosten beim Erlass der strittigen Pauschalen im Dezember 1999, das heisst in jenem Zeitpunkt, auf den Artikel 49 Absatz 1 Satz 3 KVG für die Ermittlung der anrechenbaren Kosten abstellt, nicht ausgewiesen waren. Ferner hätten die Kosten für das Jahr 2000 bzw. die erste Hälfte des Jahres 2001 ohnehin nicht berücksichtigt werden dürfen, weil der Teuerungsausgleich erst auf den 1. Januar 2001 gewährt und die Neueinreihung und die damit verbundenen Lohnerhöhungen erst auf den 1. Juli 2001 wirksam wurden. Diese Lohnkosten hätte der Regierungsrat daher gemäss Artikel 49 Buchstaben a und b VwVG bei Erlass der strittigen Tarife für die Ermittlung der anrechenbaren Kosten nicht berücksichtigen können und dürfen, weshalb sie sich auch nicht auf die strittigen Spitaltarife ausgewirkt hätten und auch vom Bundesrat im vorliegenden Verfahren nicht berücksichtigt werden können. Insoweit empfehlen sich neue Tarifverhandlungen zwischen den Tarifpartnern, wie sie auch der Beschwerdeführer in der Stellungnahme vom 30. April 2001 vorschlägt (vgl.

auch Zwischenverfügung des EJPD vom 27.6.01, Ziff. II/2.3.1 und 2.3.3). Das Gesuch der Gesundheitsdirektion vom 14. März 2001 ist daher abzuweisen, soweit es um den Einbezug des Teuerungsausgleichs (per 1.1.01) und der Lohnerhöhungen (per 1.7.01) in das vorliegende Verfahren geht.

1.6.3 Was schliesslich die *Kosten für Lehre und Forschung* angeht, macht die Gesundheitsdirektion im Schreiben vom 4. Juli 2001 geltend, dass entgegen dem in der Zwischenverfügung des EJPD vertretenen Standpunkt die Erhebung über die universitären Lehr- und Forschungsaufwendungen in den Spitälern als gutachtlicher Nachweis der effektiven Kosten für Lehre und Forschung am Universitätsspital, an der Universitätsklinik Balgrist und am Universitäts-Kinderspital gelten könne. Daher seien gemäss Praxis des Bundesrates diese effektiven Kosten abzuziehen und die höheren normativen Abschlagssätze von je 25 % in der Empfehlung der Preisüberwachung zu korrigieren. Nach der genannten Erhebung würden die Aufwendungen für Lehre und Forschung beim Universitätsspital 22 Prozent, bei der Universitätsklinik Balgrist 17 Prozent und beim Universitäts-Kinderspital 14 Prozent der engeren Betriebskosten betragen. Im Übrigen berücksichtige die Erhebung über den Wortlaut von Artikel 49 Absatz 1 KVG hinaus, wo lediglich von einem Abzug für Lehre und Forschung die Rede sei, erhebliche Kosten für die Weiter- und Fortbildung der Ärzteschaft und gelange trotzdem zu Abschlagssätzen, die unter dem pauschalen Niveau der Preisüberwachung lägen.

Der Beschwerdeführer vertritt demgegenüber in der Eingabe vom 20. August 2001 die Ansicht, dass die Erhebung beziehungsweise deren Ergebnisse für das vorliegende Verfahren nicht verwendet werden könnten. Die Erhebung erfasse nicht alle Kosten, welche gemäss Artikel 49 Absatz 1 KVG unter dem Titel von Lehre und Forschung von den anrechenbaren Kosten abzuziehen seien. Darüber hinaus sei auch die angewandte Methode nicht KVG-konform, weil sie sich auf die zwangsläufig subjektiv gefärbte Selbsteinstufung der befragten Personen stütze und die Referenzperiode von einer Woche für den Zeitaufwand zu kurz sei.

Der Zusammenfassung der Erhebung lässt sich entnehmen, dass sich die Resultate auf die universitäre Lehre in der Medizin und die Forschung in den Spitälern beziehen. Der Begriff der Lehre umfasst ausschliesslich die Tätigkeiten sämtlicher Berufszweige im Hinblick auf die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzteschaft. Dabei wurden nur strukturierte Lehrangebote berücksichtigt; für die anderen Lehrtätigkeiten fehlten auf Grund ihrer schlechten Abgrenzbarkeit gegenüber den Pflege- und Dienstleistungstätigkeiten einfache und objektive Messinstrumente. Tätigkeiten im Zu-

sammenhang mit dem Wahlstudienjahr oder der Weiterbildung der Assistenzärzteschaft im Klinik-Alltag, zusammen Bedside-Teaching genannt, waren von den verwendeten Definitionen ebenso explizit ausgeschlossen wie die Kosten für die Aus-, Weiter- und Fortbildung der nicht-ärztlichen Beschäftigten der Spitäler. Die Resultate werden von den Autorinnen und Autoren als repräsentative Übersicht über die universitäre medizinische Lehre und Forschung in den Universitäts- und Typ-A-Spitälern im Jahre 1999 betrachtet, und als hinreichend zuverlässig wird auch die Schätzung des Aufwands der Schweizer Spitäler für den Bereich des Medizinstudiums (Vorklinik und Klinik) angesehen (Zusammenfassung, S. 5. f. und 8 f.). Als Typ-A-Spitäler werden Spitäler bezeichnet, die primär eine hoch qualifizierte Weiterbildung zur Erlangung eines Facharzttitels FMH in den Disziplinen Chirurgie, Innere Medizin und Gynäkologie anbieten (Zusammenfassung, S. 5).

(1) Nach der Praxis des Bundesrates sind normative Abschlagssätze dann anzuwenden, wenn die vollständigen und effektiven Kosten für Lehre und Forschung in den Kostenrechnungen der Spitäler nicht ausgewiesen werden (RKUV 6/1997 360 E. 8.2²). Es fragt sich, wieweit die Erhebung über die universitären Lehr- und Forschungsaufwendungen in den Spitälern als Kostennachweis gelten und insoweit den gemäss bundesrätlicher Praxis verlangten Kostenausweisen in den betriebsindividuellen Kostenrechnungen der Spitäler gleichgestellt werden kann. Falls die Frage bejaht wird, so hiesse dies, dass primär diese Erhebung statt der subsidiären normativen Abschlagssätze heranzuziehen wäre. Aus der bundesrätlichen Praxis folgt e contrario, dass ein solches Vorgehen zum vornherein für jene Spitäler ausser Betracht fällt, die nicht in die Untersuchung einbezogen worden sind und für die deshalb die Untersuchung keine betriebsindividuellen Zahlen über die Kosten der Lehre und Forschung bietet. Daher lehnt der Bundesrat es ab, für diese Spitäler die Erhebung als Beweismittel für die Kosten von Lehre und Forschung heranzuziehen (Art. 12 VwVG). Dazu gehören namentlich die Zürcher Stadtspitäler Triemli und Waid sowie das Spital Bülach, die keine Lohnnachzahlungen leisten und für die das Verfahren daher nicht sistiert worden ist.

Abgesehen davon könnten sich die nicht einbezogenen Spitäler finanziell selbst dann nicht besser stellen, wenn angenommen würde, dass sich für sie aus der Erhebung Schlüsse auf die effektiven Kosten von Lehre und Forschung ziehen lassen. Gemäss der Erhebung belief sich – in Franken ausgedrückt – der Personalaufwand für Lehre und Forschung 1999 in den direkt

² siehe Nr. KV 16 (1997) dieser Sammlung

befragten Universitäts- und Typ-A-Spitälern zusammen auf 426,3 Millionen oder 12,0 Prozent des gesamten Personalaufwandes (Erhebung, S. 6 f.). Damit dürfte der Aufwand eher niedrig veranschlagt worden sein, wenn berücksichtigt wird, dass die Untersuchung nicht alle Kosten erfasst, die gemäss Praxis des Bundesrates unter die Lehre und Forschung fallen (Ziff. (2) hiernach). Die normativen Abzüge, welche die Preisüberwachung für die Kosten von Lehre und Forschung an diesen Spitälern vorgenommen hat, liegen demgegenüber deutlich tiefer, nämlich pro Spital je nach Anzahl betriebener Gesamtbetten zwischen 1 und 5 Prozent der Personalkosten (Empfehlung, S. 11 f., Ziff. 4.3.2, Tabelle 7).

(2) Als Beweismittel in Betracht fällt die Erhebung über die universitären Lehr- und Forschungsaufwendungen demnach nur für das Universitätsspital, die Universitätsklinik Balgrist und das Universitäts-Kinderspital. In diesem Sinne fragt es sich, ob die Erhebung als vollständiger und effektiver Kostennachweis gelten und insoweit den Kostenausweisen in den betriebsindividuellen Kostenrechnungen der Spitäler gleichgestellt werden kann. Nach der Praxis des Bundesrates sind nicht bloss die Kosten der akademischen Lehre und Forschung zu erfassen und abzuziehen; ein Abzug ist gemäss Artikel 49 Absatz 1 KVG immer dann vorzunehmen, wenn in einem Spital An-gestellte gemäss Pflichtenheft zumindest während eines Teils ihrer Arbeitszeit in der medizinischen Forschung oder als Ausbilder tätig sind (vgl. BRE vom 3.2.1999 i.S. Verband Krankenversicherer St. Gallen-Thurgau [KST] gegen Regierungsrat des Kantons Thurgau betreffend Tagespauschale für Kantoneinwohner der allgemeinen Abteilungen der Kantons-spitäler Frauenfeld und Münsterlingen ab 1.1.1998, E II/8.2, S. 19 f.; Nr. 98-41-0042). Die Praxis versteht somit den Begriff der Lehre und Forschung in einem weiten Sinne, und die Lehre insbesondere erfasst neben der eigentlichen Ausbildung auch die Weiter- und Fortbildung. Unter die Lehre fallen in diesem Sinne zum einen die Aufwendungen für die theoretische und praktische Ausbildung der Studierenden der Medizin bis zum Staatsexamen sowie die Weiterbildung der Ärzte und Ärztinnen bis zum Erwerb eines Facharzt-titels und die Fortbildungsprogramme für Ärzte und Ärztinnen. Zum anderen umfasst die Lehre aber auch die Aufwendungen für die theoretische und praktische Aus-, Weiter- und Fortbildung des Pflegepersonals sowie des Personals medizinisch-technischer und medizinisch-therapeutischer Fachbereiche. Auch in einem Spital, welches keine Forschung betreibt, ist daher ein Abzug für Lehre vorzunehmen, wenn Angestellte im Sinne der vorstehenden Erwägungen als Ausbilder tätig sind, und die entsprechenden Kosten sind in den Kostenrechnungen auszuweisen. Dies entspricht Sinn und Zweck von Artikel 49 Absatz 1 KVG, der bei öffentlichen und öffentlich subventio-

nierten Spitälern im Wesentlichen nur die so genannten Betriebskosten als anrechenbare Kosten anerkennt (KVG-Botschaft, BBl 1992 I 184).

Wenn die Erhebung über die universitären Lehr- und Forschungsaufwendungen an dieser Praxis gemessen wird, so zeigt sich, dass sie dieser nicht in allen Teilen genügt. In der Erhebung nicht erfasst werden beispielsweise die nicht anrechenbaren Kosten für die Aus-, Weiter- und Fortbildung jener nicht-ärztlichen Beschäftigten der Spitäler, die zum Pflegepersonal sowie zum Personal der medizinisch-technischen und der medizinisch-therapeutischen Fachbereiche gehören. Insoweit kann die Erhebung nicht als vollständiger und effektiver Kostennachweis für Lehre und Forschung gelten und den Kostenausweisen in den betriebsindividuellen Kostenrechnungen der Spitäler nicht gleichgestellt werden. Daher lehnt der Bundesrat es auch für das Universitätsspital, die Universitätsklinik Balgrist und das Universitäts-Kinderspital ab, die Erhebung als Beweismittel für die Kosten von Lehre und Forschung heranzuziehen (Art. 12 VwVG), und das Gesuch der Gesundheitsdirektion vom 14. März 2001 ist auch insofern abzuweisen (vgl. auch Zwischenverfügung des EJPD vom 27.6.01, Ziff. II/2.3.2).

Unter diesen Umständen kann offen bleiben, wie die in der Erhebung angewandte Methode und die Dauer der Referenzperiode zu beurteilen sind, welche der Beschwerdeführer neben weiteren Punkten ebenfalls beanstandet.

Abgesehen davon ergibt sich aus der Erhebung über die universitären Lehr- und Forschungsaufwendungen, dass die Daten zwischen dem 1. Januar 1998 und dem 31. Dezember 1999 erhoben und die monetären Angaben allesamt auf das Jahr 1999 standardisiert worden sind (Zusammenfassung, S. 5). Die Erhebung formuliert ihre Einschätzung denn auch für das Jahr 1999, während die strittigen Tarife grundsätzlich auf den Kostenrechnungen 1998 der Spitäler basieren. Auf Grund der Vorgeschichte ist es daher fraglich, ob der Regierungsrat die Erhebung beim Erlass der strittigen Tarife im Dezember 1999, das heisst in jenem Zeitpunkt, auf den Artikel 49 Absatz 1 Satz 3 KVG für die Ermittlung der anrechenbaren Kosten abstellt, für das Jahr 2000 hätte berücksichtigen können und dürfen.

...

1.7 Aus den vorstehenden Erwägungen folgt, dass der Bundesrat über die vorliegende Beschwerde in zwei Teilentscheiden befinden wird und sich die Streitfragen auf die beiden Entscheide wie folgt verteilen:

1.7.1 Im ersten (vorliegenden) Teilentscheid setzt der Bundesrat die Pauschalen jener Spitäler rechtskräftig fest, die keine Lohnnachzahlungen

leisten und für die deshalb das Verfahren nicht sistiert worden ist, und er kann in diesem Entscheid rechtskräftig auch über die Modalitäten der Umsetzung des PLT-Modells befinden. Für diese Spitäler ist der erste Teilentscheid somit endgültig und in diesem Sinne eine Endverfügung, die das Verfahren vor dem Bundesrat abschliesst. Als Gegenparteien und damit Adressaten des ersten Teilentscheides sind daher jene Spitäler zu betrachten, die keine Lohnnachzahlungen leisten, das heisst die Zürcher Stadtspitäler Triemli und Waid sowie das Spital Bülach (Art. 61 Abs. 3 VwVG).

Mit Wirkung für jene anderen Spitäler, die Lohnnachzahlungen leisten und für die das Verfahren insoweit zur Zeit sistiert ist, kann der Bundesrat im ersten (vorliegenden) Teilentscheid die Pauschalen noch nicht rechtskräftig festlegen. Hingegen kann er alle Streitfragen rechtskräftig beurteilen, die nicht mit der strittigen Beteiligung der Krankenversicherer an den Lohnnachzahlungen zusammenhängen.

Dazu gehören zum einen die Modalitäten der Umsetzung des PLT-Modells und die damit verknüpften Fragen. Insoweit ist der erste Teilentscheid für jene anderen Spitäler ebenfalls eine Endverfügung, die das Verfahren abschliesst.

Mit Wirkung für jene anderen Spitäler, die Lohnnachzahlungen leisten, kann der Bundesrat zum anderen aber auch jene Streitfragen rechtskräftig beurteilen, die vorrangig mit der Festsetzung der Pauschalen zu tun haben (Zulässigkeit des PLT-Modells; Qualität der Datenbasis; Bestimmung der anrechenbaren Kosten sowie des Grades der Kostendeckung durch die Krankenversicherer). Weil die Pauschalen selber erst im zweiten Teilentscheid rechtskräftig festgesetzt werden können, handelt es sich insoweit beim ersten Teilentscheid um einen Vorentscheid. Ein (verbindlicher) Vorentscheid ist zulässig, wenn er im einschlägigen Verfahrensrecht vorgesehen ist (BGE 117 Ib 27 E. 6). Die bundesrechtliche Grundlage findet sich für den vorliegenden Fall in Artikel 25 Absatz 1 VwVG. Danach kann die in der Sache zuständige Behörde über den Bestand, den Nichtbestand oder den Umfang öffentlichrechtlicher Rechte oder Pflichten von Amtes wegen oder auf Begehren eine Feststellungsverfügung treffen. Im vorliegenden Fall ist der Vorentscheid als Feststellungsverfügung zu betrachten, weil er sich in der Feststellung erschöpft, wie die genannten Streitfragen im Lichte des KVG zu beurteilen sind, ohne dass bereits eine Leistungs- oder Gestaltungsverfugung über die strittigen Pauschalen erlassen werden kann. Mit der Feststellungsverfügung lässt sich die Ausgangslage für den zweiten Teilentscheid klären, was im Interesse der Beteiligten (Krankenversicherer, Spitäler und Vorinstanz) liegt. Damit ist das für eine Feststellungsverfügung generell er-

forderliche Feststellungsinteresse (BGE 121 II 480 E. 2d) gegeben, was den Bundesrat zum Erlass einer Feststellungsverfügung in Form eines Vorentscheides berechtigt. Insoweit sind auch jene anderen Spitäler, die Lohnnachzahlungen leisten und für die das Verfahren sistiert ist, als Gegenparteien und damit Adressaten des ersten Teilentscheides zu betrachten, weshalb auch ihnen der erste Teilentscheid zu eröffnen ist (Art. 61 Abs. 3 VwVG).

1.7.2 Im zweiten (später zu treffenden) Teilentscheid zu beurteilen bleibt bei diesem Vorgehen die Frage, ob die Kosten aus den Lohnnachzahlungen vom 1. Januar 2000 bis zum 30. Juni 2001 an das Personal der kantonalen und staatsbeitragsberechtigten Spitäler (vgl. Medienmitteilung der Gesundheitsdirektion vom 9. 7. 01) grundsätzlich in die anrechenbaren Kosten einbezogen werden können und wieweit sich diese Kosten gegebenenfalls auf die strittigen Pauschalen auswirken. Die Gesundheitsdirektion wird hierfür zunächst an Hand der Mehrkosten die Tarife der betroffenen Spitäler neu berechnen; diese Berechnungen werden dem Beschwerdeführer und den betroffenen Spitälern oder deren Rechtsträgern und Rechtsvertretern zur Vernehmlassung unterbreitet werden müssen. Hernach werden voraussichtlich auch die Preisüberwachung und das Bundesamt für Sozialversicherung anzuhören sein, bevor die Parteien Gelegenheit zu einer abschliessenden Stellungnahme erhalten. Wenn dieses Verfahren abgeschlossen ist, wird das EJPD dem Bundesrat Antrag über die Festsetzung der Pauschalen dieser Spitäler stellen, und der Bundesrat wird deren Tarife im zweiten Teilentscheid rechtskräftig festsetzen. Als Gegenparteien und damit Adressaten des zweiten Teilentscheides verbleiben somit einzig jene Spitäler, die Lohnnachzahlungen leisten und für die das Verfahren sistiert worden ist, weshalb nur ihnen der zweite Teilentscheid zu eröffnen sein wird (Art. 61 Abs. 3 VwVG).

Ferner versteht es sich, dass die beiden Teilentscheide auch dem Beschwerdeführer und der Vorinstanz sowie den Fachbehörden des Bundes zu eröffnen sind.

...

4.3 Wenn die Preisüberwachung im kantonalen Verfahren zu Tarifen Empfehlungen abgibt und diese im Beschwerdeverfahren bestätigt, so fragt es sich, wie der Bundesrat seine Prüfungsbefugnis gegenüber dem angefochtenen Tarifbeschluss auszuüben hat.

Soweit eine kantonale Vorinstanz als erste Instanz verfügt hat, wie dies vorliegend der Fall ist, steht dem Bundesrat grundsätzlich volle Prüfungs-

befugnis in Tat- und Rechtsfragen zu; er kann insbesondere die Angemessenheit des angefochtenen Entscheides prüfen (Art. 49 VwVG).

Der Bundesrat beachtet gemäss fester Praxis indes dann Zurückhaltung, wenn der angefochtene Entscheid mit den Amtsberichten der Fachstellen des Bundes übereinstimmt. Als ein solcher Amtsbericht ist im vorliegenden Fall die Vernehmlassung der Preisüberwachung vom 19. Mai 2000 zu betrachten, welche auf die zuhanden des Regierungsrates abgegebenen Empfehlungen vom 7. Dezember 1999 verweist. Solche Amtsberichte vermitteln Sachkunde, über welche die entscheidenden Behörde nicht ohne weiteres verfügt. Der Bundesrat weicht von der Auffassung der Fachstellen des Bundes allerdings dann ab, wenn die Amtsberichte auf einer falschen Auslegung des Bundesrechts beruhen oder irrtümliche tatsächliche Feststellungen, Lücken oder Widersprüche enthalten (VPB 54.29, S. 163, E. 2.b, mit weiteren Hinweisen auf die Praxis).

Grundsätzlich nicht anders mit der Kognition des Bundesrates kann es sich dann verhalten, wenn die Vorinstanz es ablehnt, den Empfehlungen der Preisüberwachung zu folgen, wie dies im vorliegenden Fall zum Teil zutrifft, weshalb der Bundesrat seine Praxis bei der Überprüfung hoheitlich verfügbarer KVG-Tarife in diesem Sinne präzisiert hat (für die vertraglichen Tarife vgl. VPB 56.44, S. 333 ff. und VPB 56.45, S. 347 ff.; für hoheitlich verfügte Tarife vgl. RKUV 6/1997 353 E. 4.6.³). Auch bei dieser Konstellation hat die auf Sachkunde gestützte Empfehlung der Preisüberwachung massgebliches Gewicht bei der Beurteilung der strittigen Tarife. Damit wird auch gewährleistet, dass die Anwendung des für die Berechnung der Tarife massgeblichen Bundesrechts grundsätzlich nach bundesweit einheitlichen Massstäben erfolgt, soweit nicht besondere Gründe (wie z.B. örtliche Verhältnisse) es rechtfertigen, davon abzuweichen.

...

Materielle Fragen

6. Anforderungen an die Datenbasis

6.1 Nach Artikel 49 Absatz 6 KVG ermitteln die Spitäler ihre Kosten und erfassen ihre Leistungen nach einheitlicher Methode; sie führen hierzu eine Kostenstellenrechnung und eine Leistungsstatistik.

6.2 Eine transparente und nachvollziehbare Tarifgestaltung setzt aussagekräftige Unterlagen voraus; nur so lässt sich die vom KVG angestrebte Kostendämpfung verwirklichen. Der deutsche Wortlaut des Artikels 49 Ab-

³ siehe Nr. KV 16 (1997) dieser Sammlung

satz 6 KVG gibt allerdings nicht den wahren Sinn dieser Bestimmung wieder, denn die vom Gesetz geforderte Kostentransparenz kann allein mittels Kostenstellenrechnung und Leistungsstatistik nicht erreicht werden. Entsprechend dem französischen und italienischen Wortlaut, wonach zur Ermittlung der Spitalkosten nebst der Leistungsstatistik «une comptabilité analytique» beziehungsweise «una contabilità analitica» geführt werden muss, sind die Spitäler gemäss Artikel 49 Absatz 6 KVG gehalten, nebst der Leistungsstatistik eine Betriebsabrechnung vorzulegen, welche die Kostenrechnung (bestehend aus der Kostenarten-, Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung) sowie die Ermittlung des Betriebserfolges umfasst.

6.3 Der Erlass der zur Anwendung des Artikels 49 Absatz 6 KVG nötigen Bestimmungen durch den Bundesrat steht allerdings noch aus. Die Spitäler sind daher von Bundesrechts wegen zur Zeit noch nicht verpflichtet, ihre Kosten und Leistungen nach einheitlicher Methode zu ermitteln beziehungsweise zu erfassen; dies heisst aber nicht, dass die Kosten der Spitäler erst dann (transparent) ausgedrückt werden müssen, wenn die bundesrätlichen Bestimmungen vorliegen.

Der Bundesrat hat daher im Entscheid in Sachen Spitaltaxen des Kantons Zürich 1996 (RKUV 6/1997 343 ff.⁴) entschieden und in späteren Entscheiden bestätigt, dass zwar von den Spitälern zur Zeit kein strikter Nachweis der Kosten im Sinne von Artikel 49 Absatz 6 KVG verlangt werden kann, aber Tarifierhöhungen nur dann bewilligt werden können, wenn die anrechenbaren Kosten ausgewiesen werden.

6.4 Solange von den Spitälern die Betriebsabrechnung und die Leistungsstatistik im Sinne von Artikel 49 Absatz 6 KVG nicht verlangt werden können, lässt sich gemäss dem erwähnitem Grundsatzentscheid des Bundesrats (RKUV 6/1997 S. 356 ff.⁵) die maximale Deckungsquote von 50 Prozent der anrechenbaren Kosten nur und erst dann rechtfertigen, wenn praktisch volle Kostentransparenz besteht. Was volle Kostentransparenz bedeutet, ist durch Auslegung von Artikel 49 Absatz 1 KVG zu gewinnen. Bei dieser Übergangslösung handelt es sich nicht um ein Rechnungsmodell, das mathematisch genau angeben kann, wieviele Prozente im konkreten Fall die zulässige Deckungsquote beträgt. Vielmehr geht es darum, die verfügbaren Unterlagen zu bewerten und dabei abzuschätzen, wo sie Kostentransparenz bieten und wo noch Lücken bestehen. Diese Lücken in der Transparenz sind bei der Bestimmung der für die strittigen Tarife angemessenen Deckungsquote zu berücksichtigen.

⁴ siehe Nr. KV 16 (1997) dieser Sammlung

⁵ siehe Nr. KV 16 (1997) dieser Sammlung

6.5 Daraus folgt, dass auch in der Übergangszeit die Kosten der Spitäler ausgewiesen werden müssen, soweit sie auf die Spitalpauschalen angerechnet werden. Dass dieser Nachweis den Spitälern obliegt, folgt aus der allgemeinen Beweislastregel, wonach die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen hat, wer aus den behaupteten und unbewiesenen gebliebenen Tatsachen hätte Rechte ableiten können (Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 280 ff.). Wenn die Spitäler die Anrechnung der von ihnen behaupteten Kosten auf die Spitalpauschalen verlangen, obliegt es daher ihnen, das für den Nachweis nötige Zahlenmaterial vorzulegen, wenn sie vermeiden wollen, dass bei fehlendem Nachweis zu ihrem Nachteil entschieden wird (RKUV 6/1997 356 E. 7.1.3⁶).

6.6 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass bis zur Einführung der einheitlichen Instrumente (Betriebsabrechnung und Leistungsstatistik) bei der Beurteilung von Tarifen noch kein den Bestimmungen des neuen KVG entsprechender Nachweis verlangt werden kann.

Immerhin müssen die Spitäler die Rechnungen bereits heute so weit als möglich transparent ausgestalten, so dass die Kosten der allgemeinen Abteilung ersichtlich sind. Der Tarifberechnung müssen daher Unterlagen zu Grunde gelegt werden, die eine transparente Ausscheidung der Kosten der allgemeinen Abteilung von den übrigen Kosten ermöglichen. Diese Forderung ergibt sich aus Artikel 49 Absatz 1 KVG, der für die Tarifierung allein die Kosten der allgemeinen Abteilung zur Anrechnung zulässt. Soweit eine transparente Kostenausscheidung eine Kostenträgerrechnung erfordert, lässt sich diese Forderung daher nicht mit dem von der Gesundheitsdirektion erhobenen Einwand abwehren, dass Artikel 49 Absatz 6 KVG nur eine Kostenstellenrechnung und eine Leistungsstatistik verlange (vgl. RKUV 6/1997 356 E. 7.2⁷).

Je mehr Transparenz ein Spital bietet, vor allem je genauer und vollständiger dessen Betriebsabrechnung (bestehend aus der Kostenarten-, Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung) also ist, desto höher kann somit die Deckungsquote angesetzt werden.

7. Einwände gegen die strittigen Tarife

Die Einwände gegen die strittigen Tarife lassen sich grundsätzlich in zwei Gruppen gliedern. Kriterium für die Abgrenzung zwischen den beiden Gruppen bildet die Frage, ob sich ein Einwand gegen das PLT-Modell als solches richtet (Ziff. 8 hiernach) oder ob – auf der Basis des PLT-Modells –

⁶ siehe Nr. KV 16 (1997) dieser Sammlung

⁷ siehe Nr. KV 16 (1997) dieser Sammlung

die Qualität der Datenbasis und die Bestimmung der anrechenbaren Kosten (Bereinigungsfaktoren) sowie die Modalitäten der Umsetzung des PLT-Modells im angefochtenen Beschluss bemängelt werden (Ziff. 9, 10 und 11 hier-nach).

Die folgenden Erwägungen gelten grundsätzlich für alle Spitäler, das heisst auch für jene, für die das Verfahren sistiert ist (Ziff. II/1.7 hiervor), sofern jeweils nicht aus-drücklich etwas anderes vermerkt ist.

8. *Einwände gegen die Zulässigkeit des PLT-Modells*

8.1 Das BSV wirft in der Vernehmlassung die Frage auf, ob im Lichte von Artikel 49 Absätze 1 und 2 KVG die Aufteilung der Vergütung in eine Tagespauschale für Pflege und Hotellerie/Services, Abteilungspauschalen für die medizinische Behandlung und Diagnose sowie Pauschalzuschläge oder fallbezogene Abgeltungen für Operationssaal und Intensivpflegestation dem Willen des Gesetzgebers entspreche. Selbst wenn letzteres bejaht würde, habe die Aufteilung der Vergütung in Pauschalen Grenzen, ansonsten sich Systeme mit einer hohen Anzahl kombinierbarer Pauschalen der Einzelleistungstarifizierung annäherten.

Nach Artikel 49 Absätze 1 und 2 KVG erfolgt die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital durch Pauschalen; gesondert in Rechnung gestellt werden können besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen. Zulässig ist somit nur ein Pauschaltarif, was andere Formen der Vergütung wie namentlich den Einzelleistungstarif ausschliesst (Art. 43 Abs. 2 Bst. b und c KVG). Ein Einzelleistungstarif liegt gemäss der zitierten Bestimmung dann vor, wenn der Tarif für die einzelnen Leistungen Taxpunkte festlegt und den Taxpunktwert bestimmt, während der Pauschaltarif pauschale Vergütungen vorsieht. Vom Wortlaut der Bestimmung her handelt es sich beim strittigen Tarif somit nicht um einen Einzelleistungstarif, weil der Regierungsrat weder Taxpunkte für die einzelnen Leistungen noch einen Taxpunktwert festgelegt hat. Dass er die Vergütung neu in Teilpauschalen aufteilt, ist mit Artikel 49 Absatz 1 KVG grundsätzlich vereinbar, weil die Bestimmung nicht Tages-Vollpauschalen vorschreibt und daher andere pauschale Regelungen wie die Aufteilung in eine Tages- und eine Fall-Teilpauschale nicht ausschliesst, sofern die Regeln über die Bestimmung der anrechenbaren Kosten beachtet werden. Vereinbar ist die Regelung auch mit Artikel 43 Absatz 3 KVG, der bestimmt, dass der Pauschal-tarif sich auf die Behandlung je Patient oder Patientin (Patientenpauschale) oder auf die Versorgung je Versichertengruppe (Versichertenpauschale) beziehen kann. Was namentlich die IPS-Pauschale und

Implantats-Pauschale angeht, so lassen sich diese auf Artikel 49 Absatz 2 KVG stützen. Die Bestimmung erlaubt eine getrennte Rechnungsstellung für besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen. Zu diesen besonderen Leistungen sind die Leistungen in einer IPS-Station zu zählen, weil nicht alle Patientinnen und Patienten diese Leistungen beanspruchen, sondern nur jene mit einem ganz spezifischen Krankheitsbild oder Behandlungsbedarf. Dafür braucht es besondere Apparate und Pflegemassnahmen, welche die Leistungen entsprechend verteuern. Deshalb sind gesonderte IPS-Pauschalen nach KVG grundsätzlich nicht ausgeschlossen.

Dasselbe gilt für die Implantats-Pauschalen. Artikel 20 Absatz 2 KLV bestimmt, dass Mittel und Gegenstände, welche in den Körper implantiert werden, in der Liste der Mittel und Gegenstände nicht aufgeführt sind und ihre Vergütung mit der entsprechenden Behandlung in den Tarifverträgen geregelt wird. Damit wird auf die Regelung von Artikel 49 KVG über die Tarifverträge mit den Spitälern verwiesen, weshalb sinngemäss das gilt, was zu den IPS-Pauschalen ausgeführt worden ist.

Der Bundesrat teilt die Ansicht des BSV, dass die Aufteilung der Vergütung in Pauschalen Grenzen hat und sich Systeme mit einer hohen Anzahl kombinierbarer Pauschalen materiell der Einzelleistungstarifizierung annähern. Diese Grenze ist indes vorliegend nach Ansicht des Bundesrates nicht überschritten, weil im Einzelfall maximal vier Pauschalen (Tages-Teilpauschale und Fall-Teilpauschale sowie gegebenenfalls IPS-Pauschale und Implantats-Pauschale) verrechnet werden können.

8.2 In der Sache macht der Beschwerdeführer geltend, dass der Regierungsrat mit dem hoheitlich angeordneten Wechsel zum PLT-Modell gegen Bundesrecht verstosse, und begründet dies im Einzelnen wie folgt:

8.2.1 Der Regierungsrat habe als Tariffestsetzungsbehörde gehandelt, doch müsse man sich stets vor Augen halten, dass der Kanton bei den Spitaltarifen eigentlich Partei sei, da die Höhe der von den Krankenversicherern zu leistenden Tarife direkten Einfluss auf die kantonalen Finanzen habe. Dies gelte vor allem für das USZ, also bei jenem Spital, das etwa ein Drittel der gesamten stationären Spitalkosten des Kantons Zürich generiere. Dass gerade dieses Spital zu jenen Leistungserbringern gehöre, denen im angefochtenen Entscheid die höchsten Tariferhöhungen zugesprochen würden, zeige die problematische Rollenvermischung, was beim Entscheid über die vorliegende Tarifbeschwerde zu berücksichtigen sei.

Dazu ist festzuhalten, dass nach der gesetzlichen Ordnung im vertragslosen Zustand die Zuständigkeit für die Festsetzung der stationären Tarife bei

der Kantonsregierung liegt (Art. 47 Abs. 1 KVG). Ferner muss die öffentliche Hand mindestens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten der stationären Versorgung in den öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern übernehmen (Art. 49 Abs. 1 KVG). Mit Blick auf diese Verpflichtung haben die Kantone – nicht anders als die Versicherer auf Grund ihrer eigenen Kostentragungspflicht – ein Interesse daran, dass die Spitäler die Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erbringen und in diesem Sinne die anrechenbaren Kosten niedrig halten. Insoweit besteht kein Interessengegensatz zwischen den Versicherern und den Kantonsregierungen, und es ist auch nicht ersichtlich, inwiefern deren Interessen als Tariffestsetzungsbehörde und Spitalfinanzierer einander widersprechen sollten. Wenn man den Kantonsregierungen ein parteiliches Interesse bei der Tariffestsetzung unterstellen will, wie der Beschwerdeführer dies tut, so am ehesten dann, wenn es um die Frage geht, wie die anrechenbaren Kosten zwischen der öffentlichen Hand und den Versicherern aufzuteilen sind. Selbst wenn jedoch eine Kantonsregierung bei der Tariffestsetzung darauf tendieren sollte, den Spielraum zum Vorteil der kantonalen Finanzen auszuschöpfen und bei der Kostenbeteiligung der Krankenversicherer bis an die maximal zulässigen 50 Prozent zu gehen, so wäre damit für die Beurteilung der Streitfrage nichts gewonnen. Von Gesetzes wegen obliegt den Kantonen bzw. den Kantonsregierungen im vertragslosen Zustand eine zweifache Aufgabe. Die Kantonsregierung muss zum einen die Tarife festsetzen und in dieser Funktion zum anderen auch über die Kostenverteilung zwischen der öffentlichen Hand und den Krankenversicherern befinden. Das Gesetz will dies so, weshalb es aus dieser Sicht nicht angebracht wäre, die Kognition des Bundesrates gegenüber den Kantonsregierungen bei der Tariffestsetzung im vertragslosen Zustand zu verschärfen. Der Bundesrat wird daher alle Tarife und insbesondere auch jene des USZ, welche der Beschwerdeführer namentlich anvisiert, im Rahmen der ordentlichen Kognition überprüfen (vgl. Ziff. II/4.3 hiavor).

8.2.2 Weiter macht der Beschwerdeführer geltend, der Regierungsrat habe die gesetzlichen Kompetenzen überschritten. Artikel 47 KVG weise der Kantonsregierung für den Fall eines vertragslosen Zustandes die Aufgabe zu, den « Tarif festzusetzen ». Es sei aber nur für den Fall der Nichterneuerung eines bisherigen Vertrages davon die Rede, dass die Behörde einen ganzen Vertrag autoritativ erlassen (d. h. verlängern) dürfe. Vorliegend habe der Regierungsrat aber nicht einen Tarifvertrag verlängert, sondern ein neues und umfassendes Tarifsystem erlassen, das nie Gegenstand einer vertraglichen Einigung gebildet habe. Mit einem solchen Erlass, der materiell einem Tarifvertrag entspreche, habe der Regierungsrat seine Kompetenzen überschritten.

Das Vorgehen des Regierungsrates sei aber auch sonst problematisch. Der Akutspitalervertrag 1990 sei per 31. Dezember 1998 gekündigt worden. Die Möglichkeit, einen gekündigten Vertrag gemäss Artikel 47 Absatz 3 KVG um maximal ein Jahr zu verlängern, habe der Regierungsrat bereits mit Beschluss vom 16. Dezember 1998 ausgeschöpft. Der neue Vertrag und das PLT-Modell seien nie fertig verhandelt worden; vielmehr habe der Regierungsrat einfach den Entwurf mit einigen, von den Versicherern für den Fall einer Gesamteinigung gemachten Konzessionen in den angefochtenen Beschluss übernommen und die von den Versicherern verlangten Kautelen weggelassen. Als Beispiele für Zugeständnisse der Spitäler, die im angefochtenen Beschluss fehlten, seien zu nennen: Aufklärungspflicht des Spitals gegenüber der Patientin oder dem Patienten bei fehlender Leistungspflicht der Krankenkasse; Nachweis der Akutspitalbedürftigkeit; Hinweis auf präoperative Untersuchungen; Regelung der Wirtschaftlichkeit und der Qualitätskontrolle. Als Beispiele für Zugeständnisse der Krankenversicherer, welche von diesen nur für den Fall einer vertraglichen Einigung angeboten und trotzdem in den angefochtenen Beschluss aufgenommen worden seien, seien anzuführen: Verzicht auf Kostengutsprache; Definition von «stationär» im Grenzfällen; Regelung für die Ein- und Austrittstage; Urlaubsregelung; Regelung der präoperativen Untersuchungen; System des Tiers payant. Wenn ein derartiges Vorgehen Schule mache, würden zukünftige Verhandlungen zusätzlich erschwert, weil Teilzugeständnisse im Hinblick auf eine Annäherung der Standpunkte vermieden würden. Eine solche unzulässige Rosinenpickerei sei nur deshalb möglich, weil der Kanton als Verhandlungspartner – und gleichzeitig Tariffestsetzungsbehörde bei Scheitern der Verhandlungen – in einer übermächtigen Position sei. Die hoheitliche Tariffestsetzung solle auch das Ziel verfolgen, die Tarifpartner wieder zum Regelfall, das heisst zum Abschluss eines Tarifvertrages, zu bewegen. Die Regierungsrat habe mit seinem Vorgehen dieses gesetzliche Ziel unterlaufen.

Für die Beurteilung dieses Einwandes ist davon auszugehen, dass Tarife in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Tarifvertrag) vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt werden (Art. 43 Abs. 4 KVG). Der Bundesrat hat bereits dargelegt (Ziff. II/1.3 hiervor), dass die Kompetenz der Kantonsregierung, im vertragslosen Zustand den Tarif festzusetzen, sich nach Artikel 47 Absatz 1 KVG nicht auf den Tarif auf solchen beschränkt. Um eine ordnungsgemässe und einheitliche Abrechnung der Einzelfälle zu gewährleisten, können sich auch weitere Vorschriften als nötig erweisen, so insbesondere über die Modalitäten der Rechnungstellung. Solche Vorschriften las-

sen sich wie der Tarif als solcher ebenfalls auf Artikel 47 Absatz 1 KVG stützen. Soweit sich die Tarifpartner (Spitäler und Versicherer) darüber nicht einigen, verstösst eine kantonale Regierung nicht gegen Artikel 47 Absatz 1 KVG, wenn sie die notwendigen Modalitäten im Rahmen der hoheitlichen Tariffestsetzung regelt. Dies gilt um so mehr dann, wenn das Tarifmodell nicht mit einfachen Tages-Vollpauschalen arbeitet, sondern differenzierte Ansätze verwendet, wie dies für das PLT-Modell zutrifft. Dass diese Modalitäten von der Regelungsdichte her nicht so weit wie ein Tarifvertrag gehen dürfen, wie der Beschwerdeführer geltend macht, trifft daher so nicht zu. Massgebend für die Zulässigkeit von Modalitäten ist vielmehr, ob diese die zwingenden Vorschriften des KVG beachten und sachlich notwendig sowie geeignet sind, um den angestrebten Zweck zu erreichen. Selbst wenn dies für einzelne Modalitäten nicht zutreffen sollte, so hiesse dies noch nicht, dass das PLT-Modell deswegen als Ganzes aufgehoben werden müsste. Der Grundsatz der Verhältnismässigkeit verpflichtet die verfügende Behörde, bei der Wahl der Mittel nicht über das hinauszugehen, was nötig ist, um den Zweck zu erreichen, durch den sie gedeckt sind (BGE 107 Ib 247 E. b und 117 Ia 446 E. 4a). Für den Bundesrat als Beschwerdeinstanz folgt daraus, dass er das PLT-Modell nur im Sinne eines letzten Mittels kassieren wird, das heisst dann, wenn sich allfällige Mängel des Modells nicht anders beheben lassen, beispielsweise dadurch, dass einzelne Modalitäten geändert oder aufgehoben werden. Wie es sich in dieser Hinsicht mit den unter Ziffer XII im Dispositiv des angefochtenen Beschlusses geregelten weiteren Modalitäten verhält, wird im Abschnitt über die Einwände gegen die Modalitäten der Umsetzung des PLT-Modells geprüft (Ziff. II/11 hiernach).

Falls der Beschwerdeführer mit dem Einwand, der neue Vertrag und das PLT-Modell seien nie fertig verhandelt worden, sagen will, der Regierungsrat hätte das PLT-Modell nur mit Zustimmung der Krankenversicherer einführen dürfen, wäre dazu Folgendes zu bemerken: Den Akten (...) lässt sich entnehmen, dass die Tarifpartner bei den Verhandlungen im Jahre 1999 auch über das neue Tarifmodell diskutiert haben, sich aber nicht einigen konnten. Daher bestand Ende 1999 ein vertragsloser Zustand, der den Regierungsrat berechnete beziehungsweise verpflichtete, die neuen Spitaltarife hoheitlich festzusetzen (Art. 47 Abs. 1 KVG). Dass er dabei ein neues Tarifmodell eingeführt und die Tarife neu in Teilpauschalen aufgeteilt hat, ist mit Artikel 49 Absatz 1 KVG grundsätzlich vereinbar, weil die Bestimmung nicht Tages-Vollpauschalen vorschreibt und daher andere pauschale Regelungen wie die Aufteilung in eine Tages- und eine Fall-Teilpauschale nicht ausschliesst (vgl. Ziff. II/8.1 hiervor). Daher trifft nicht zu, dass ein Systemwechsel nur im Einvernehmen mit den Versicherern erarbeitet werden kann.

8.2.3 Der Beschwerdeführer macht weiter geltend, das PLT-Modell sei von der Preisüberwachung nicht gebilligt worden. Diese habe nur ausgeführt, dass sie «grundsätzlich nichts gegen die Einführung neuer Tarifmodelle einzuwenden habe». Zudem begrüsse sie die Tendenz einer «verursachergerechteren Tarifierung». Diesen Grundsatz und diese Tendenz begrüsse der Beschwerdeführer ebenfalls. Da für die Versicherer jedoch die Ergebnisse, das heisst die zu erwartenden Kosten, massgebend seien, opponiere der Beschwerdeführer gegen dieses nicht einführungsreife Tarifmodell. Die Preisüberwachung habe zwar die Missachtung von gesetzlichen Anforderungen und aktuellen Bundesratsentscheiden sowie andere Mängel festgestellt, aber dennoch grundsätzlich mit den Zahlen der Gesundheitsdirektion gerechnet. Bei der rechtlichen Zulässigkeit der autoritativen Anordnung eines Modellwechsels sei sie sogar bloss davon ausgegangen, die Gesundheitsdirektion habe dies abgeklärt. Somit könne aus der Stellungnahme der Preisüberwachung keine Billigung des Modell- bzw. Systemwechsels auf dem Verfügungswege herausgelesen werden.

Auf Anfrage der Instruktionsbehörde hat sich die Preisüberwachung mit Vernehmlassung vom 3. März 2000 zur Frage des Systemwechsels geäussert. Sie hält das PLT-Modell für grundsätzlich geeignet, KVG-konforme Pauschalen für stationäre Spitalbehandlungen festzusetzen. Es erlaube, tendenziell verursachergerechtere Tarife festzulegen, allerdings nur dann, wenn auf Gruppenpauschalen verzichtet werde und insgesamt die Anforderungen des PüG und des KVG sowie der bundesrätlichen Praxis erfüllt würden. Im Übrigen teile die Preisüberwachung die Auffassung des Beschwerdeführers, dass Tarifmodellwechsel grundsätzlich kostenneutral zu erfolgen hätten, das heisst nicht allein auf Grund des Systemwechsels höhere Kosten entstehen dürften. Sie erachte es daher als vordringlich, dass die Einführung des PLT-Modells mit wirkungsvollen flankierenden Massnahmen (z. B. Limitierung der Fallzahlen) abgesichert werde (vgl. auch Vernehmlassung der Preisüberwachung vom 19. 5. 00).

Den Vernehmlassungen der Preisüberwachung lässt sich entnehmen, dass diese gegen den Wechsel zum PLT-Modell keine grundsätzlichen Einwände erhebt und dieses insofern nicht in Frage stellt. Die Vorbehalte betreffen somit nicht das Modell als solches, sondern die flankierenden Massnahmen und damit die Modalitäten der Umsetzung des PLT-Modells. Auf diese Punkte ist daher später im einschlägigen Abschnitt einzutreten (Ziff. II/11.2.2 hiernach). Auch das BSV wendet sich in seiner Vernehmlassung nicht grundsätzlich gegen das neue PLT-Modell. Es stützt sich dabei auf den im März 1999 in Vernehmlassung gegebenen Entwurf bzw. auf die inzwischen vom Bundesrat verabschiedete Botschaft vom 18. September 2000 be-

treffend die Änderung des KVG (BBl 2001, Nr. 8, S. 741; im Folgenden: Botschaft KVG-Teilrevision). Diese regelt vor allem die Spitalfinanzierung neu und geht vom System der Tagespauschalen über zu leistungsbezogenen (Fall-) Pauschalen. Damit sollen die heute falsch gesetzten ökonomischen Anreize korrigiert werden, weil Tagespauschalen die Spitäler dazu verleiten können, die Patientinnen und Patienten zu lange im Spital zu behalten. In diesem Sinne sieht der Entwurf des Bundesrates in Absatz 1 zu Artikel 49 KVG vor, dass die Vertragsparteien für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital (Art. 39 Abs. 1) und der teilstationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einer Einrichtung der teilstationären Krankenpflege (Art. 39 Abs. 1) Pauschalen vereinbaren. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Die einheitlichen Strukturen können in Kategorien aufgeteilt werden. Sie werden von den Tarifpartnern vereinbart. Können sich diese nicht einigen, so legt der Bundesrat die Strukturen fest (Botschaft KVG-Teilrevision, BBl, a. a. O., S. 819). In den Erläuterungen (Botschaft KVG-Teilrevision, BBl, a. a. O., S. 788) führt der Bundesrat aus, denkbar seien dabei verschiedene Arten von Pauschalen. So wären die klassischen, auf Diagnosen beruhenden Fallpauschalen möglich (DRG: Diagnosis Related Group), bei denen die prospektiv festgelegte Entschädigung abhängig sei von der festgestellten Diagnose (z. B. Blinddarmentzündung). Bei Fällen, die nicht in eine diagnosebezogene Kategorie eingeordnet werden können, wären eher versorgungsbezogene Pauschalen denkbar, bei denen die Vergütung einen ganzen Behandlungsverlauf entschädige, wie dies bei den sogenannten Patient Management Categories (PMC) der Fall sei. Beispielsweise könne bei polymorbiden Patientinnen bzw. Patienten (und bei Langzeitpatientinnen bzw. -patienten) nur schwer mit Fallpauschalen abgerechnet werden, da diese den Krankheitsverlauf und den von Fall zu Fall unterschiedlichen Aufwand, der mit einer bestimmten medizinischen Behandlung verbunden sein könne, zu wenig exakt wiedergäben. In solchen Fällen sowie in der Übergangsphase könne auch mit Abteilungspauschalen eine Differenzierung erreicht werden.

Das BSV geht davon aus, dass bei leistungsbezogener Vergütung die Wirtschaftlichkeit der Behandlung gesteigert und die Dauer der Spitalaufenthalte weiter zurückgehen werde. Zwar dürfte diese Wirkung nicht im ersten Jahr des Übergangs zu einem Modell, wie es vom Regierungsrat des Kantons Zürich beschlossen worden sei, eintreten. Mittel- und längerfristig sei sie jedoch bei der Budgetierung – und auch bei der Vergütung der Leistungen – zu beachten. Das PLT-Modell bringe eine Kombination von Tagespauschalen und Abteilungspauschalen und könne als Schritt in die vom

Bundesrat vorgezeichnete Richtung betrachtet werden. Das teilweise Festhalten am System der Tagespauschalen jedoch – ebenfalls im Fall, in dem diese nach Abteilungen differenziert seien – widerspreche indes dem Prinzip der Leistungsfinanzierung, weil die Tagespauschalen auf die Kostendeckung abstellten. Weil es sich beim PLT-Modell somit nicht um leistungsbezogene Pauschalen im Sinne des Entwurfes des Bundesrates handle, könne es sich nur um eine Übergangslösung handeln, die höchstens so lange Bestand habe, bis im Rahmen der zweiten Teilrevision des KVG eine definitive Regelung in Kraft trete.

8.2.4 Aus der Sicht des Bundesrates versteht es sich, dass der Regierungsrat das PLT-Modell überprüfen wird, wenn das einschlägige Bundesrecht ändert. Dass es sich beim PLT-Modell um eine Zwischenlösung und nicht um eine definitive Lösung handelt und das Modell später durch das AP-DRG-Modell (=All Patients-Diagnosis Related Groups) abgelöst werden soll, wie auch der Beschwerdeführer einwendet, kann daher gegen das PLT-Modell als solches zur Zeit nicht entscheidend ins Gewicht fallen. Die Gesundheitsdirektion weist in der Vernehmlassung vom 15. März 2000 zu Recht darauf hin, dass die wechselnden wirtschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen immer wieder Anpassungen bei den Rechnungsmodellen nötig machen werden und insofern jedes Modell Übergangscharakter aufweist. Sie geht ferner davon aus, dass das PLT-Modell – bis zur Einführung von diagnosebezogenen Abgeltungsmodellen – im Kanton Zürich während mehrerer Jahre angewendet werde und deshalb nicht von einer bloss kurzfristigen Zwischenlösung gesprochen werden könne; das PLT-Modell sei lediglich deshalb als Übergangsmodell bezeichnet worden, weil die Tarifpartner bereits Weiterentwicklungen in Richtung AP-DRG-Tarifierung ins Auge fassten.

8.2.5 Der Beschwerdeführer macht ferner geltend, wenn die Spitaltarife aufeinander folgender Jahre wegen Tarifmodellwechsels nicht vergleichbar seien, so würden gesetzlich vorgesehene Kontroll- und Kostenbremsmechanismen oder -kriterien in der bundesrätlichen Beschwerdepraxis unterlaufen (z. B. Art. 55 KVG: Massnahmen gegen überdurchschnittlichen Kostenanstieg). Dem widerspricht indes die Tatsache, dass sowohl der Beschwerdeführer wie auch die Preisüberwachung in der Lage waren, die Kosten der neuen Tarife zu berechnen (vgl. Beschwerde, Ziff. 21). Nicht stichhaltig ist auch der Einwand des Beschwerdeführers, Betriebsvergleiche (Art. 49 Abs. 7 KVG) würden erschwert oder verunmöglicht, weil nicht alle Spitäler die gleichen Tarifmodelle verwenden würden. Der angefochtene Beschluss legt im akutsomatischen Bereich für sämtliche staatlichen und staatsbeitragsberechtigten Spitäler im Kantons Zürich Tarife auf der Basis

des PLT-Modells fest. Zudem erlaubt das neue Modell dank den Teilpauschalen für das Tageselement und das Fallelement sowie dank dem Benchmarking auf dem Tageselement, die Kostenverhältnisse an den einzelnen Spitälern differenzierter zu vergleichen als bei reinen Tages-Vollpauschalen, wie sie bisher vorherrschten.

8.2.6 Weiter wendet der Beschwerdeführer ein, der Systemwechsel erfülle das Gebot der Kostenneutralität nicht. Dies sei einer der Hauptgründe, weshalb die Versicherer sich im Verlaufe der Verhandlungen gegen das neue PLT-Modell (in der jetzigen Form) ausgesprochen hätten. Einerseits seien – wie erwähnt – mit dem Systemwechsel diverse sich kostendämpfend auswirkende Kontrollmöglichkeiten weggefallen, ohne dass neue wirksame normative Elemente (u.a. griffiges Benchmarking, Limiten z.B. der Fallzahl mit effizienten Sanktionen, Massnahmen gegen tarifmotivierte Verhaltensänderungen der Leistungserbringer) hinzugekommen wären. Es müsse aber auf jeden Fall verhindert werden, dass nur der Wechsel des Tarifmodells bereits höhere Kosten für die Versicherer verursache, denn dies verstiesse gegen das Gesetz (Art. 43 und 49 KVG).

Die Gesundheitsdirektion hält dem entgegen, im KVG sei von einem Gebot der Kostenneutralität nicht die Rede. Auch das vom Beschwerdeführer geforderte Einfrieren von Fallzahlen stehe im Widerspruch zum KVG, weil die Kantone für die Versorgung ihrer Bevölkerung bei sämtlichen indizierten Behandlungen im Pflichtleistungsbereich verantwortlich seien. Überhöhte Kostensteigerungen im Gesundheitswesen seien durch das Setzen von Anreizen einzudämmen, welche ungerechtfertigte Mengenausweitungen möglichst verhinderten. Mit den kostendämpfenden Anreizmechanismen des PLT-Modells werde ein wirksamer Beitrag zur Kostendämpfung geleistet. Allfällige tarifmotivierte Verhaltensänderungen seitens der Leistungserbringer würden erkannt und automatisch bei der Berechnung des Tarifs für das Folgejahr sanktioniert.

Für die Beurteilung dieser Frage ist von Artikel 49 Absatz 1 KVG auszugehen. Darnach dürfen die Pauschalen für die stationäre Versorgung in der allgemeinen Abteilung der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten decken. Dies gilt auch im Fall eines Wechsels des Rechnungsmodells. Ob die Kassen in einem solchen Fall neu mehr bezahlen müssen als vorher, hängt somit davon ab, wie hoch im neuen Modell der Kostendeckungsgrad und die anrechenbaren Kosten liegen dürfen.

Soweit das neue Modell gegenüber früher die Kostentransparenz verbessert, darf die Kantonsregierung gemäss Gesetz und nach der Praxis des

Bundesrates den Kostendeckungsgrad erhöhen, ohne dass die Kassen sich dagegen auf das Gebot der Kostenneutralität des Systemwechsels berufen können (Ziff. II/6 hiervor).

Was weiter die anrechenbaren Kosten im Sinne von Artikel 49 Absatz 1 KVG betrifft, fällt in Betracht, dass diese am Gebot der Wirtschaftlichkeit zu messen sind. Die Vertragspartner und die zuständigen Behörden müssen in diesem Sinne darauf achten, eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten zu erreichen (Art. 43 Abs. 6 KVG). Daraus folgt, dass ein Wechsel des Rechnungsmodells dann nicht zu höheren Abgeltungen für die erbrachten Leistungen und damit zu Mehrkosten führen darf, wenn Qualität und Menge der erbrachten Leistungen im Vergleich zum alten Modell mehr oder weniger gleich bleiben und somit keine Faktoren vorliegen, die höhere Kosten rechtfertigen. Auch wenn der Begriff der Kostenneutralität als solcher im Gesetz nicht vorkommt, muss daher ein Wechsel des Rechnungsmodells grundsätzlich kostenneutral erfolgen und darf für sich allein nicht zu Mehrkosten führen (vgl. BRE vom 18. 10. 2000 i.S. Physiotherapietarife Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden, auszugsweise abgedruckt in RPW, Recht und Politik des Wettbewerbs, 2000/5, S. 873 und 876, E. 8.1). Anders verhält es sich indes dann, wenn Faktoren vorliegen, die Mehrkosten rechtfertigen. Mehrkosten können sich aus einer Verbesserung der Qualität der Behandlung (z. B. dank des medizinischen Fortschritts) oder aus einer begründeten Ausweitung der Menge der erbrachten Leistungen (z. B. infolge demographischer Veränderungen oder neuer Pflichtleistungen) ergeben. Solche Kosten sind auf die Kosten der stationären Versorgung und damit auf die Spitalpauschalen anrechenbar, und zwar selbst dann, wenn sie mit einem Wechsel des Rechnungsmodells zusammenfallen. Sie können daher von den Krankenversicherern nicht mit dem Hinweis auf das Gebot der Kostenneutralität abgelehnt werden und müssen von ihnen im Umfange ihrer Pflicht zur Kostenbeteiligung gemäss Artikel 49 Absatz 1 KVG übernommen werden. In einem solchen Fall hülfe es den Krankenversicherern daher auch nicht, wenn die Kantonsregierung die Fallzahlen auf dem bisherigen Stand einfriere oder bei Überschreitung der Fallzahlen beispielsweise eine degressive Fallpauschale vorsähe, wie dies der Beschwerdeführer fordert. Wenn die Fallzahlen und damit die Kosten wegen Faktoren steigen, die höhere anrechenbare Kosten rechtfertigen, so müssen sich die Krankenversicherer so oder anders an den Mehrkosten beteiligen und greift das Gebot der Kostenneutralität insoweit nicht. Dass die Spitalsubventionen im Kanton Zürich auf Grund von Globalbudgets ausgerichtet werden, bedeutet ebenfalls nicht, dass keine zusätzlichen medizinisch indi-

zierten Fälle behandelt werden dürfen. Die erwarteten Fallzahlen stellen lediglich eine Planungsgrundlage für das Spital und eine Berechnungsgrundlage für den zu erwartenden Geldmittelfluss dar, wie die Gesundheitsdirektion zu Recht vorbringt.

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Krankenversicherer sich in der stationären Versorgung bei einem Wechsel des Rechnungsmodells dann auf das Gebot der Kostenneutralität berufen können, wenn das neue Modell die Kostentransparenz gegenüber früher nicht verbessert und wenn auch keine Faktoren vorliegen, die höhere anrechenbare Kosten rechtfertigen. Selbst wenn diese Voraussetzungen im vorliegenden Fall gegeben wären, so hiesse dies indes noch nicht, dass das PLT-Modell deswegen als Ganzes aufgehoben werden müsste. Aus dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit ergibt sich, dass der Bundesrat als Beschwerdeinstanz das PLT-Modell nur im Sinne des letzten Mittels kassieren kann, das heisst dann, wenn sich die Kostenneutralität nicht anders erreichen lässt, beispielsweise durch Korrekturen beim Kostendeckungsgrad oder bei den anrechenbaren Kosten und den Modalitäten der Umsetzung des PLT-Modells. Wie es sich damit im vorliegenden Fall verhält, ist später im Abschnitt über die Einwände gegen die Modalitäten der Umsetzung des PLT-Modells zu prüfen (vgl. Ziff. II/11 hiernach).

...

8.2.10 Als Zwischenergebnis ist somit festzuhalten, dass die Einwände des Beschwerdeführers gegen das PLT-Modell als solches entweder nicht stichhaltig oder so beschaffen sind, dass sie im Sinne des Grundsatzes der Verhältnismässigkeit eine Kassation des Modells nur als letztes Mittel rechtfertigen können. Eine Kassation wäre dann gerechtfertigt, wenn sich die nötigen Korrekturen nicht durch punktuelle Massnahmen erreichen lassen und das Modell deswegen als Ganzes rechtlich nicht haltbar ist. Wie diese Frage zu beurteilen ist, wird im Folgenden geprüft. Es geht dabei im Wesentlichen um die Qualität der Datenbasis, die Bestimmung der anrechenbaren Kosten (Bereinigungsfaktoren) und um die Modalitäten der Umsetzung des PLT-Modells, weshalb die Erwägungen in drei Abschnitte gegliedert werden (Ziff. II/9, 10 und 11 hiernach).

9. Einwände gegen die Qualität der Datenbasis

Was die Qualität der Datenbasis angeht, bestehen hauptsächlich Differenzen zwischen dem Regierungsrat und der Preisüberwachung. In den Tarifempfehlungen vom 7. Dezember 1999 bemängelt die Preisüberwachung namentlich, dass die Kostenrechnungen keine Aufteilung der Kosten nach Patientenkategorien (allgemein, halbprivat, privat) und keine Kosten für

Lehre und Forschung enthielten. Für die Tarifbeurteilung gemäss KVG und PüG wären detaillierte Kostenrechnungen einschliesslich Kostenträgerrechnungen erforderlich. Zudem habe sich die Gesundheitsdirektion im Schreiben vom 11. November 1999 ausserstande erklärt, die Preisüberwachung mit einer Zusammenstellung der betriebenen Betten nach Abteilungen (oder mit einem alternativen Auslastungsmass) zu bedienen und eine nachvollziehbare Kalkulation der beantragten Implantats-Pauschalen zu liefern (Empfehlungen, S. 8, Ziff. 4.1 und 4.2).

Der Beschwerdeführer schliesst sich den Einwänden der Preisüberwachung gegen die Qualität der Datenbasis grundsätzlich an, geht aber insofern darüber hinaus, als er gegenüber der erstmals verwendeten Kostenrechnung (KORE) grundlegende Zweifel anmeldet und insbesondere kritisiert, dass Umlagen und Verrechnungen von Hilfskostenstellen unter den Tisch gefallen seien. Was diesen Punkt betrifft, macht die Gesundheitsdirektion in der Vernehmlassung geltend, dass die entsprechenden Kosten (Umlagen und Verrechnungen von Hilfskostenstellen) gemäss Praxis der Preisüberwachung und des Bundesrates bei der Ermittlung der anrechenbaren Kosten ausgeschieden worden seien (vgl. S. 21 des angefochtenen Beschlusses). Die Preisüberwachung hat dieses Vorgehen in der Tat nicht beanstandet, weshalb der Bundesrat im Sinne seiner Praxis (Ziff. II/4.3 hiervor) keinen Anlass sieht, die Daten in den genannten Punkten zu korrigieren.

9.1 Der Regierungsrat wendet gegen die Empfehlungen der Preisüberwachung grundsätzlich ein, dass diese für die Ermittlung der anrechenbaren Kosten die gleichen behelfsmässigen Formeln wie beim alten Modell verwende und nicht berücksichtige, dass ein neues Modell vorliege und sich auch die Datenlage verbessert habe. Beim Abzug der Kosten für Lehre und Forschung am Universitätsspital Zürich werde lediglich erwähnt, dass die effektiven Kosten unterschätzt würden, ohne dass dies aber näher begründet werde. Ferner habe die Preisüberwachung einige auf deren Begehren von der Gesundheitsdirektion nachgereichte Unterlagen nicht berücksichtigt. Fraglich sei schliesslich, warum die Preisüberwachung neu auch die Versicherer in ihr Verfahren einbezogen habe, nicht aber die Leistungserbringer.

Was zunächst den letzten Punkt betrifft, haben die betroffenen Leistungserbringer oder ihre Trägerschaften und Vertreter im vorliegenden Verfahren Gelegenheit erhalten, sich zur Beschwerde und zu den Empfehlungen sowie Vernehmlassungen der Preisüberwachung zu äussern. Falls im Umstand, dass die Preisüberwachung die Leistungserbringer nicht angehört hat, eine Verletzung von Bundesrecht zu erblicken wäre, so wäre sie mit diesem Vorgehen geheilt.

9.2 Was die nachgereichten Unterlagen angeht, wird im Rahmen der folgenden Erwägungen darauf dort einzugehen sein, wo dieser Einwand konkretisiert wird.

9.3 Was den Abzug der Kosten für Lehre und Forschung betrifft, anerkennt der Bundesrat, dass zur Zeit von den Spitälern die Kostenstellenrechnung und die Leistungsstatistik im Sinne von Artikel 49 Absatz 6 KVG noch nicht verlangt werden können. Dies entbindet die Spitäler jedoch nicht davon, die Kostentransparenz auf andere geeignete Weise herzustellen, wie sich aus Artikel 49 Absatz 1 KVG ergibt, der die Ermittlung der anrechenbaren Kosten regelt. Dies bedeutet, dass diese Kosten schon heute für die Berechnung der Spitalpauschalen ausgewiesen werden müssen. Dass dieser Nachweis den Spitälern obliegt, folgt aus der allgemeinen Beweislastregel, wonach die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen hat, wer aus den behaupteten und unbewiesenen gebliebenen Tatsachen hätte Rechte ableiten können (vgl. Ziff. II/6.5 hiervor). Wenn Spitäler behaupten, dass die von der Preisüberwachung zu Grunde gelegten Werte für die Kosten von Lehre und Forschung zu hoch sind, so haben sie dafür die nötigen Zahlen vorzulegen. Soweit dies nicht der Fall ist, sieht der Bundesrat keinen Anlass, von den Richtwerten abzugehen, welche die Preisüberwachung mangels konkreter Zahlen verwendet. Wie es sich damit im vorliegenden Fall verhält, ist später im Abschnitt über die Bestimmung der anrechenbaren Kosten (Bereinigungs-faktoren) zu prüfen (Ziff. II/10.1 hiernach).

9.4 Schliesslich bemängelt der Regierungsrat, dass die Preisüberwachung für die Ermittlung der anrechenbaren Kosten die gleichen behelfsmässigen Formeln wie beim alten Modell verwende und nicht berücksichtige, dass mit dem PLT-Modell ein neues Rechnungsmodell vorliege und sich auch die Datenlage verbessert habe.

Dazu ist aus der Sicht des Bundesrates festzuhalten, dass das neue Modell und die Datenbasis die Erfordernisse des KVG zur Berechnung der Pauschaltarife für Patientinnen und Patienten der allgemeinen Abteilung nicht in allen Teilen erfüllen. Insbesondere hat keines der überprüften Spitäler die Kosten der allgemeinen Abteilung ausgeschieden, was Kostenträgerrechnungen mit entsprechender Leistungserfassung erfordert hätte. Auch die gemäss Artikel 49 Absatz 1 KVG notwendige, aber in den Zürcher Spitälern bisher nicht durchgeführte Erfassung der Kosten der gemeinwirtschaftlichen Leistung «Lehre und Forschung» hätte die Führung einer Kostenträgerrechnung erfordert. Wenn die Preisüberwachung daraus den Schluss zieht, dass sich an den Datenmängeln seit der Prüfung der Spitaltaxen 1996 durch die Preisüberwachung insoweit nichts geändert habe und sie

deshalb auf die bisher verwendeten Abzugsformeln habe zurückgreifen müssen, so lässt sich dies nicht beanstanden.

Der Regierungsrat bestreitet nicht grundsätzlich, dass die Datenbasis nicht in allen Teilen genügt, wenn er geltend macht, dass die von der Preisüberwachung verlangten Voraussetzungen allein durch Kostenträgerrechnungen erfüllt werden könnten. Nur dann sei es technisch möglich, Aufwandszahlen nach Abteilungen zu gliedern oder Aufwendungen für spezifische Bereiche wie Lehre und Forschung direkt auszuweisen. Der Bundesrat habe im Entscheid über die Zürcher Spitaltarife 1996 einen Kostendeckungsgrad von 46 Prozent zugestanden. Seither hätten die Zürcher Spitäler die Kostentransparenz deutlich verbessert, weshalb diese Prozentzahl den Ausgangspunkt für den Kostendeckungsgrad bei den Tarifen 2000 bilden müsse. Weiter sei festzuhalten, dass beispielsweise für Lehre und Forschung sowie Mehrkosten von Zusatzversicherten jeweils Abzüge vorgenommen würden, die bereits Sicherheitsmargen aufwiesen, womit die anrechenbaren Kosten reduziert würden. Daher sei es nicht sachgerecht, diese Bereiche zusätzlich als Begründung für einen tieferen Kostendeckungsgrad heranzuziehen.

Welcher Kostendeckungsgrad im vorliegenden Fall angemessen ist und ob allenfalls bestimmte Positionen wie Lehre und Forschung doppelt – das heisst bei den Bereinigungsfaktoren und sodann nochmals beim prozentualen Abzug auf der Kostendeckung – eingerechnet werden, wird der Bundesrat im Anschluss an die Bestimmung der anrechenbaren Kosten (Bereinigungsfaktoren) und an die Modalitäten der Umsetzung des PLT-Modells (Ziff. II/10, 11 und 12 hiernach) prüfen.

9.5 Als Zwischenergebnis zur Qualität der Datenbasis ist festzuhalten, dass sich die Einwände des Beschwerdeführers als nicht stichhaltig erweisen. Dies gilt umgekehrt aber auch für die Kritik, welche der Regierungsrat an der Mängelrüge der Preisüberwachung übt. Diese hält insbesondere zu Recht fest, dass die Kostenrechnungen der Spitäler keine Aufteilung der Kosten nach Patientenkategorien (allgemein, halbprivat, privat) enthalten. Für die Tarifbeurteilung im Sinne des KVG und PüG wären detaillierte Kostenrechnungen einschliesslich Kostenträgerrechnungen erforderlich. Diesem Mangel ist bei der Bestimmung des Grades der Kostendeckung durch die Krankenversicherer Rechnung zu tragen (Ziff. II/13 hiernach).

10. *Bestimmung der anrechenbaren Kosten* (Bereinigungsfaktoren)

Nach Artikel 49 Absatz 1 KVG werden Betriebskostenanteile aus Überkapazität, Investitionskosten sowie Kosten für Lehre und Forschung für die auf die Spitalpauschalen anrechenbaren Kosten nicht eingerechnet.

Im Lichte dieser Vorschrift ist im Folgenden zu prüfen, ob der Regierungsrat die anrechenbaren Kosten korrekt bestimmt hat. Strittig sind dabei neben dem Abzug der Kosten für Lehre und Forschung sowie dem Abzug der Kosten aus Überkapazitäten (einschliesslich Benchmarking) auch die Bewertung der Übergangspflege im Stadtspital Waid, die Zuschläge für Teuerung und Mehrwertsteuer, die Bildung von Gruppentaxen, die Abteilungs-pauschalen im Spital Zollikerberg, die Berechnung der Implantats-pauschalen, die Ausscheidung der separaten Entgelte und die Berücksichtigung der Entwicklung der ambulanten Spitalkosten.

10.1 Abzug der Kosten für Lehre und Forschung

Nach Artikel 49 Absatz 1 KVG sind die Kosten für Lehre und Forschung von den auf die Pauschalen anrechenbaren Kosten abzuziehen. Wenn die effektiven Kosten bekannt sind, sind diese abzuziehen; anderenfalls sind nach der Praxis des Bundesrates normative Abschlagssätze anzuwenden (RKUV 6/1997 360 E. 8.2⁸).

10.1.1 In den Empfehlungen vom 7. Dezember 1999 stellt die Preisüberwachung fest, dass keines der 22 überprüften Spitäler die effektiven Kosten für Lehre und Forschung ausweist. Sie zieht daher gemäss Praxis des Bundesrates bei den Universitätsspitalern 25 Prozent der Gesamtkosten (EBK 1) ab, bei den übrigen Spitalern je nach Anzahl der betriebenen Gesamtbetten 5 Prozent der Personalkosten (bei über 125 Betten), 2 Prozent (bei über 75 Betten) oder 1 Prozent (weniger als 75 Betten).

Der Regierungsrat wendet dagegen ein, der Bundesrat habe sich noch nie mit Spitalern befassen müssen, welche eine dem fortschrittlichen Stand des Kantons Zürich entsprechende Kostenrechnung führten, weshalb die bundesrätliche Praxis nur dort zur Anwendung kommen könne, wo sie mit dem neuen Tarifierungssystem vereinbar sei. Bei Nicht-Universitätsspitalern fielen keine Kosten für Lehre und Forschung an, und bei den Universitätsspitalern stimmten diese Kosten mit den von der Bildungsdirektion des Kantons Zürich überwiesenen Beträgen überein.

10.1.2 Nach der Praxis des Bundesrates sind normative Abschlagssätze nur subsidiär anzuwenden, das heisst dann, wenn die effektiven Kosten für Lehre und Forschung in den Kostenrechnungen der Spitäler nicht ausgewiesen werden. Diese Ausweise fehlen im vorliegenden Fall, weshalb die Verhältnisse insofern nicht wesentlich anders liegen als beim Entscheid des Bundesrates vom 13. August 1997 in Sachen Zürcher Spitaltarife 1996 (RKUV 6/1997 360 E. 8.2⁹). Dass die von der Zürcher Bildungsdirektion

⁸ siehe Nr. KV 16 (1997) dieser Sammlung

⁹ siehe Nr. KV 16 (1997) dieser Sammlung

den Spitälern überwiesenen Beträge die effektiven Kosten für Kosten für Lehre und Forschung widerspiegeln, ist mangels Anhaltspunkten in den Kostenrechnungen der Spitäler nicht belegt. Auch die Erhebung über die universitären Lehr- und Forschungsaufwendungen in den Spitälern kann nicht als Nachweis der effektiven Kosten für Lehre und Forschung am Universitätsspital, an der Universitätsklinik Balgrist und am Universitäts-Kinderhospital oder an anderen staatlichen und staatsbeitragsberechtigten Zürcher Spitälern gelten (vgl. Ziff. II/1.6.3 hiervor). Daher besteht kein Anlass, von der Praxis abzuweisen, wonach in diesem Fall normative Abschlagssätze anzuwenden sind. Die von der Preisüberwachung angewendeten Abzüge für die Kosten von Lehre und Forschung lassen sich daher nicht beanstanden.

10.2 Abzug der Kosten aus Überkapazitäten (einschliesslich Benchmarking)

Die Preisüberwachung geht gemäss Artikel 49 Absatz 1 KVG davon aus, dass bei der Ermittlung der anrechenbaren Kosten in der allgemeinen Abteilung Überkapazitäten von Gesetzes wegen abzuziehen sind und mangels besserer Kennziffern weiterhin auf die Bettenbelegung als Auslastungsmass abzustellen ist. Sie hat daher in ihren Empfehlungen vom 7. Dezember 1999 pro Fachabteilung Überkapazitäten abgezogen und kritisiert, dass die Bettenzahlen nicht pro Fachabteilung ausgewiesen worden sind.

Der Regierungsrat wendet dagegen ein, dass Betten sinnvollerweise interdisziplinär eingesetzt würden und nicht klar einer einzelnen Fachabteilung zugeordnet werden könnten. Bei wirtschaftlicher Führung eines Krankenhauses könnten die Bettenstationen nicht fest einzelnen Abteilungen bzw. Haupt-Kostenstellen zugewiesen werden. Die Bettenbelegung, welche bis anhin als Mass für die Auslastung der Spitäler gedient habe, sei als Indikator für Überkapazitäten veraltet. Mit der Zürcher Spitalliste 1998, welche vom Bundesrat mit Entscheid vom 17. Februar 1999 im Wesentlichen bestätigt worden sei, seien erhebliche Anstrengungen zum Abbau von Überkapazitäten unternommen und die stationären Akutabteilungen von acht Spitälern geschlossen worden. Weiter seien auch in anderen Spitälern Betten abgebaut und teilweise das Leistungsspektrum bereinigt worden. Die Spitäler hätten ihre Zusammenarbeit und Koordination erheblich verstärkt und teilweise fusioniert. Die früher bestehenden Überkapazitäten seien somit weitgehend beseitigt worden. Aus diesen Gründen sei in diesem Bereich kein Abzug mehr vorgenommen worden, und das Benchmarking könne den früher vorgenommenen Überkapazitätsabzug gleichwertig ersetzen. Beim Benchmarking würden jene Kosten miteinander verglichen, die vergleich-

bare Leistungen betreffen. Das seien die Kosten, die ins Tageselement einflössen (Hotellerie/Services und Pflege). Den Benchmark für das tagesbezogene Element je Fachabteilung liefere das Spital mit dem tiefsten Wert (Benchmark = best practice). Den darüber liegenden Spitalern würden 25 Prozent der Differenz zwischen dem ausgewiesenen Wert und dem Benchmark in Abzug gebracht und somit nicht vergütet. Es würden jeweils diejenigen Spitäler untereinander verglichen, welche von der Spezialisierung her der gleichen Spezialkategorie zugehörten. Ferner werde das Benchmarking je pro Fachabteilung durchgeführt.

Der Bundesrat anerkennt, dass der Kanton Zürich mit wirksamen Massnahmen Überkapazitäten in der stationären Versorgung abgebaut hat. Daraus lässt sich jedoch nicht zwingend ableiten, dass die betroffenen Spitäler in der Referenzperiode ausreichend ausgelastet waren. Die Preisüberwachung hat denn auch festgestellt, dass dies im Jahr 1998 nicht für alle Spitalabteilungen zutrifft (vgl. Empfehlungen vom 7. 12. 1999, S. 14). Artikel 49 Absatz 1 KVG verlangt, dass Betriebskostenanteile aus Überkapazität nicht auf die Kosten angerechnet werden dürfen und von den Krankenversicherern nicht übernommen werden müssen. Er bestimmt aber nicht, nach welcher Methode diese Kosten zu ermitteln sind, wie die Gesundheitsdirektion zu Recht geltend macht. Die Bestimmung bietet somit einen gewissen methodischen Spielraum. Nach Sinn und Zweck der Bestimmung kommen allerdings nur Methoden in Frage, die eine rechnerische Erfassung der Überkapazitäten gewährleisten. Diesem Erfordernis genügen nach der Praxis des Bundesrates die Bestimmung des Grades der Bettenbelegung und dessen Korrektur anhand von normativen Auslastungsschwellenwerten (RKUV 6/1997 358 E. 8.1¹⁰). Es fragt sich, ob auch das Benchmarking erlaubt, die Betriebskostenanteile aus Überkapazität rechnerisch zu erfassen und abzuziehen. Die Frage ist vorweg für jene Spitäler zu verneinen, die mangels Vergleichbarkeit vom Benchmarking ausgenommen werden, nämlich die Universitätsspitäler (USZ, KISPI, Balgrist) sowie die Spezialkliniken (EPI, Schulthess, Psychiatrische Bettenstation KSW, Akutgeriatrie Waid). Auch wenn der Regierungsrat hier eine grössere Sicherheitsmarge einrechnet und deshalb die Kostenbeteiligung der Versicherer um ein halbes Prozent tiefer ansetzt als bei den übrigen Spitalern, so lässt sich doch nicht sagen, dass mit diesem Vorgehen die Betriebskostenanteile aus Überkapazität rechnerisch erfasst und abgezogen werden können. Im Ergebnis läuft dies auf die ersatzlose Streichung der Auslastungskontrolle hinaus, was mit Artikel 49 Absatz 1 KVG nicht vereinbar ist. Nicht anders verhält es sich grundsätzlich bei jenen Spitalern, die dem Benchmarking auf dem Tages-

¹⁰ siehe Nr. KV 16 (1997) dieser Sammlung

element unterzogen werden. Das Benchmarking dient nicht, wie die Preisüberwachung zu Recht bemerkt, als Messgrösse zur Erfassung von Überkapazitäten, sondern der Kontrolle, ob die Spitäler ihre Leistungen in Hotellerie/Services und Pflege wirtschaftlich erbringen (Art. 43 Abs. 6 KVG). Diese Frage stellt sich auch für Spitäler, die keine Überkapazitäten aufweisen. Das Benchmarking hat aus dieser Sicht eine andere Stossrichtung als der Abzug von Überkapazitäten im Sinne von Artikel 49 Absatz 1 KVG. Wenn neben dem Benchmarking zusätzlich die Überkapazitäten anhand der Bettenbelegung ermittelt und abgezogen werden, so bedeutet dies daher entgegen der Auffassung des Regierungsrates nicht, dass die Überkapazitäten doppelt erfasst werden. Das Benchmarking kann daher die Kontrolle und Korrektur der Auslastung der Spitäler nicht ersetzen, zumal es sich auf das Tageselement beschränkt und das Fallelement nicht einbezieht.

Dass die Preisüberwachung zusätzlich zum Benchmarking auf dem Tageselement die Überkapazitäten anhand der Bettenauslastung ermittelt und abgezogen hat, lässt sich daher nicht beanstanden.

Dem Beschwerdeführer genügen diesen beiden Korrekturen indessen nicht, und er beantragt für den Eventualfall der Einführung des PLT-Modells, neben den flankierenden Massnahmen (Fallzahlenlimitierung, Globalbudgetierung etc.) die Tarife inklusive Benchmarking auch auf den fallbezogenen Tarifen gemäss Beilagen 8a und 8b zur Beschwerde (Benchmarking VZKV auf Tarifen mit Tages- und mit Fallbezug vom 4./8.02.00) festzusetzen. Aus der Sicht des Bundesrates ist dazu festzustellen, dass sich für ein Benchmarking auf den Kosten des Fallelementes nur Abteilungen eignen, für die transparente Kostenrechnungen vorliegen und Versorgungsstufe und Leistungsangebot (Diagnostik und Therapie) sowie Patientengut vergleichbar sind. Im vorliegenden Fall genügen die verfügbaren Unterlagen gemäss Feststellung der Preisüberwachung den genannten Voraussetzungen nicht, weshalb ein Benchmarking auf den Fall-Teilpauschalen zur Zeit nicht in Frage kommt.

...

10.5 Bildung von Gruppentaxen

Der Regierungsrat geht davon aus, dass der Bundesrat die Bildung von Gruppentaxen unter bestimmten Voraussetzungen zulässt (BRE vom 14. 4. 99 i. S. Tarife des Kantons St. Gallen), und sieht demgemäss für die VZK-Schwerpunkt- und die übrigen Spitäler je nach Fachgebiet und je pro Tageselement und Fallelement sowie für IPS-Behandlungen Gruppentaxen vor. Er führt dafür an, dass mit Gruppentaxen nicht einfach die Ist-Kosten, sondern

die durchschnittlichen Ist-Kosten vergütet würden. Dadurch würden bei überdurchschnittlich kostspieligen Spitälern neben dem Benchmarking weitere Anreize geschaffen, die Betriebskosten zu senken. Der Verlust an Kostentransparenz durch die Verwendung von Gruppentaxen sei minim, seien doch die Berechnungen für die Gruppentaxen allen Beteiligten zugänglich und nachvollziehbar. Zusätzlich gestalte die Verwendung von Gruppentaxen die Abrechnung sowohl für betroffene Spitäler als auch Versicherer einfacher. Von Seiten der Spitäler wird insbesondere hervorgehoben, dass die von der Preisüberwachung empfohlenen betriebsindividuellen Spitaltarife falsche Anreize schüfen, weil wirtschaftlich arbeitende Spitäler mit tiefen Tarifen bestraft und teure Spitäler mit hohen Tarifen belohnt würden.

Gemäss Artikel 49 Absatz 1 KVG werden die Spitalpauschalen nach den anrechenbaren Kosten der allgemeinen Abteilung berechnet, womit nach Ansicht des Bundesrates die Kosten des Spitals gemeint sind, für welches konkret ein Tarif festgesetzt werden soll; denn nur so ist es möglich, bei der Tarifierung die nicht anrechenbaren Kosten (Überkapazität, Investitionen, Lehre und Forschung) auszuscheiden, weil sich diese nur im konkreten Fall effektiv erfassen lassen. Eine spitalindividuelle Kostenerfassung erlaubt zudem, zwischen den einzelnen Spitälern Betriebsvergleiche durchzuführen und den Tarif eines deutlich über den Kosten von vergleichbaren Spitälern liegenden Spitals zu reduzieren (Art. 49 Abs. 7 KVG).

Wenn aber die Kosten für jedes Spital separat zu ermitteln sind, so folgt daraus, dass grundsätzlich auch die Pauschalen separat für jedes Spital zu berechnen sind. Ausnahmen sind grundsätzlich nur dort zulässig, wo die Spitäler bei entsprechender Struktur vergleichbare Kosten aufweisen. Soweit dies der Fall ist, dürfen gemeinsame Pauschalen festgesetzt werden und verstossen Gruppentaxen nicht gegen Artikel 49 Absatz 1 KVG. Bisher hat der Bundesrat diese Ausnahmeregelung hinsichtlich des Kriteriums der vergleichbaren Kosten grosszügig interpretiert, weil die Instrumente zur einheitlichen Erfassung der Kosten noch nicht vorliegen und angewendet werden (vgl. etwa RKUV 6/1997 366 E. 9.2¹¹).

Die Preisüberwachung macht in den Empfehlungen von 7. Dezember 1999 geltend, dass das PLT-Modell im Gegensatz zu finanzbuchhaltungsgestützten Modellen eine kosten- und damit verursachergerechtere Tarifierung zulasse. Dieser Vorteil werde jedoch insbesondere durch die zahlreichen Gruppentaxen zwischen verschiedenen Spitälern in den Bereichen Medizin, Chirurgie, Frauen- und Kinderheilkunde sowie Rehabilitation (Höhenkliniken) wieder stark relativiert.

¹¹ siehe Nr. KV 16 (1997) dieser Sammlung

Das PLT-Modell nimmt für sich in Anspruch, im Vergleich zum früheren System kosten- und damit verursachergerechtere Tarife zu bilden. Erreicht wird dies unter anderem dadurch, dass an die Stelle der bisherigen Tages-Vollpauschale pro Spital eine Mischpauschale tritt, die nach Kliniken oder Fachbereichen unterscheidet und sich aus einer Tages-Teilpauschale und einer Fall-Teilpauschale zusammensetzt (...). Dieser Vorteil spielt zu Gunsten des PLT-Modells jedoch nur dann, wenn er bei der Festsetzung der Tarife auch konsequent berücksichtigt wird. Dies bedeutet, dass die Tarife die unterschiedlichen Kostenstrukturen der einzelnen Fachabteilungen auch tatsächlich abbilden müssen. Folgerichtig ist von Tarifen abzusehen, welche – wie beispielsweise Gruppentaxen – diese Unterschiede einebnen und den Vorteil der abteilungsspezifischen Tarifierung wieder ganz oder teilweise zunichte machen. In diesem Sinne lässt sich die grosszügige Ausnahmepaxis des Bundesrates nicht auf das vorliegende PLT-Modell übertragen und ist der Empfehlung der Preisüberwachung zu Gunsten spital- und abteilungsindividueller Tarife zu folgen.

...

11. *Einwände gegen die Modalitäten der Umsetzung des PLT-Modells*

In Dispositiv Ziffer XII des angefochtenen Beschlusses regelt der Regierungsrat die Modalitäten der Umsetzung des PLT-Modells in folgenden Punkten: Geltungsbereich der Tarife (Ziff. 1); Begriff « stationär » (Ziff. 2); Eintrittsmeldung (Ziff. 3); Regelung für den Ein- und Austrittstag (Ziff. 4) sowie die präoperativen Untersuchungen (Ziff. 5); Urlaubsregelung (Ziff. 6) und Zusatzverrechnung gegenüber dem Patienten (Ziff. 7); System des Tiers payant für die Vergütung der Leistungen (Ziff. 8); Rechnungstellung Versicherer (Ziff. 9); Abzüge und Verrechnung (Ziff. 10); Zahlungsfrist (Ziff. 11); Beanstandung der Rechnung (Ziff. 12); Rechnungstellung an Dritte (Ziff. 13); Regelung der internen und externen Verlegung (Ziff. 14 und 15).

11.1 Der Beschwerdeführer bemängelt zum einen, dass der Regierungsrat für die Modalitäten einfach den Vertragsentwurf mit einigen von den Versicherern für den Fall einer Gesamteinigung gemachten Konzessionen übernommen, aber die von den Versicherern verlangten Kautelen weggelassen habe (Beschwerde, Ziff. 12). Als Beispiele für Zugeständnisse, welche in die Modalitäten aufgenommen, aber von den Versicherern nur für den Fall der vertraglichen Einigung zwischen den Tarifparteien angeboten worden sind, nennt der Beschwerdeführer: Verzicht auf Kostengutsprache, Definition von «stationär» im Grenzfällen, Regelung für die Ein- und Aus-

trittstage, Urlaubsregelung, Regelung der präoperativen Untersuchungen, System des Tiers payant. Als Beispiele für Zugeständnisse der Spitäler, die im angefochtenen Beschluss fehlen, erwähnt der Beschwerdeführer: Aufklärungspflicht des Spitals gegenüber dem Patienten bei fehlender Leistungspflicht der Krankenkasse; Nachweis der Akutspitalbedürftigkeit; Hinweis auf präoperative Untersuchungen; Regelung der Wirtschaftlichkeit und der Qualitätskontrolle.

Dazu ist grundsätzlich festzuhalten, dass ein Tarifvertrag und ein behördlicher Tariferlass nicht zwangsläufig dieselben Tarifvorschriften enthalten müssen. Im Rahmen der Parteiautonomie können die Parteien im Tarifvertrag auch Fragen regeln, die zum fakultativen Inhalt einer Tarifregelung gehören und deshalb in einem Tariferlass nicht notwendigerweise geregelt werden müssen. Umgekehrt lässt sich auch nicht grundsätzlich ausschliessen, dass eine Kantonsregierung in einem Tariferlass bestimmte Fragen regeln kann, die in einem Tarifvertrag offen bleiben können. Dass im vorliegenden Fall die Modalitäten im Entwurf des (nicht zustandegekommenen) Tarifvertrages und im angefochtenen Tariferlass unterschiedlich geregelt werden, heisst daher für sich allein noch nicht, dass dieser gegen Bundesrecht verstösst.

Eine Verletzung von Bundesrecht läge hingegen dann vor, wenn der Tariferlass Modalitäten enthält, die gegen zwingende Vorschriften des KVG verstossen oder die weder sachlich notwendig noch geeignet sind, um den mit ihnen verfolgten Zweck zu erreichen (vgl. Ziff. II/8.2.2 hiervor). Ferner wäre Bundesrecht dann verletzt, wenn der Tariferlass bestimmte Fragen nicht regelt, die hätten geregelt werden müssen und in diesem Sinne notwendiger Inhalt eines Tariferlasses bilden.

11.1.1 Was zunächst den letzten Punkt betrifft, ergibt die Prüfung der vom Beschwerdeführer vermissten Modalitäten folgenden Befund: Bei der Aufklärungspflicht des Spitals gegenüber dem Patienten bei fehlender Leistungspflicht der Krankenkasse handelt es sich um eine Neuerung, welche im Akutspitalervertrag 1990 nicht enthalten war und bis heute nicht gilt (vgl. Art. 7 im Entwurf für den neuen Akutspitalervertrag vom 1.7.1999). Falls im Einzelfall ein Streit entsteht, hätten die Gerichte direkt auf Grund des KVG und des Rechtsverhältnisses zwischen Spital und Patient zu entscheiden, ob und wieweit das Spital eine Aufklärungspflicht gegenüber der Patientin oder dem Patienten hinsichtlich der fehlenden Leistungspflicht der Krankenkasse trifft. Bei der Beurteilung einer kantonalen Planung über den Einbezug ausserkantonaler Spitäler ist der Bundesrat seinerzeit zwar davon ausgegangen, dass diese Spitäler gegenüber den Patienten eine

Pflicht zur Aufklärung über Deckungslücken bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung trifft, doch hat er ausdrücklich den richterlichen Entscheid vorbehalten (RKUV 6/1998 548 E. 4.1.3.1 und 549 E. 4.1.3.2¹²). Aus dieser Sicht muss die Aufklärungspflicht in einem Tariferlass nicht zwingend geregelt werden.

Für den Nachweis der Akutspitalbedürftigkeit, den der Versicherer vom Spital in besonderen Fällen auf Grund begründeter Ausnahmen verlangen kann (Art. 8 Vertragsentwurf vom 1.7.1999), ist an Artikel 49 Absatz 3 KVG anzuknüpfen. Darnach richtet sich bei Spitalaufenthalten die Vergütung nach dem stationären Spitaltarif, solange der Patient oder die Patientin nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf. Ist diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt, so kommt für den Spitalaufenthalt der Tarif nach Artikel 50 KVG (Pflegeheim) zur Anwendung. Für den Bundesrat heisst dies, dass der Versicherer kraft Gesetzes die Akutspitalbedürftigkeit im Einzelfall überprüfen darf, weshalb es nicht zwingend einer besonderen Regelung in einem Tariferlass bedarf.

Die präoperativen Untersuchungen sind im Vertragsentwurf vom 1. Juli 1999 (Art. 12) und im Tariferlass (Dispositiv Ziff. XII/5) geregelt, ohne dass zwischen den beiden Regelungen erhebliche materielle Unterschiede zu erkennen wären. Inwiefern hier die Spitäler im Vertragsentwurf mit dem Hinweis auf die präoperativen Untersuchungen etwas zugestanden haben sollen, was im angefochtenen Beschluss fehlt, ist daher nicht ersichtlich.

Dass die Spitäler bei ihren Leistungen das Wirtschaftlichkeitsgebot beachten müssen (Art. 22 Vertragsentwurf vom 1. 7. 1999), ergibt sich bereits aus dem KVG (Art. 56), weshalb es insoweit nicht zwingend einer zusätzlichen Regelung in einem Tariferlass bedarf.

Was die Pflicht der Spitäler zur Beteiligung an Massnahmen zur Qualitätssicherung und -kontrolle angeht, statuiert Artikel 23 des Vertragsentwurfes vom 1. Juli 1999 nur den Grundsatz und verweist für die entsprechenden Regelungen auf separate Vereinbarungen zwischen den Tarifpartnern. Der Grundsatz in Artikel 23 bedarf daher zum einen der Konkretisierung durch einen Vertrag, und zum anderen sind die Spitäler daran nur soweit gebunden, als sie den Beitritt zum Vertrag erklären. Der Regierungsrat verweist in diesem Zusammenhang auf den Vertrag vom 31. August 1999 zwischen den Zürcher Tarifpartnern betreffend die Verankerung der Ergebnisqualitäts-Messung (Outcome) im stationären Bereich des Kantons Zürich

¹² siehe Nr. KV 54 (1998) dieser Sammlung

(im Folgenden: Outcomevertrag). Der Outcomevertrag regelt gemäss Artikel 3 Absatz 1 die Verankerung der Ergebnisqualitäts-Messung im akutstationären Bereich des Kantons Zürich. Dass das Dispositiv des angefochtenen Beschlusses die Pflicht der Spitäler zur Beteiligung an Massnahmen zur Qualitätssicherung und -kontrolle nicht enthält, macht daher mit Blick auf den Outcomevertrag materiell keinen wesentlichen Unterschied, weil so oder anders erst der Beitritt eines Spitals zum Outcomevertrag die Pflicht zur Beteiligung an den fraglichen Massnahmen hinreichend konkretisiert und aktualisiert. Im Übrigen ist anzumerken, dass gemäss Artikel 77 Absatz 3 KVV der Bundesrat dort die erforderlichen Bestimmungen erlässt, wo kein Vertrag abgeschlossen werden kann oder dieser nicht den Anforderungen von Absatz 1 der genannten Bestimmung entspricht.

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die vom Beschwerdeführer vermissten Punkte (Aufklärungspflicht des Spitals gegenüber dem Patienten bei fehlender Leistungspflicht der Krankenkasse; Nachweis der Akutspitalbedürftigkeit; Hinweis auf präoperative Untersuchungen; Gebot der Wirtschaftlichkeit und Regelung der Qualitätskontrolle) entweder im angefochtenen Tariferlass geregelt sind oder nicht zwingend Bestandteil eines Tariferlasses bilden müssen.

11.1.2 Weiter ist zu prüfen, ob der Tariferlass Modalitäten enthält, die gegen zwingende Vorschriften des KVG verstossen oder die weder sachlich notwendig noch geeignet sind, um den mit ihnen verfolgten Zweck zu erreichen. Der Bundesrat beschränkt sich dabei auf jene Modalitäten, die in den Tariferlass aufgenommen, aber gemäss den Vorbringen des Beschwerdeführers von den Versicherern nur für den Fall der vertraglichen Einigung zwischen den Tarifparteien angeboten worden sind (Verzicht auf Kostengutsprache, Definition von «stationär» im Grenzfällen, Regelung für die Ein- und Austrittstage, Urlaubsregelung, Regelung der präoperativen Untersuchungen, System des Tiers payant).

Zu den zwingenden Vorschriften des KVG zählt der Beschwerdeführer insbesondere Artikel 42 Absatz 1 KVG, der das System des Tiers garant verankert und in diesem Sinne bestimmt, dass die Versicherten den Leistungserbringern die Vergütung der Leistung schulden, sofern Versicherer und Leistungserbringer nichts anderes vereinbaren. Der Beschwerdeführer sieht daher in Ziffer 8 von Dispositiv Ziffer XII, welche die Versicherer als Schuldner der Vergütung bestimmt (= System des Tiers payant), eine klare Verletzung von Artikel 42 Absatz 1 KVG und fordert die Umstellung auf das System des Tiers garant (Stellungnahme vom 22. 9. 00, S. 6; vgl. auch Beschwerde, S. 8).

Wenn man vom Wortlaut von Artikel 42 Absatz 1 KVG ausgeht, so spricht die indikative Form der Aussage für die Lesart, dass grundsätzlich und zwingend das System des Tiers garant gilt und nur die Tarifparteien (Versicherer und Leistungserbringer) etwas anderes vereinbaren können. Der Regierungsrat vertritt demgegenüber den Standpunkt, dass die Kantonsregierung als Tariffestsetzungsbehörde auch einseitig von dieser Regel abweichen kann. Er begründet dies damit, die Umstellung auf das System des Tiers garant wäre mit hohen administrativen Kosten für Spitäler und Krankenkassen verbunden, weil das System des Tiers payant im Kanton Zürich seit vielen Jahren bestehe und die Abläufe nach diesem System eingespielt seien. Auch bestünde die Gefahr, dass die Rückerstattung der Krankenkassen nicht oder nur mit erheblicher Verzögerung an die Leistungserbringer überwiesen würden, weil es hier – im Gegensatz zum ambulanten Bereich – regelmässig um hohe Beträge gehe. Das Inkassorisiko wäre somit höher als nach der heute praktizierten Regelung. Die zusätzlichen Kosten müssten selbstverständlich auch bei der Berechnung der Tarife berücksichtigt werden, weshalb bei einer Umstellung auf das System des Tiers garant sämtliche Tarife neu gerechnet werden müssten. Der Systemwechsel sei zudem für die Patienten ungünstig, weil diese die Kosten der stationären Leistungen vorschliessen müssten.

Es fragt sich, ob der Wortlaut von Artikel 42 Absatz 1 KVG den Sinn der Bestimmung richtig wiedergibt. Um den Sinn einer Bestimmung zu ermitteln, sind nach der Praxis neben dem Wortlaut namentlich die Entstehungsgeschichte der Norm sowie deren Sinn und Zweck sowie der Zusammenhang mit anderen Normen heranzuziehen (BGE 99 Ib 508 E. 3, 110 Ib 8 und 118 Ib 149 ff.). In der KVG-Botschaft führt der Bundesrat aus, dass die Vorlage Wert darauf lege, die Verantwortung und das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken. Sie stelle daher das System des Tiers garant in den Vordergrund, sofern Versicherer und Leistungserbringer nichts anderes vereinbaren (KVG-Botschaft, BBl 1992 I 170 und 268). Diese Ausführungen decken sich mit der Lesart, die der Wortlaut von Artikel 42 Absatz 1 KVG nahelegt. Die eidgenössischen Räte haben dem Entwurf des Bundesrates in diesem Punkt ohne materielle Änderungen zugestimmt. Anträge, die das System des Tiers payant obligatorisch erklären und insofern der vertraglichen Regelung durch die Tarifparteien entziehen wollten, hat der Nationalrat abgelehnt, unter anderem auf Grund des Arguments, dass mit solchen Lösungen den Versicherern ein Trumpf in den Tarifverhandlungen mit den Leistungserbringern aus der Hand genommen werde (Amtl. Bull. N 1993 1857 und insbesondere 1858, Votum Leuba). Der Bundesrat zieht daraus den Schluss, dass auch der Gesetzgeber das System des Tiers garant in

Artikel 42 Absatz 1 KVG als zwingendes Recht betrachtet, das nur mit Zustimmung der Tarifparteien und insbesondere der Versicherer geändert werden kann. Diese Lesart wird gestützt durch den Umstand, dass das Gesetz für den Fall, dass die Parteien nichts anderes vereinbaren, ausdrücklich das System des Tiers garant vorsieht, während es für denselben Fall hinsichtlich der anderen Modalitäten schweigt, die der Beschwerdeführer ebenfalls aufgreift (Verzicht auf Kostengutsprache, Definition von « stationär » im Grenzfällen, Regelung für die Ein- und Austrittstage, Urlaubsregelung, Regelung der präoperativen Untersuchungen). Für die Regelung dieser anderen Modalitäten im vertragslosen Zustand verfügt daher der Regierungsrat auf Grund von Artikel 47 Absatz 1 KVG über einen Spielraum, den ihm Artikel 42 Absatz 1 KVG mit der Regelung des Systems des Tiers garant verwehrt. Indem der angefochtene Beschluss in Dispositiv Ziffer XII/8 von der Regelung des Tiers garant abweicht, ohne dass eine Abrede zwischen den Tarifpartnern dazu ermächtigt, verstösst er gegen Artikel 42 Absatz 1 KVG.

Dispositiv Ziffer XII/8 des angefochtenen Beschlusses ist daher aufzuheben. Dabei ist dem Regierungsrat mit Blick auf die von ihm angeführten Probleme eine angemessene Anpassungsfrist einzuräumen (vgl. Ziff. II/17 hiernach). Innert derselben Frist wird der Regierungsrat auch jene anderen Modalitäten in Dispositiv Ziffer XII anpassen, die auf dem System des Tiers payant basieren (z. B. Dispositiv Ziff. XII/11: Zahlungsfrist für den Versicherer gegenüber dem Spital).

Für die Frage, ob bei einer Umstellung auf das System des Tiers garant wegen des Inkassorisikos und der zusätzlichen Kosten für die Spitäler die Tarife neu berechnet werden müssen, wie der Regierungsrat vorbringt, ist auf die Praxis des Bundesrates zu verweisen. Danach ist zwischen den rein administrativen Inkassokosten und dem Inkassorisiko zu unterscheiden. Inkassokosten fallen auf jeden Fall an, sei es beim Leistungserbringer oder, im Falle des Tiers payant, beim Versicherer. Sie sind daher auf die Kosten anrechenbar und vom Prämienzahler zu tragen. Anders aber das vermeidbare Inkassorisiko: Den Versicherten ist nicht zuzumuten, höhere Prämien zu zahlen, weil die Tarifpartner keine Einigung über einen Tarifvertrag und das System des Tiers payant zustande gebracht haben. Solange demnach das System des Tiers payant nicht vereinbart worden ist, trifft dieses Risiko allein den Leistungserbringer, ohne dass er es über die Tarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abwälzen könnte. Dies stellt zweifellos eine Härte für die betroffenen Leistungserbringer dar; der Bundesrat hat jedoch bereits früher betont, dass den Tarifparteien, soweit dies ohne Benachteiligung der Versicherten geschehen könne, im vertragslosen Zustand gewisse

Nachteile zuzumuten seien, die nur durch Verträge behoben werden können (BRE vom 20. 10. 99 i.S. Schaffhauser Arzttarif, E. II/4.32; BRE vom 10. 5. 2000 i.S. Schaffhauser MRI-Tarif, E. II/7.22¹³).

Was sodann die anderen Modalitäten angeht, welche der Beschwerdeführer beanstandet (Verzicht auf Kostengutsprache, Definition von «stationär» im Grenzfällen, Regelung für die Ein- und Austrittstage, Urlaubsregelung, Regelung der präoperativen Untersuchungen), präsentiert sich die Rechtslage anders als beim System des Tiers garant/payant. Hinsichtlich dieser anderen Modalitäten hält das KVG für den vertragslosen Zustand keine zwingenden Regeln bereit. Der Regierungsrat verfügt daher über einen gewissen Spielraum bei der Beurteilung der Frage, ob und wieweit diese anderen Modalitäten sachlich notwendig und geeignet sind, um den mit ihnen verfolgten Zweck zu erreichen. Aus dieser Sicht ist grundsätzlich festzustellen, dass die genannten Modalitäten schwergewichtig die zu verrechnenden Leistungen definieren und abgrenzen. Sie können in diesem Sinne als nötig und geeignet betrachtet werden, um die ordnungsgemässe und einheitliche Abwicklung der konkreten Behandlungsfälle zu gewährleisten, und lassen sich insoweit nicht beanstanden (vgl. Ziff. II/8.2.2 hiervor).

Was insbesondere die Umschreibung der stationären Behandlung angeht (Dispositiv Ziff. XII/2), hat sich noch keine gefestigte Praxis herausgebildet und bestehen in der Abgrenzung der Begriffe «stationär», «teilstationär» und «ambulant» Interpretationsdifferenzen, insbesondere zwischen den Tarifpartnern. Auf Grund des heutigen Standes der Diskussion lässt sich immerhin feststellen, dass die stationäre Behandlung sich von der ambulanten Behandlung dadurch unterscheidet, dass sie eine Spitalinfrastruktur sowie eine an die Behandlung anschliessende Überwachung und Pflege im stationären Rahmen erfordert. Als Abgrenzungskriterium gegenüber der teilstationären Behandlung kann gelten, dass die stationäre Behandlung in der Regel mehr als 24 Stunden dauert (Botschaft KVG-Teilrevision, S. 789). Vor diesem Hintergrund lässt sich Dispositiv Ziffer XII/2 nicht beanstanden. Dessen Buchstabe a grenzt die stationäre Behandlung im Sinne der vorgenannten Kriterien ab, und die Buchstaben b und c regeln Grenzfälle, welche in den Beurteilungsspielraum der Kantonsregierung fallen, solange die Interpretationsdifferenzen zwischen den Tarifpartnern nicht beseitigt sind und keine gefestigte Praxis besteht.

11.2 Eine andere Frage und im Folgenden zu prüfen ist dagegen, wie es sich mit der Kostenneutralität des Systemwechsels verhält.

¹³ In der Zwischenzeit veröffentlichter Entscheid, siehe Nr. KV 179 (2001) dieser Sammlung

Der Bundesrat hat bereits ausgeführt (Ziff. II/8.2.6 hiervor), dass Kostenneutralität bei einem Wechsel des Rechnungsmodells dann nicht verlangt werden kann, wenn sich dank besserer Kostentransparenz gegenüber dem alten Modell ein höherer Kostendeckungsgrad zu Lasten der Krankenversicherer begründen lässt oder wenn Faktoren vorliegen, die anrechenbare Mehrkosten rechtfertigen. Ob sich im vorliegenden Fall ein höherer Kostendeckungsgrad rechtfertigt, wird später geprüft (Ziff. II/13 hiernach). Im Folgenden geht es daher nur um die Frage der Mehrkosten. Anrechenbare Mehrkosten können sich aus einer Verbesserung der Qualität der Behandlung (z. B. dank des medizinischen Fortschritts) oder aus einer notwendigen Ausweitung der Menge der erbrachten Leistungen (z.B. infolge demographischer Veränderungen oder neuer Pflichtleistungen) ergeben. Soweit solche Faktoren vorliegen, kann sich der Beschwerdeführer daher nicht auf die Kostenneutralität berufen und sind seine Einwände gegen die Beteiligung der Versicherer an den Mehrkosten zurückzuweisen. Kostenneutralität kann er dagegen insoweit verlangen, als solche Faktoren fehlen, das heisst dann, wenn im Vergleich zum alten Modell (1) die Qualität der Behandlung gleichbleibt und wenn (2) die Menge der erbrachten Leistungen nicht ansteigt oder die Mengenausweitung nicht nötig ist. In diesem Fall darf ein Wechsel des Rechnungsmodells nicht zu anrechenbaren Mehrkosten führen.

In diesem Sinne fragt es sich im vorliegenden Fall, ob die Modalitäten des neuen Rechnungsmodells (Beschlussdispositiv, Ziff. XII) genügend Sicherungen gegen eine unnötige Ausweitung der Menge der erbrachten Leistungen bieten oder ob sie die Mengenausweitung sogar fördern, wie der Beschwerdeführer geltend macht. Mit Blick auf den Umstand, dass das neue Modell Mischpauschalen kennt, ist hiebei zu unterscheiden zwischen der Tages-Teilpauschale und der Fall-Teilpauschale.

11.2.1 Was die Tages-Teilpauschale angeht, bringt die Gesundheitsdirektion vor, dass die tagesbezogenen Teilpauschalen des PLT-Modells nicht auf Kostendeckung abstellten, sondern unter den Grenzkosten lägen. Kostendeckung sei im PLT-Modell nur dann gegeben, wenn eine gewisse Aufenthaltsdauer nicht überschritten werde, was – im Gegensatz zu Tages-Vollpauschalen – Anreiz für die Spitäler schaffe, die Aufenthaltsdauer zu verringern. Dass die Spitäler beim Mischmodell interessiert sind, die Aufenthaltsdauer kurz zu halten, und dies die Kosten bei den Tages-Teilpauschalen tendenziell eher senken als erhöhen wird, lässt sich in der Tat nicht von der Hand weisen. Hinzu kommt, dass – entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers – bisherige Kontrollmöglichkeiten nicht weggefallen sind. So bleibt die normative Bettenauslastung als Massstab erhalten (Ziff. II/10.2 hiervor). Ferner

hat der Regierungsrat die Leistungen im Bereich der Hotellerie/Services und Pflege, welche mit der Tages-Teilpauschale abgegolten werden, einem Benchmarking unterzogen, wobei den Benchmark für das tagesbezogene Element das Spital mit dem tiefsten Wert liefert (Benchmark = best practice; vgl. Ziff. II/10.2 hiervor). Dass die Kosten in diesem Bereich unkontrolliert und unnötig steigen werden, ist daher nicht anzunehmen.

11.2.2 Was die Fall-Teilpauschale betrifft, welche die Kosten für Diagnostik und Therapie abgibt, vermisst der Beschwerdeführer wirksame Massnahmen, die ein kostspieliges Ausweichverhalten der Leistungserbringer und damit unnötige Mehrkosten verhindern können.

...

Kostensteigerungen befürchtet der Beschwerdeführer zum einen deshalb, weil die Modalitäten nicht genügend Sicherungen gegen die Erhöhung der Fallzahlen bieten (z. B. Rehospitalisierungen zufolge zu früher Entlassung; Verschiebung von bisherigen ambulanten Behandlungen zu stationären Fällen; Verrechnung der Fallpauschale bereits nach einer Hospitalisierung von 24 Stunden und damit Möglichkeit zu zwei- oder dreifacher Kumulation der Fallpauschalen in einem einzigen Fall; Umgehung der Regelung über die interne Verlegung durch Verlegung einer Patientin oder eines Patienten aus einer Abteilung ohne Fallpauschale in eine Abteilung mit Fallpauschale; Tendenz, präoperative Untersuchungen als eigenen stationären Aufenthalt zu behandeln; Osteosynthesematerial-Entfernung eintägig stationär statt wie in den letzten Jahren meist ambulant und Verrechnung nicht nur der Tages-, sondern auch einer ganzen Fallpauschale; wieder mehr Dialysen stationär mit voller Verrechnung einer Fallpauschale der chirurgischen Abteilung). Zum anderen können die Spitäler nach Meinung des Beschwerdeführers allzu leicht in den ambulanten Bereich ausweichen (z.B. durch ambulante Verrechnung präoperativer und postoperativer Untersuchungen zusätzlich zur Fallpauschale).

...

Als weitere Beispiele von tarifbedingtem Ausweichverhalten der Spitäler nennt der Beschwerdeführer insbesondere die Anwendung der Tagespauschale auch bei Kurzaufenthalten im USZ und KISPI; Probleme mit den IPS-Zuschlägen; neuerdings gehäuft «kranke» Säuglinge; Entlassung von Patientinnen und Patienten in schlechtem gesundheitlichem Zustand aus dem Spital und Verlegung in Krankenhäuser mit höheren Kostenfolgen für die Versicherer; Missbrauch von Verlegungen für «Rechnungsoptimierungen» (vgl. Stellungnahme des Beschwerdeführers vom 22. 9. 00).

Der Beschwerdeführer fordert daher zusätzlich folgende flankierende Massnahmen: Benchmarking auch für das fallbezogene Element, Limitierung der Fallzahlen mit effizienten Sanktionen, Massnahmen gegen tarifmotivierte Verhaltensänderungen der Leistungserbringer, Verrechnung nur einer Fallpauschale bei interner wie externer Verlegung und bei Rehospitalisierung innert 30 Tagen, Einführung eines Globalbudgets. Das BSV seinerseits verlangt, dass präoperative Untersuchungen im Rahmen der stationären Tarife zu vergüten seien; bei externen Verlegungen sei vorzusehen, dass jedes der zwei Spitäler einen Teil des Totals der Fall-Teilpauschale nach einem vereinbarten Schlüssel verrechne oder dass eines der Spitäler die Fallpauschale in Rechnung stelle und danach mit dem anderen Spital teile; bei Rehospitalisationen infolge zu früher Entlassung dürfe keine zweite Fallpauschale verrechnet werden.

Die Gesundheitsdirektion hält dem entgegen, das KVG sehe vor, dass die effektiv angefallenen Kosten von den Krankenversicherern zu übernehmen seien. Mit der Abstützung auf bundesrechtliche Statistikvorgaben sei sichergestellt, dass allfällige – vom Spital bewusst herbeigeführte – Fallzahlensteigerungen spätestens im folgenden Jahr bei der Berechnung der Tarife kompensiert würden. Die Verrechnung eines Fallelementes werde in der Statistik mit einem Austritt gleichgesetzt. Da die Patientenaustritte im folgenden Jahr Grundlage (Divisor) zur Bemessung der Höhe der neuen Tarife bildeten, bestehe keine Missbrauchsgefahr, und ein allfälliges Ausweichverhalten der Leistungserbringer lohne sich daher nicht.

Ob diese Sicherung genügt, um unnötige Kostensteigerungen zu vermeiden, lässt sich aus der Sicht des Bundesrates zur Zeit nicht zuverlässig beurteilen, und es muss derzeit auch offen bleiben, ob nicht doch zusätzliche Regelungen nötig werden können, beispielsweise für Rehospitalisationen. Die Frage kann jedoch erst dann schlüssig beantwortet werden, wenn aus der Anwendung des neuen Modells empirische Daten für eine hinreichend lange Zeitspanne vorliegen. Weil der Bundesrat im vorliegenden Verfahren über solche Daten nicht verfügt, lassen sich die Kostenfolgen auf mittlere und längere Frist zur Zeit nicht mit der für eine Prognose geforderten Wahrscheinlichkeit abschätzen. Auch die Erfahrungen mit dem alten Modell lassen sich nicht einfach auf das PLT-Modell übertragen und in eine Prognose über die Kostenfolgen des neuen Modells umsetzen, weil dieses sich vom alten Modell in wesentlichen Punkten unterscheidet, was die Verrechnung der Leistungen betrifft. Solange eine Prognose über die Kostenfolgen nicht vorliegt, kann auch nicht zuverlässig vorausgesagt werden, dass sich unter dem PLT-Modell auf mittlere und längere Frist die Menge der in Diagnostik und Therapie erbrachten Leistungen unnötig ausweiten wird und deswegen

bei der Fall-Teilpauschale Mehrkosten entstehen werden. Ohne eine solche Prognose lässt es sich jedoch zur Zeit nicht rechtfertigen, die Modalitäten des Rechnungsmodells im Sinne der Anträge des Beschwerdeführers zu ändern, zumal das von diesem verlangte Benchmarking für das fallbezogene Element im vorliegenden Verfahren nicht durchgesetzt werden kann und die Limitierung der Fallzahlen nur sehr beschränkt helfen könnte (Ziff. II/10.2 und 8.2.6 hiervor). Auch die Einführung eines prospektiven Globalbudgets (Art. 43 Abs. 3 KVG) fällt für den Bundesrat unter diesen Umständen ausser Betracht. Auf der anderen Seite lässt sich auf Grund der Vorbringen des Beschwerdeführers zur Zeit nicht ausschliessen, dass die Krankenversicherer Mehrkosten übernehmen müssen, die auf unnötige Mengenausweitungen zurückzuführen sind. Weil jedoch die nötigen Daten zur Zeit nicht vorliegen, ist es ausgeschlossen, die Mehrkosten zu erfassen und die einschlägigen Kostenstellen gegebenenfalls zu korrigieren. Solange in diesem Punkt Transparenz nicht besteht, ist daher das Risiko unnötiger Mehrkosten einstweilen auf andere Weise abzudecken, nämlich dadurch, dass dieser Umstand beim Grad der Kostendeckung durch die Versicherer, das heisst bei der Deckungsquote (Art. 49 Abs. 1 KVG), berücksichtigt wird (Ziff. II/13 hiernach).

Mangels schlüssiger Zahlen und konkreter Tarifberechnungen kann der Bundesrat auch dem Antrag des GUD in der Stellungnahme vom 27. September 2000 und dem in die gleiche Richtung zielenden Antrag der kantonalen Gesundheitsdirektion nicht folgen. Das GUD verlangt, es sei reformatorisch eine Spezialregelung für das Stadtspital Waid zu treffen, z.B. in der Weise, dass Übertritte von der Medizinischen oder der Chirurgischen Klinik des Stadtspitals Waid in die Klinik für Geriatrie und Rehabilitation des Stadtspitals Waid als externe Verlegungen zu tarifieren sind. Dasselbe gilt für den Antrag des GUD in der Vernehmlassung vom 17. März 2000, der darauf abzielt, die internen Verlegungen mit den externen Verlegungen für alle Spitäler gleichzustellen. Gegen eine allgemeine Gleichstellung von interner und externer Verlegung spricht, dass einem Spital bei beiden Berechnungsarten im Ergebnis die gleichen Kosten zu vergüten sind und die Versicherer nicht unterschiedlich belastet werden, zumal lediglich bei rund 5 Prozent der Spitalaufenthalte interne Verlegungen vorgenommen werden, wie die Gesundheitsdirektion in der Vernehmlassung vom 29. März 2000 vorbringt.

Auf der anderen Seite weist der Bundesrat auch den Antrag des Beschwerdeführers ab, es sei der Tarif für die Akutgeriatrie (Tages-Teilpauschale) am Stadtspital Waid zu reduzieren (...).

...

11.3 Was die Modalitäten der Umsetzung des PLT-Modells angeht, ergibt sich somit, dass Dispositiv Ziffer XII/8 des angefochtenen Beschlusses gegen Artikel 42 Absatz 1 KVG (System des Tiers garant) verstösst und daher aufzuheben ist; dem Regierungsrat ist eine angemessene Anpassungsfrist einzuräumen. Innert derselben Frist wird der Regierungsrat auch jene anderen Modalitäten in Ziffer XII des Beschlussdispositivs anpassen, die auf dem System des Tiers payant basieren. Dagegen sieht der Bundesrat davon ab, die weiteren Modalitäten zu ändern oder aufzuheben. Das Risiko, dass die Krankenversicherer Mehrkosten übernehmen müssen, die auf unnötige Mengenausweitungen zurückzuführen sind, und das PLT-Modell deswegen das Gebot der Kostenneutralität verletzt, wird bei der Bestimmung des Grades der Kostendeckung durch die Versicherer (Art. 49 Abs. 1 KVG) berücksichtigt (Ziff II/13 hiernach).

Nach der Praxis des Bundesrates ist in solchen Fällen im Sinne einer Überbrückungsmassnahme bis zum Ablauf der Anpassungsfrist grundsätzlich der bisherige Zustand weiterzuführen (Art. 56 VwVG; vgl. VPB 42.94 und RKUV 6/1996 233 E. 7.2¹⁴). Das heisst, dass für solange die Ziffer XII/8 und die auf dem System des Tiers payant basierenden weiteren Modalitäten in Ziffer XII/8 des Dispositivs des RRB 2318 in der Fassung des angefochtenen Beschlusses des Regierungsrates weitergelten.

Der Klarheit halber ist anzufügen, dass für solange das System des Tiers payant im Sinne einer Überbrückungsmassnahme auch für jene Spitäler gilt, die Lohnnachzahlungen leisten und für die das vorliegende Verfahren insoweit sistiert ist, weshalb deren Tarife der Bundesrat erst im zweiten Teilscheid rechtskräftig festsetzen wird.

12. *Zwischenergebnis*

In den vorstehenden Erwägungen wurden die Einwände gegen die strittigen Tarife in zwei Gruppen unterteilt. Kriterium für die Abgrenzung zwischen den beiden Gruppen bildete die Frage, ob sich ein Einwand gegen das PLT-Modell als solches richtet (Ziff. II/8 hiervor) oder ob – auf der Basis des PLT-Modells – die Qualität der Datenbasis und die Bestimmung der anrechenbaren Kosten (Bereinigungsfaktoren) sowie die Modalitäten der Umsetzung des PLT-Modells im angefochtenen Beschluss bemängelt werden (Ziff. II/9, 10 und 11 hiervor).

Die vorstehenden Erwägungen lassen sich dahin zusammenfassen, dass die Einwände des Beschwerdeführers gegen das PLT-Modell als solches

¹⁴ siehe Nr. KV 1 (1996) dieser Sammlung

entweder nicht stichhaltig oder so beschaffen sind, dass sie im Sinne des Grundsatzes der Verhältnismässigkeit eine Kassation des Modells nur als letztes Mittel rechtfertigen könnten. Eine Kassation wäre dann gerechtfertigt, wenn sich die nötigen Korrekturen nicht durch punktuelle Massnahmen erreichen liessen und das Modell deswegen als Ganzes rechtlich nicht haltbar wäre.

Was die Qualität der Datenbasis angeht, erweisen sich die Einwände des Beschwerdeführers als unbegründet. Dies gilt umgekehrt aber auch für die Kritik, welche der Regierungsrat an der Mängelrüge der Preisüberwachung übt. Diese hält insbesondere zu Recht fest, dass die Kostenrechnungen der Spitäler keine Aufteilung der Kosten nach Patientenkategorien (allgemein, halbprivat, privat) enthalten. Für die Tarifbeurteilung im Sinne des KVG und PüG wären detaillierte Kostenrechnungen einschliesslich Kostenträgerrechnungen erforderlich. Diesem Mangel an Transparenz ist bei der Bestimmung des Grades der Kostendeckung durch die Krankenversicherer Rechnung zu tragen (Ziff. II/13 hiernach).

Bei der Bestimmung der anrechenbaren Kosten (Bereinigungsfaktoren: Abzug der Kosten für Lehre und Forschung; Abzug der Kosten aus Überkapazitäten [einschliesslich Benchmarking]; Übergangspflege am Stadtspital Waid; Zuschläge für Teuerung und Mehrwertsteuer; Bildung von Gruppentaxen; Abteilungspauschalen am Spital Zollikerberg; Berechnung der Implantats-Pauschalen; Ausscheidung der separaten Entgelte; Berücksichtigung der Entwicklung der ambulanten Spitalkosten) ergeben sich aus den Akten keine stichhaltigen Gründe, um von den Empfehlungen der Preisüberwachung abzuweichen.

Was die Modalitäten der Umsetzung des PLT-Modells betrifft, verstösst Dispositiv Ziffer XII/8 des angefochtenen Beschlusses gegen Artikel 42 Absatz 1 KVG (System des Tiers garant) und ist daher aufzuheben; dem Regierungsrat ist eine angemessene Anpassungsfrist einzuräumen. Innert derselben Frist wird der Regierungsrat auch jene anderen Modalitäten in Ziffer XII des Beschlussdispositivs anpassen, die auf dem System des Tiers payant basieren. Dagegen sieht der Bundesrat davon ab, die weiteren Modalitäten der Umsetzung des PLT-Modells zu ändern oder aufzuheben. Dem Risiko, dass die Krankenversicherer Mehrkosten übernehmen müssen, die auf unnötige Mengenausweitungen zurückzuführen sind, und das PLT-Modell deswegen das Gebot der Kostenneutralität verletzt, ist bei der Bestimmung des Grades der Kostendeckung durch die Versicherer (Art. 49 Abs. 1 KVG) Rechnung zu tragen (Ziff. II/13 hiernach).

Daraus ergibt sich, dass im Sinne des Grundsatzes der Verhältnismässigkeit eine Kassation des PLT-Modells als Ganzes nicht gerechtfertigt ist. Die nötigen Korrekturen lassen sich durch punktuelle Massnahmen erreichen, indem einerseits Dispositiv Ziffer XII/8 des angefochtenen Beschlusses aufgehoben wird und andererseits das Fehlen von Kostenträgerrechnungen und das Risiko unnötiger Mehrkosten bei der Kostendeckung durch die Krankenversicherer berücksichtigt werden.

Das vorliegende Ergebnis gilt für alle Spitäler, dies heisst auch für jene, für die das Verfahren wegen der Lohnnachzahlungen sistiert ist. In diesem Sinne wird der Antrag der Gesundheitsdirektion abgewiesen, es seien auch die Lohnerhöhungen per 1. Juli 2001 und der Teuerungsausgleich per 1. Januar 2001 sowie die Erhebung über die universitären Lehr- und Forschungsaufwendungen in das vorliegende Verfahren einzubeziehen.

Damit bleibt die Frage zu entscheiden, wie hoch die Deckungsquote für die neuen Pauschalen anzusetzen ist.

13. *Grad der Kostendeckung durch die Krankenversicherer* (Deckungsquote)

Die folgenden Erwägungen gelten zum einen für jene Spitäler, die keine Lohnnachzahlungen leisten und für die im vorliegenden ersten Teilentscheid die Pauschalen rechtskräftig festgesetzt werden (Zürcher Stadtspitäler Triemli und Waid sowie Spital Bülach). Es geht dabei um die Frage, in welchem Umfang die Krankenversicherer zur Kostendeckung herangezogen werden können. Der Grad der Kostendeckung richtet sich nach der Transparenz der Kostenrechnungen der Spitäler. Diese Kostenrechnungen liegen auch für die übrigen Spitäler vor. Wenn sich die Krankenversicherer an den Lohnnachzahlungen für das Spitalpersonal beteiligen müssen, was der Bundesrat im zweiten Teilentscheid beurteilen wird, so wird dies zur Folge haben, dass sich die Zahlenwerte in bestimmten Konten der vorliegenden Kostenrechnungen und damit die auf die Pauschalen anrechenbaren Kosten erhöhen werden. Die Frage, wie die Transparenz der Kostenrechnungen insgesamt zu beurteilen ist, wird davon jedoch nicht berührt. Daher lässt sich diese Frage zum anderen auch für die übrigen Spitäler bereits im ersten Teilentscheid beurteilen, auch wenn die Pauschalen erst im zweiten Teilentscheid endgültig festgesetzt werden können.

13.1 Der Regierungsrat führt im angefochtenen Beschluss zur Deckungsquote aus, der Bundesrat habe im Entscheid über die Zürcher Spitaltarife 1996 einen Kostendeckungsgrad von 46 Prozent zugestanden. Seither

hätten die Zürcher Spitäler die Kostentransparenz deutlich verbessert, weshalb diese Prozentzahl den Ausgangspunkt für den Kostendeckungsgrad bei den Tarifen 2000 bilden müsse. Weiter sei festzuhalten, dass beispielsweise für Lehre und Forschung sowie für Mehrkosten von Zusatzversicherten jeweils Abzüge vorgenommen würden, die bereits Sicherheitsmargen aufwiesen, womit die anrechenbaren Kosten reduziert würden. Daher sei es nicht sachgerecht, diese Bereiche zusätzlich als Begründung für einen tieferen Kostendeckungsgrad heranzuziehen. Selbst der VZKV habe mit Schreiben vom 6. August und 1. September 1999 einen Kostendeckungsgrad von 47 Prozent als vertretbar erachtet. Aus diesen Gründen und mit Blick auf die noch immer ausstehenden Richtlinien des Bundesrates erscheine – je nach Spital – ein Kostendeckungsgrad zwischen 47,5 und 48,5 Prozent als angemessen.

Die Gesundheitsdirektion bringt zusätzlich vor, dass der Bundesrat im Entscheid vom 13. August 1997 betreffend Akutspitalertaxen noch auf Finanzbuchhaltungszahlen basiert habe und die vom Bundesrat in diesem Entscheid geforderten «Kostenstellenrechnungen» nun flächendeckend vorlägen, weshalb allein schon deswegen und wegen der seither verbesserten Kostentransparenz ein höherer Kostendeckungsgrad als der damals zugestandene Satz von 46 Prozent gerechtfertigt sei. Entgegen der Auffassung der Preisüberwachung werde in Artikel 49 Absatz 6 KVG eine Kostenstellenrechnung, nicht aber eine Kostenträgerrechnung verlangt. Weiter seien mit der Spitalliste 1998 Spitäler geschlossen und fusioniert worden, sodass Überkapazitäten weitestgehend beseitigt worden seien. Schliesslich sei mit dem PLT-Modell ein System geschaffen worden, das im Gegensatz zu finanzbuchhaltungsgestützten Modellen eine kosten- und verursachergerechtere Tarifierung zulasse und somit auch bessere Anreize zu kosten-senkendem Verhalten setze. Vor diesem Hintergrund erscheine es als nicht sachgerecht, dass die Preisüberwachung immer noch an einem Kostendeckungsgrad von 46 Prozent festhalte.

Die Preisüberwachung hält demgegenüber fest, dass die vom Kanton Zürich präsentierten Daten noch Mängel aufwiesen, so dass eine KVG- und PüG-konforme Berechnung der Mischpauschalen nicht möglich sei. Sie habe deshalb gemäss der geltenden Bundesratspraxis – die sich im Übrigen seit dem Entscheid vom 13. August 1997 betreffend Zürcher Spitaltaxen 1996 weiter entwickelt habe – einen Kostendeckungsgrad von 46 Prozent empfohlen. Ein solche Kostenbeteiligung werde kurz zusammengefasst dann empfohlen, wenn die gesamte Datenlage schon relativ gut sei, die Kosten der allgemeinen Abteilungen jedoch auf Grund fehlender Kostenträgerrechnungen noch nicht korrekt ausgewiesen werden könnten.

Nach Artikel 49 Absatz 1 KVG decken die Pauschalen für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital (Art. 39 Abs. 1 KVG) für Kantonseinwohner und -einwohnerinnen bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten je Patient oder Patientin oder je Versichertengruppe in der allgemeinen Abteilung (Deckungsquote). Die maximale Deckungsquote von 50 Prozent hat der Bundesrat allerdings bisher noch nie zugestanden. Im Entscheid vom 13. August 1997 in Sachen Zürcher Spitaltarife 1996 (RKUV 6/1997 343 und 367 E. 10.3¹⁵) hat er eine Deckungsquote von 46 Prozent für angemessen erachtet. Er hat sich in der Folge stets an diese Quote gehalten, wenn die Datenbasis der Spitäler schon verhältnismässig gut war, die Kosten der allgemeinen Abteilungen jedoch wegen fehlender Kostenträgerrechnungen nicht transparent ausgeschieden werden konnten. Je näher bei ungenügender Kostentransparenz die Deckungsquote an das Maximum von 50 Prozent herangeführt wird, desto grösser wird die Gefahr, dass die Spitalpauschalen effektiv mehr als 50 Prozent der anrechenbaren Kosten decken. Die Spanne zwischen den 46 Prozent und der maximalen Deckungsquote von 50 Prozent soll dies verhindern und dient in diesem Sinne als notwendige Sicherheitsmarge.

Im vorliegenden Fall präsentiert sich die Datenbasis an den betroffenen Spitälern nicht grundsätzlich anders als in den vorgenannten Konstellationen. Nach wie vor fehlen Kostenträgerrechnungen, die im Sinne von Artikel 49 Absatz 1 KVG eine transparente Ausscheidung der Kosten der allgemeinen Abteilung von den Kosten der anderen Spitalabteilungen erlauben. Mit Blick auf diesen Umstand wäre bei Deckungsquoten zwischen 47,5 und 48,5 Prozent, wie der Regierungsrat sie festgesetzt hat, die Sicherheitsmarge zu knapp. Auf der anderen Seite ist zu berücksichtigen, dass die Zürcher Spitäler seit 1997 die Kostentransparenz verbessert haben, was an sich für eine Deckungsquote von mehr als 46 Prozent spräche. Dem steht wiederum der Umstand entgegen, dass die Sicherheitsmarge zusätzlich auch das Risiko abdecken muss, dass die Krankenversicherer wegen der Umstellung auf das PLT-Modell und mangels vollständiger Transparenz Mehrkosten übernehmen müssen, die auf unnötige Mengenausweitungen zurückzuführen sind. Deshalb setzt der Bundesrat in Würdigung aller Umstände die Deckungsquote auf 46 Prozent fest.

Dies bedeutet, dass die vom Regierungsrat festgesetzten Pauschalen aufzuheben sind, weil sie auf höheren Deckungsquoten basieren. Dies gilt auch für jene Spitäler, die Lohnnachzahlungen leisten und deren Tarife da-

¹⁵ siehe Nr. KV 16 (1997) dieser Sammlung

her erst im zweiten Teilentscheid festgesetzt werden können. Die Ziffern I-XI des Dispositivs des Beschlusses 2318 des Regierungsrates des Kantons Zürich vom 22. Dezember 1999 werden demnach aufgehoben. Für jene Spitäler, die keine Lohnnachzahlungen leisten, das heisst für die Zürcher Stadtspitäler Triemli und Waid sowie das Spital Bülach, setzt der Bundesrat auf der Basis des Kostendeckungsgrades von 46 Prozent die Pauschalen reformatorisch neu fest (Art. 61 Abs. 1 VwVG). Auch für die übrigen Spitäler, die Lohnnachzahlungen leisten, werden im vorliegenden ersten Teilentscheid die Pauschalen auf der Basis von 46 Prozent ermittelt, wobei es sich einstweilen um rein rechnerische Werte handelt, weil die Pauschalen endgültig erst im zweiten Teilentscheid festgesetzt werden können.

Was die EPI-Klinik betrifft, die zu diesen übrigen Spitalern gehört, führt der Regierungsrat in den Erwägungen (S. 35, Bst. P) aus, dass in die Excel-Berechnungstabelle des Preisüberwachers ein offensichtlich falsch übermittelter Wert eingesetzt worden sei. Wenn in der Spalte H der unzutreffende Wert von 8 698.20 Franken durch den korrekten Betrag von 9 927 Franken ersetzt werde, so resultiere eine Tagespauschale von rund 262 Franken, welche statt der 252 Franken (Ansatz der Preisüberwachung) bei der EPI-Klinik einzusetzen sei.

Dies trifft zu, weshalb der Bundesrat dem Antrag folgt und die Tagespauschale (einstweilen rein rechnerisch) auf 262 Franken festsetzt.

13.2 Der Beschwerdeführer beantragt für den Fall der Einführung des PLT-Modells, es seien flankierende Massnahmen gegen tarifbedingtes Ausweichverhalten der Leistungserbringer (Fallzahlenlimitierung, Globalbudgetierung etc.) zu treffen und die Tarife mit einem Benchmarking auch auf den fallbezogenen Tarifen gemäss Beilagen 8a und 8b zur Beschwerde (Benchmarking VZKV auf Tarifen mit Tages- und mit Fallbezug vom 4./8.02.00) festzusetzen.

Was die flankierenden Massnahmen angeht, ist grundsätzlich auf die Erwägungen zu den Modalitäten der Umsetzung des PLT-Modells zu verweisen (Ziff. II/11.2.2 hiervor). Zur Globalbudgetierung ist zu ergänzen, dass der Beschwerdeführer diese nicht nur als flankierende Massnahme gegen Ausweichverhalten der Leistungserbringer beantragt (Art. 43 Abs. 3 KVG), sondern darüber hinaus auf der Grundlage von Artikel 54 Absatz 1 KVG auch als Massnahme gegen einen überdurchschnittlichen Kostenanstieg. Er begründet dies damit, die vom Regierungsrat festgesetzten Tarife hätten eine Steigerung der stationären Spitalkosten um 108 Millionen Franken, das heisst um 23 Prozent, gebracht. Damit sei sogar die Grenze von Artikel 55 KVG um ein Mehrfaches überschritten, welche zum Erlass eines Tarif-

stopps berechtigte. Eine Globalbudgetierung stelle in den meisten Fällen eine mildere Massnahme dar.

Nach Artikel 54 Absatz 1 KVG können die Versicherer beantragen, dass der Kanton als befristete ausserordentliche Massnahme zur Eindämmung eines überdurchschnittlichen Kostenanstiegs einen Gesamtbetrag (Globalbudget) für die Finanzierung der Spitäler und Pflegeheime festsetzt. Die Globalbudgetierung im Sinne der zitierten Bestimmung setzt somit voraus, dass die Kosten überdurchschnittlich ansteigen. Ob diese Voraussetzung bei den vom Regierungsrat festgesetzten Pauschalen gegeben wäre, kann indes offenbleiben, weil der Bundesrat für die Pauschalen nicht den vorinstanzlichen Ansätzen folgt, sondern grundsätzlich die Empfehlungen der Preisüberwachung vom 7. Dezember 1999 übernimmt. Auf dieser Basis rechnet der Beschwerdeführer (Beschwerde, Ziff. 21) mit Mehrkosten von schätzungsweise 12 Millionen Franken oder 2,5 Prozent pro Jahr. Die Gesundheitsdirektion erwartet auf der Basis der Empfehlungen der Preisüberwachung ebenfalls eine Kostensteigerung von rund 2,5 Prozent, veranschlagt jedoch die Mehrkosten für die Versicherer tiefer, nämlich mit rund 7-8 Millionen Franken. So oder anders ist aus der Sicht des Bundesrates festzustellen, dass der Kostenanstieg schon mit Blick auf die Teuerung nicht als überdurchschnittlich gelten kann, wenn berücksichtigt wird, dass die Akutspitälertarife seit fast vier Jahren unverändert geblieben sind. Damit ist eine der Voraussetzungen für die Globalbudgetierung im Sinne von Artikel 54 Absatz 1 KVG nicht erfüllt. Der Regierungsrat kann daher nicht verpflichtet werden, ein Globalbudget einzuführen, und die Beschwerde ist in diesem Punkt als unbegründet abzuweisen.

...