

*Kranken- und
Unfallversicherung*

Rechtsprechung und Verwaltungspraxis

*Assurance-maladie
et accidents*

Jurisprudence et pratique administrative

*Assicurazione malattia
e infortuni*

Giurisprudenza e prassi amministrativa

Verlängerung eines Tarifvertrages durch die Kantonsregierung KV 177 Entscheid des Bundesrates vom 13. März 2000 in Sachen Krankenversicherer H. und S. gegen den Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt	353
Genehmigung eines Tarifvertrages betreffend Komplementärmedizin KV 178 Entscheid des Bundesrates vom 19. April 2000 in Sachen sechs Ärzte für Homöopathie gegen den Regierungsrat des Kantons Solothurn	371
Einzelleistungstarif für die Magnetresonanztomographie (MRT): Festsetzung des Taxpunktwertes auf kantonaler Ebene KV 179 Entscheid des Bundesrates vom 10. Mai 2000 in Sachen Kantonaler Krankenkassenverband Schaffhausen (KKV) gegen den Regierungsrat des Kantons Schaffhausen	377
Fixation de tarif et tarif-cadre pour des médecins non adhérents à une convention signée par leur association KV 180 Décision du Conseil fédéral du 28 juin 2000 dans la cause opposant les sociétés neuchâtelaises de médecine et de pédiatrie au gouvernement du canton de Neuchâtel et à la fédération neuchâtelaise des assureurs-maladie	396
Fixation d'un tarif pour la division commune KV 181 Décision du Conseil fédéral du 28 juin 2000 dans la cause opposant la clinique X au Conseil d'Etat du canton de Vaud	417
Zulassung von Spitälern zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Schwyzer Spitalliste 1998) KV 182 Entscheid des Bundesrates vom 13. Juni 2000 in Sachen Zentralschweizerischer Krankenversicherer-Verband (ZKV) gegen den Regierungsrat des Kantons Schwyz	431
Zulassung von Spitälern zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Thurgauer Spitalliste 1998) KV 183 Entscheid des Bundesrates vom 5. Juli 2000 in Sachen Verband Krankenversicherer St. Gallen-Thurgau (KST), Klinik U, V, W, X, Y und Z gegen den Regierungsrat des Kantons Thurgau	438

*Fortsetzung auf der 3. Umschlagseite/Suite à la 3^e page de couverture/
Continua alla 3^a pagina della copertina*

Dezember – décembre – dicembre 2001

Herausgeber/Editeur/Editore

Bundesamt für Sozialversicherung
Office fédéral des assurances sociales
Ufficio federale delle assicurazioni sociali
Effingerstrasse 20, 3003 Bern
Telefon 031 322 91 12, Telefax 031 322 90 20

Vertrieb/Distribution/Distribuzione

BBL/EDMZ, 3003 Bern, www.admin.ch/edmoz
OFCL/EDMZ, 3003 Berne, www.admin.ch/edmoz
UFCL/EDMZ, 3003 Berna, www.admin.ch/edmoz

Redaktion/Rédaction/Redazione

Marc Léderrey, Monika Schuler, Anne Lugon,
Bernard Schuler, Helen Kaufmann, Seraina Rohner

Abonnementspreis Fr. 27.60 inkl. MWSt

Prix d'abonnement fr. 27.60 TVA incluse

Prezzo d'abbonamento Fr. 27.60 IVA compresa

Auflage/Tirage/Tiratura 1900

Erscheint 5–6 mal jährlich

Paraît 5–6 fois par année

Publicato 5–6 volte l'anno

Verlängerung eines Tarifvertrages durch die Kantonsregierung

KV 184 Entscheid des Bundesrates vom 18. Oktober 2000 in Sachen
Verband Krankenversicherer St. Gallen-Thurgau gegen
den Regierungsrat des Kantons Thurgau und Spital Thurgau AG

445

Einzeleistungstarif für Leistungen der Physiotherapie:

**Festsetzung des Taxpunktwertes auf kantonaler Ebene im vertragslosen
Zustand nach der Genehmigung einer gesamtschweizerisch einheitlichen
Tarifstruktur durch den Bundesrat**

KV 185 Entscheid des Bundesrates vom 18. Oktober 2000 in Sachen
Schweizerischer Physiotherapeutenverband, Sektion St. Gallen/Appenzell
(SPV/SG/AI/AR), und Kantonalverband Appenzellischer Krankenkassen (KVAK) gegen die Beschlüsse des Regierungsrates des Kantons Appenzell Ausserrhoden sowie der Ständekommission des Kantons Appenzell Innerrhoden

456

Tarifs des prestations de soins fournies par les établissements médico-sociaux et les divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation pour les années 1998, 1999 et 2000

KV 186 Décision du Conseil fédéral du 20 décembre 2000
dans la cause opposant divers recourants au Conseil d'Etat
du canton de Vaud

471

Verlängerung eines Tarifvertrags durch die Kantonsregierung

KV 177 Entscheid des Bundesrates vom 13. März 2000 in Sachen Krankenversicherer H. und S. gegen den Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt

Da die Streitigkeit die Verlängerung eines gekündigten Tarifvertrags betrifft, geht es nicht um die Anwendung eines Tarifs im Einzelfall, sondern um den Tarif als Ganzes, und der Bundesrat ist zuständig. Die Frage, ob der Regierungsrat einen bestehenden Tarifvertrag auch teilweise verlängern darf, beschlägt nicht eine Frage der Zuständigkeit, sondern jene nach der Kognition und ist inhaltlicher Natur (Erw. II 1.1.3 – 1.1.5).

Die hoheitliche Anordnung, ein Tarifvertrag werde für ein Jahr verlängert, gilt für jene Versicherer und Leistungserbringer, welche vor der Kündigung des Tarifvertrags diesem bereits unterstellt waren. Auf Grund der in Art. 46 KVG festgehaltenen individualisierenden Wirkung von Verbandstarifverträgen (Beitrittsrecht bei Verbandsverträgen, Verbot des Verbandszwangs, Ungültigkeit von Sondervertragsverboten) steht den Beschwerdeführerinnen ein selbständiges und schutzwürdiges Interesse zu, den Regierungsratsbeschluss anzufechten (Erw. II 1.2.2).

Die Kantonsregierung darf im Rahmen der Vertragsverlängerung (Art. 47 Abs. 3 KVG) einzelne Bestimmungen inhaltlich nicht abändern, hat aber zu prüfen, ob den Vertragsparteien im ganzen Regelungsbereich des zu verlängernden Tarifvertrags tatsächlich (noch) Vertragsfreiheit zusteht. Denn die Verlängerung dient dazu, den Parteien nochmals eine Chance zu geben, sich vertraglich zu einigen. Sie macht dort keinen Sinn, wo gar keine Vertragsfreiheit herrscht und ein vertrags- und tarifloser Zustand überhaupt nicht eintreten kann. Damit hat die Kantonsregierung jene Teile des Tarifvertrags, welche durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung abschliessend geregelt werden, von der Vertragsverlängerung auszunehmen (Präzisierung der Rechtsprechung) (Erw. II 4.3 – 4.5).

Weil die Vergütung von Laborleistungen seit dem 1. Januar 1998 abschliessend durch die Analysenliste geregelt wird, hätte der Regierungsrat diesen Bereich von der Vertragsverlängerung ausnehmen müssen. Da keine Vereinbarung über den Taxpunktwert für die Teilliste 1 zustande kam, gilt der subsidiär in der Analysenliste vorgesehene Wert von Fr. 1.– für die Vergütung aller Analysen (Erw. II 5.3 – 5.5).

Le litige concernant la prolongation d'une convention résiliée, il en va non pas de l'application d'un tarif dans un cas concret, mais de la fixation d'un tarif dans son ensemble. Le Conseil fédéral est donc bien compétent pour connaître des recours. La question de savoir si le gouvernement cantonal était habilité à ne prolonger que partiellement une convention existante relève du fond et non pas des conditions d'entrée en matière (cons. II 1.1.3 – 1.1.5).

La décision souveraine de prolonger une convention pour une année s'adresse à tous les partenaires, assureurs et fournisseurs de prestations, qui étaient déjà soumis à dite convention avant sa résiliation. Compte tenu de la liberté contractuelle consacrée à l'article 46 LAMal (droit d'adhésion en cas de convention entre fédérations, interdiction de l'obligation d'être membre d'une fédération, non-validité des interdictions de conclure des accords particuliers), les recourantes peuvent se prévaloir d'un intérêt propre et digne de protection à l'annulation ou à la modification de l'acte cantonal attaqué (cons. II 1.2.2).

Le gouvernement cantonal ne peut modifier le contenu de la convention qu'il entend prolonger (art. 47, 3° al. LAMal). Il lui appartient toutefois de vérifier si les parties disposent effectivement (encore) d'une liberté contractuelle dans le domaine réglementé par la convention tarifaire à prolonger. La prolongation ayant pour but de donner aux partenaires tarifaires une chance supplémentaire de s'entendre conventionnellement, elle perd tout son sens là où il n'existe plus de liberté contractuelle et, par conséquent, pas de possibilité que s'installe un régime sans convention et partant sans tarif. Le gouvernement cantonal doit ainsi exclure de sa décision de prolonger la convention toutes les parties de cette dernière qui sont exhaustivement réglementées par l'assurance obligatoire des soins (Précision de la jurisprudence) (cons. II 4.3 – 4.5).

La rémunération des prestations de laboratoire étant réglée exhaustivement par la liste des analyses depuis le 1^{er} janvier 1998, le gouvernement cantonal ne pouvait donc prolonger la partie de la convention dérogeant à cette nouvelle réglementation. Faute d'accord sur la valeur du point afférente à ces prestations pour la liste partielle 1, c'est la valeur de 1 franc telle que fixée dans la liste des analyses qui s'applique donc à titre subsidiaire (cons. II 5.3 – 5.5).

Vertendo la controversia sulla proroga di una convenzione tariffale disdetta, non si tratta dell'applicazione di una tariffa in un caso particolare, bensì della tariffa in quanto tale e questo compete al Consiglio federale. Se il governo cantonale sia autorizzato a prorogare anche solo in parte una convenzione tariffale, è una questione di fondo, non delle condizioni di entrata in materia (cons. II 1.1.3 – 1.1.5).

La disposizione sovrana che proroga la convenzione tariffale per un anno si applica a tutti gli assicuratori e i fornitori di prestazioni che erano assoggettati alla convenzione prima che venisse disdetta. Tenuto conto dell'aspetto individualistico delle convenzioni tariffali delle federazioni fissato dall'art. 46 LAMal (diritto di adesione alle convenzioni di federazioni, divieto dell'obbligo di aderire a un'associazione, non validità dei divieti di concludere convenzioni separate) il ricorrente può avvalersi di un interesse proprio e degno di tutela di impugnare la decisione del governo cantonale (cons. II 1.2.2).

Il governo cantonale non è autorizzato nel quadro della proroga di una convenzione (art. 47 cpv. 3 LAMal) a modificare il contenuto di singole disposizioni, deve però verificare se le parti alla convenzione in realtà abbiano (ancora) libertà contrattuale nell'ambito regolamentato dalla convenzione tariffale oggetto della proroga. Questa infatti è volta ad offrire alle parti una possibilità supplementare di accordarsi mediante convenzione. Perderebbe però ogni senso se non vi fosse più libertà contrattuale e, di conseguenza, non potesse nemmeno verificarsi una situazione di assenza di convenzione e tariffe. Il governo cantonale deve quindi escludere dalla proroga della convenzione gli ambiti della convenzione tariffale già regolate in modo definitivo dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (precisazione della giurisprudenza) (cons. II 4.3 – 4.5).

Essendo il rimborso delle prestazioni di laboratorio regolato in modo definitivo dall'Elenco delle analisi dal 1° gennaio 1998, il governo cantonale avrebbe dovuto escludere questo ambito dalla proroga della convenzione. In assenza di un accordo sul valore del punto per queste prestazioni, viene applicato a titolo sussidiario il valore di un franco previsto dall'Elenco delle analisi per il rimborso di tutte le analisi (cons. II 5.3 – 5.5).

I.

Übersicht – *Condensé*

A. – Auf Gesuch des Kantonalverbands Baselstädtischer Krankenversicherer (KVBS) verlängerte der Regierungsrat BS mit Beschluss vom 22. Dezember 1998 den vom KVBS per 31. Dezember 1998 gekündigten Kollektiv- und Tarifvertrag mit der Medizinischen Gesellschaft Basel um ein Jahr bis Ende 1999. Gegen diesen Beschluss gelangten die Beschwerdeführer S. und H. am 1. Februar 1999 gemeinsam an den Bundesrat und beantragen, der Tarif für Laborleistungen müsse von der Verlängerung ausgenommen werden, da seit dem 1. Januar 1998 zwingend die Analysenliste des EDI anwendbar sei.

B. – Der Regierungsrat und die Medizinische Gesellschaft beantragen, es sei auf die Beschwerde nicht einzutreten, eventualiter sei diese abzuweisen. Bestritten wird in beiden Eingaben vorab die Zuständigkeit des Bundesrats. Weiter seien die Beschwerdeführerinnen nicht zur Beschwerde legitimiert, da sie sich als Verbandsmitglieder dem Verlängerungsgesuch des KVBS zu unterziehen hätten. Schliesslich stehe dem Regierungsrat nur die Kompetenz zu, einen bestehenden Tarifvertrag integral zu verlängern.

A. – Par arrêté du 22 décembre 1998, le gouvernement du canton de Bâle-ville a, sur requête de la Fédération cantonale des assureurs-maladie, prolongé jusqu'à fin 1999 la convention tarifaire résiliée au 31 décembre 1998 qui liait dite fédération à la Société bâloise de médecine. Le 1^{er} février 1999, S. et H. ont interjeté recours au Conseil fédéral contre la décision de prolongation en concluant à ce que le tarif pour les prestations de laboratoires en soient exceptées, la liste des analyses établie par le DFI étant applicable à ces prestations depuis le 1^{er} janvier 1998.

B. – Le gouvernement cantonal et la Société bâloise de médecine concluent à la non-entrée en matière sur le recours, subsidiairement à son rejet. Ils contestent en premier lieu la compétence du Conseil fédéral pour connaître du litige. Les recourantes n'auraient par ailleurs pas qualité pour recourir, liées qu'elles seraient, en tant que membre de la Fédération cantonale des assureurs-maladie, à la demande de prolongation de la convention déposée par celle-ci. Enfin, le gouvernement cantonal n'aurait que la compétence de prolonger une convention tarifaire dans son ensemble. L'OFAS propose quant à lui l'admission du recours.

II.

Der Bundesrat hat die Beschwerde aus folgenden Gründen gutgeheissen:

...

Abgrenzung der Zuständigkeiten des Bundesrates als Beschwerdeinstanz und der kantonalen Schiedsgerichte

1.1 Was den Rechtsmittelweg angeht, so steht den Rechtssuchenden im Anwendungsbereich des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) – abgesehen vom Rechtsmittel des Versicherten gegen Verfügungen des Versicherers (Art. 85 ff. KVG) und der Zuständigkeit der Eidgenössischen Rekurskommission für die Spezialitätenliste (Art. 90 KVG) – die Beschwerde an den Bundesrat (Art. 53 KVG) oder die Klage an ein kantonales Schiedsgericht mit anschliessender Be-

schwerdemöglichkeit beim Eidgenössischen Versicherungsgericht (Art. 89 KVG) offen.

1.1.1 Der Zuständigkeitsbereich des Bundesrates ist in Art. 53 Abs. 1 KVG abschliessend aufgezählt. Er entscheidet dann, wenn ein Beschluss einer Kantonsregierung Streitgegenstand bildet. Dieser Beschluss muss die Zulassung von Spitälern und anderen Einrichtungen (Art. 39 KVG), die behördliche Sicherstellung der medizinischen Versorgung (Art. 45 KVG), die Genehmigung eines Tarifvertrages (Art. 46 Abs. 4 KVG), die behördliche Verlängerung eines bestehenden Tarifvertrages (Art. 47 Abs. 3 KVG) oder die autoritative Festsetzung von Tarifen (Art. 47 Abs. 1 und 2, 48 Abs. 1–3, 49 Abs. 7 und 55 KVG) oder von Globalbudgets (Art. 51 und 54 KVG) zum Gegenstand haben.

Dem Bundesrat steht somit insbesondere dann Entscheidungsbefugnis zu, wenn zwischen einem Betroffenen (Art. 53 Abs. 2 KVG i.V.m. Art. 48 VwVG) und der Kantonsregierung eine Streitigkeit über eine hoheitliche Anordnung im Zusammenhang mit einer Spitalliste oder einem Tarif vorliegt.

1.1.2 Ein kantonales Schiedsgericht entscheidet demgegenüber bei Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Art. 89 Abs. 1 KVG). Im Vordergrund stehen dabei Honorar- und Tariffragen, Rück- und Nachforderungen, die Einhaltung des Tarifschutzes, die Ablehnung von Vertrauensärzten oder die Zulassung oder der sanktionsweise Ausschluss von Leistungserbringern. Gemeinsam ist diesen Streitigkeiten, dass sie die Anwendung eines Tarifvertrages im Einzelfall und dessen Bundesrechtskonformität zum Gegenstand haben, also das Schiedsgericht in der Regel über Ansprüche im konkreten Fall entscheidet (*Alfred Maurer*, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel 1996, S. 172; *Gebhard Eugster*, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, hrsg. von *Heinrich Koller*, *Georg Müller*, *René Rhinow*, *Ulrich Zimmerli*, Basel, Genf, München 1998, Rz. 414). Eine Auseinandersetzung im Sinne von Art. 89 Abs. 1 KVG kann auch dann vorliegen, wenn ein Begehren alle in einem Jahr von einem Leistungserbringer erbrachten und vom Versicherer übernommenen Leistungen betrifft, obwohl es sich streng genommen nicht um die Anwendung eines Tarifs im Einzelfall handelt (BGE 124 V 22 Erw. 2).

Der Zuständigkeit der kantonalen Schiedsgerichte sind bei Streitigkeiten über die Anwendung von Tarifverträgen im Einzelfall jedoch dann Grenzen gesetzt, wenn es letztlich um eine Abänderung eines Tarifvertrages geht, welche genehmigungsbedürftig ist. Dies ist dann der Fall, wenn eine Änderung unter dem Blickwinkel der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit (vgl.

Art. 46 Abs. 4 KVG) als wesentlich bezeichnet werden muss. So ist beispielsweise für die Prüfung, welche Auswirkungen die automatische Anpassung eines Taxpunktwertes hat, welche sich auf eine Indexklausel in einem bereits früher genehmigten Tarifvertrag abstützt, nicht das Schiedsgericht, sondern die Genehmigungsbehörde zuständig (BGE 123 V 280 Erw. 6c; *Eugster*, a. a. O., Rz. 414).

1.1.3 Anfechtungsgegenstand der vorliegend eingereichten Beschwerde bildet unbestritten ein Beschluss des Regierungsrates, mit welchem (auf Gesuch hin) die befristete Verlängerung des Kollektiv- und Tarifvertrages angeordnet wurde. Mit dem Beschwerdeantrag, der Regierungsrat hätte die Laborleistungen von der Verlängerung ausnehmen müssen beziehungsweise nur einen Teil des Kollektiv- und Tarifvertrages verlängern dürfen, bezieht sich der Streitgegenstand eindeutig auf den angefochtenen Entscheid und geht auch nicht über diesen hinaus. Bei einer Streitigkeit, welche die Verlängerung eines gekündigten Tarifvertrages betrifft, geht es aber nicht um die Anwendung eines Tarifs im Einzelfall, sondern um den Tarif als Ganzes (unveröffentlichter Beschwerdeentscheid des Bundesrates vom 23. September 1996 i. S. Kantonalverband Thurgauischer Krankenkassen).

Damit bestehen keine Zweifel, dass eine Streitigkeit zwischen Versicherern und einer Kantonsregierung über die hoheitlich angeordnete Verlängerung eines Tarifvertrages gestützt auf Art. 47 Abs. 3 KVG vorliegt. Diese wäre von der Sache her gestützt auf Art. 53 Abs. 1 KVG durch den Bundesrat zu beurteilen.

1.1.4 Der Regierungsrat und die Medizinische Gesellschaft argumentieren, die Beschwerde werfe die Frage der Anwendbarkeit eines Teils des Kollektiv- und Tarifvertrages und damit eine Frage der Vertragsauslegung auf, womit nicht der Bundesrat, sondern das kantonale Schiedsgericht zuständig sei. Damit übersehen sie allerdings, dass es weder in erster Linie um eine Streitigkeit zwischen Versicherern und Leistungserbringern noch um eine konkrete, eine oder mehrere Leistungen betreffende Anwendungsfrage aus dem Kollektiv- und Tarifvertrag geht, sondern strittig ist, ob der Regierungsrat zu Recht das Vertragswerk in seiner Gesamtheit verlängert hat.

Auch kann dem Einwand des Regierungsrates, er beziehungsweise der Bundesrat seien gar nicht befugt, im Rahmen einer Vertragsverlängerung gestützt auf Art. 47 Abs. 3 KVG eine inhaltliche Überprüfung des zu verlängernden Tarifvertrages vorzunehmen beziehungsweise zu prüfen, ob Teile des Vertrags gesetzwidrig seien, weshalb die Beschwerdeführerinnen das falsche Rechtsmittel ergriffen hätten, nicht gefolgt werden. Denn damit

wird nicht eine Frage der Zuständigkeit, welche eine Prozess- beziehungsweise Sachurteilsvoraussetzung ist, angesprochen, sondern die Frage nach dem Prüfungsumfang beziehungsweise der Kognition, welche inhaltlicher Natur ist, aufgeworfen.

1.1.5 Da sich aus vorstehenden Erwägungen ergibt, dass der Beschluss des Regierungsrates – welcher im Übrigen eine anfechtbare Verfügung i. S. von Art. 5 VwVG darstellt – nicht die Anwendung eines Tarifs im Einzelfall betrifft, ist auch die Verwaltungsgerichtsbeschwerde an das Eidgenössische Versicherungsgericht ausgeschlossen (Art. 129 Abs. 1 Bst. a und b des Bundesgesetzes vom 16. Dezember 1943 über die Organisation der Bundesrechtspflege [OG], SR 173.110).

Der Bundesrat ist somit für die Beurteilung der eingereichten Beschwerde zuständig (Art. 73 Abs. 1 Bst. c i. V. m. Art. 74 VwVG).

...

Beschwerdebefugnis einzelner Versicherer gegen die Verlängerung eines Tarifvertrages.

...

1.2.2 Den Vorbringen des Regierungsrates und der Medizinischen Gesellschaft steht Art. 46 KVG entgegen. Danach können nicht nur Verbände Parteien eines Tarifvertrages sein, sondern auch einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder Versicherer (Abs. 1). Und ein durch einen Verband abgeschlossener Tarifvertrag ist für die Mitglieder des Verbandes nur verbindlich, wenn sie dem Vertrag beigetreten sind (Abs. 2). Weiter steht den Mitgliedern die Möglichkeit offen, unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten vom Vertrag zurückzutreten (Abs. 4). Zudem ermöglicht Art. 46 Abs. 2 KVG auch Nichtmitgliedern, die im Vertragsgebiet tätig sind, dem Verbandsvertrag beizutreten. Diese auf Empfehlung der damaligen Kartellkommission mit dem KVG neu eingeführte Regelung verhindert, dass die Verbandszugehörigkeit automatisch die Unterstellung unter die Verbandstarifverträge zur Folge hat. Mit ihr soll die Möglichkeit geschaffen werden, dass beispielsweise einzelne Leistungserbringer mit den Versicherern eigene Verträge abschliessen können und auf diese Weise die Vertragsfreiheit gefördert, der Wettbewerb unter den Leistungserbringern gestärkt und dämpfend auf die Kostenentwicklung eingewirkt wird (vgl. *Eugster*, a. a. O., Rz. 290, mit Hinweisen; *Maurer*, a. a. O., S. 83). Verdeutlicht wird diese Zielsetzung des KVG in Art. 46 Abs. 3, welcher Sondervertragsverbote zu Lasten von Verbandsmitgliedern, Verpflichtung von Verbandsmitgliedern auf bestehende Verbandsverträge, Konkurrenzverbote zu Las-

ten von Verbandsmitgliedern sowie Exklusivitäts- und Meistbegünstigungs-klauseln für ungültig erklärt.

Geht es nicht um den Abschluss eines neuen Tarifvertrages, sondern um die befristete Verlängerung eines gekündigten Vertragsverhältnisses (Art. 47 Abs. 3 KVG), so liegt eine hoheitliche Anordnung der Kantonsregierung vor, wonach weiterhin das Vertragsregime an Stelle des vertragslosen Zustandes herrscht. Die logische Folge dieser Vertragsverlängerung besteht darin, dass der Tarifvertrag – unabhängig davon, ob Verbände oder einzelne oder mehrere Verbandsmitglieder Vertragspartei sind – für jene Leistungserbringer und Versicherer weiterhin verbindlich ist, die dem Tarifvertrag vor dessen Kündigung bereits unterstellt beziehungsweise diesem beigetreten waren. Auf Grund der hoheitlichen Anordnung der Vertragsverlängerung ist ein erneuter Beitritt nicht erforderlich. Für jene, die im Hinblick auf den vertragslosen Zustand einen Sondervertrag abgeschlossen haben – von Gesetzes wegen sind sie dazu ausdrücklich befugt (Art. 46 Abs. 3 Bst. a und b KVG) – vermag demgegenüber die Vertragsverlängerung keine Wirkung mehr zu entfalten. Denn diese stellt nur für Leistungserbringer und Versicherer, zwischen denen ein vertragsloser Zustand droht, eine befristete Lösung dar. Weiter kann dem Gesuch eines Verbandes um Verlängerung des gekündigten Tarifvertrages keine verbindliche Wirkung für seine Mitglieder zukommen. Dies würde vielmehr der Intention von Art. 46 KVG, welcher im Tarifbereich jeglichen Verbandszwang für ungültig erklärt, widersprechen. Daraus folgt wiederum, dass nicht nur der Verband, sondern auch jene Leistungserbringer und Versicherer, für welche die autoritativ angeordnete Vertragsverlängerung Wirkung hat, über die Möglichkeit verfügen müssen, den Verlängerungsbeschluss anzufechten.

...

Optionen der Kantonsregierung im vertragslosen Zustand

2. Tarife und Preise sind in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Tarifverträge) zu vereinbaren oder werden in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt; dabei ist auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife zu achten. Es soll eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht werden (Art. 43 Abs. 4 und 6 KVG). Ein Tarifvertrag bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat. Die Genehmigungsbehörde prüft, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht (Art. 46 Abs. 4 KVG). Da ein Tarif-

vertrag als Wettbewerbsabrede zu betrachten ist, hat die Kantonsregierung überdies vor der Genehmigung eines solchen Vertrages den Preisüberwacher anzuhören (RKUV 6/1997 S. 348 f.¹).

2.1 Kommt zwischen den Leistungserbringern und Versicherern kein Vertrag zustande oder wird ein Tarifvertrag gekündigt, ohne dass die Parteien sich auf die Vertragserneuerung einigen können, herrscht mithin ein vertragsloser Zustand, so setzt die Kantonsregierung nach Anhörung der Beteiligten den Tarif fest (Art. 47 Abs. 1 KVG) oder sie kann den bestehenden Vertrag um ein Jahr verlängern und, wenn innerhalb dieser Frist kein Vertrag zustande kommt, nach Anhörung der Beteiligten den Tarif selber festsetzen (Art. 47 Abs. 3 KVG).

Beim Entscheid darüber, welchen Weg die Kantonsregierung beschreiben will, verfügt sie über ein Auswahlermessen; ihr Ermessensspielraum ist nach herrschender Praxis weit. Dabei hat sie zu beachten, dass die Bestimmung, wonach sie bei der Genehmigung von Tarifverträgen zu prüfen hat, ob diese mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit im Einklang stehen (Art. 46 Abs. 4 KVG), auch bei der Tariffestsetzung im vertragslosen Zustand gilt (RKUV 6/1997 S. 348¹, VPB 58.49 Erw. 3). Analog zur Vertragsgenehmigung ist die Genehmigungsbehörde verpflichtet, vor der hoheitlichen Tariffestsetzung den Preisüberwacher anzuhören (RKUV 6/1997 S. 349¹). Der Preisüberwacher ist ebenso zu konsultieren, wenn es um die Frage geht, ob ein bestehender Preis weiterhin angewendet werden kann oder gegebenenfalls zu senken ist (unveröffentlichter Beschwerdeentscheid des Bundesrates vom 28. September 1998 i. S. Tariferlass des Regierungsrats des Kantons Bern).

2.2 Geht es um einen Tarifvertrag mit Ärztenverbänden und kommt ein solcher von Anfang an nicht zustande, so kann die Genehmigungsbehörde auf Antrag der Parteien einen Rahmentarif festlegen (Art. 48 Abs. 3 KVG). Beim Rahmentarif handelt es sich um einen Reservetarif, der als Auffangnetz zur Anwendung gelangt (KVG-Botschaft, BBl 1992 I 182). Die Mitwirkungsbefugnisse des Preisüberwachers sind auch beim Rahmentarif zu beachten (*Eugster*, a.a.O., Fn. 676). Bei fehlendem Tarifvertrag mit Ärztenverbänden muss die Behörde indessen nicht in jedem Fall einen Rahmentarif festlegen. Obwohl es sich bei Art. 48 Abs. 3 KVG um eine *lex specialis* handelt, schliessen sich der Rahmentarif einerseits und die Vertragsverlängerung und Tariffestsetzung andererseits nicht gegenseitig aus, sondern ergänzen sich (RKUV 2/1997 S. 135²).

¹ siehe Nr. KV 16 (1997) dieser Sammlung

² siehe Nr. KV 5 (1997) dieser Sammlung

Kommt ein Tarifvertrag mit einem oder mehreren Ärzteverbänden zustande, so setzt die Genehmigungsbehörde bei dessen Genehmigung nach Anhörung der Vertragsparteien einen Rahmentarif fest, dessen Mindestansätze unter und dessen Höchstansätze über denjenigen des genehmigten Vertragstarifes liegen. Dieser Rahmentarif kommt beim Wegfall des Tarifvertrages zur Anwendung. Ein Jahr nach Wegfall des Tarifvertrages kann die Genehmigungsbehörde den Rahmen ohne Rücksicht auf den früheren Vertragstarif neu festsetzen (Art. 48 Abs. 1 und 2 KVG).

Der Bundesrat hat zur Frage nach dem Verhältnis zwischen Art. 48 Abs. 2 KVG und Art. 47 Abs. 1 und 3 KVG bis anhin nicht Stellung genommen. Offen ist damit, ob die Genehmigungsbehörde bei Wegfall eines Tarifvertrages mit einem Ärzteverband in jedem Fall verpflichtet ist, den seinerzeit gestützt auf Art. 48 Abs. 1 KVG festgesetzten Rahmentarif für anwendbar zu erklären oder ob sie als Alternative dazu den weggefallenen Vertrag verlängern beziehungsweise selber einen Tarif festsetzen kann (Art. 47 KVG) und welche Optionen sie ein Jahr nach Wegfall des Tarifvertrages hat.

2.3 Was den vorliegenden Fall angeht, so besteht ein im Rahmen der kantonalen Verordnung vom 27. November 1990 über die Krankenversicherung festgelegter Rahmentarif zum Kollektiv- und Tarifvertrag mit einem Taxpunktwert von Fr. 4.– bis Fr. 6.– pro Taxpunktzahl (vgl. zu diesem Rahmentarif VPB 58.49).

Demzufolge stellt sich die Frage, ob der Regierungsrat nicht diesen Rahmentarif hätte für anwendbar erklären müssen. Dabei ist immerhin zu berücksichtigen, dass es sich um einen vor Inkrafttreten des KVG festgesetzten, mithin altrechtlichen Rahmentarif handelt. Weiter ist zu beachten, dass vorliegend einzig der massgebende Tarif für die Vergütung der Laborleistungen strittig ist. Die Frage, welcher Tarif für die anderen, bisher vom gekündigten Kollektiv- und Tarifvertrag erfassten ärztlichen Leistungen gilt, bildet nicht Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens, behauptet doch keine Partei, der Regierungsrat hätte an Stelle der Vertragsverlängerung den Rahmentarif für anwendbar erklären müssen. Was aber die strittigen Laborleistungen angeht, so ist vorab zu untersuchen, ob, wie die Beschwerdeführerinnen dafürhalten, die Analysenliste zwingendes Recht darstellt und daher keinen Raum für eine Vertragsverlängerung oder einen Rahmentarif lässt. Nur wenn der Bundesrat zu einem anderen Ergebnis käme, wäre weiter zu prüfen, ob der Regierungsrat an Stelle der Vertragsverlängerung den Rahmentarif hätte anwendbar erklären müssen.

3. Was die in Art. 47 KVG vorgesehenen Möglichkeiten angeht, so verzichtete der Regierungsrat darauf, den Tarif selber festzusetzen (Art. 47 Abs. 1 KVG). Vielmehr entschied er sich, unter Berücksichtigung des Gesuches des KVBS, den Kollektiv- und Tarifvertrag gestützt auf Art. 47 Abs. 3 KVG um ein Jahr zu verlängern.

3.1 Die Vertragsverlängerung dient dazu, den Tarifpartnern eine zusätzliche Chance zur autonomen Lösung ihres Konflikts einzuräumen (KVG-Botschaft, BBl 1992 I 181). Damit bringt das Gesetz zum Ausdruck, dass Tarife und Preise in erster Linie auf vertraglicher Basis zwischen Versicherern und Leistungserbringern geregelt werden sollen und der behördliche Ersatztarif erst dann zu greifen hat, wenn keine oder wenig Aussicht auf eine absehbare vertragliche Regelung besteht und durch den vertragslosen Zustand eine ausreichende medizinische Versorgung zu den Bedingungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gefährdet ist (vgl. *Eugster*, a.a.O., Rz. 295).

3.2 Als Folge der Vertragsverlängerung herrscht weiterhin, wenn auch behördlich angeordnet, ein Vertragsregime. Dem Wortlaut des Gesetzes ist zu entnehmen, dass die Behörde – im Gegensatz zur Vertragsgenehmigung (Art. 46 Abs. 4 KVG) und zur Tariffestsetzung (Art. 47 Abs. 1 KVG) – nicht zu prüfen hat, ob der zu verlängernde Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit im Einklang steht. Vielmehr hat der Gesetzgeber im Hinblick auf eine absehbare vertragliche Regelung unter den Verhandlungspartnern in Kauf genommen, dass ein bestehender Vertrag noch während eines weiteren Jahres allfällige Widersprüche zu den gesetzlichen Zielsetzungen aufweist. Dafür ist die Vertragsverlängerung auf ein Jahr befristet. Eine behördliche Abänderung des Vertragsinhaltes würde demgegenüber angesichts des damit verbundenen aufwändigen Verfahrens in keinem Verhältnis zur kurzen Verlängerungsdauer stehen und könnte der Zielsetzung des KVG, den Abschluss von Verträgen zu fördern, hemmend entgegenstehen.

In diesem Zusammenhang ist die Rechtsprechung des Bundesrates zur Genehmigung von Tarifverträgen zu berücksichtigen. Danach dürfen die Vertragsparteien innerhalb der Grenzen des KVG den Tarifvertrag nach ihrem Gutdünken inhaltlich frei ausgestalten, weshalb eine nachträgliche Beschränkung der Vertragsfreiheit beim Genehmigungsverfahren nicht in Frage kommt. Deshalb darf die Genehmigungsbehörde dem Tarifvertrag nur die Genehmigung erteilen oder verweigern. Mit der bloss teilweisen Genehmigung oder der behördlichen Abänderung des genehmigungsbedürftigen Vertrages würde der Vertragsinhalt und damit die gegenseitige

Willensübereinstimmung der vertragsschliessenden Parteien in Frage gestellt. Die Vertragsparteien hätten jedoch die vertragliche Einigung davon abhängig gemacht, dass der Tarifvertrag als Gesamtpaket in Kraft trete (VPB 56.44 Erw. 6).

3.3 Gestützt auf diese Überlegungen hat der Bundesrat wiederholt festgehalten, dass die Kantonsregierung im vertragslosen Zustand einzig über die Möglichkeiten verfügt, einen auslaufenden Vertrag zu verlängern oder selber den Tarif festzusetzen. Eine weitere Möglichkeit im Sinne einer Vertragsverlängerung mit Änderung einzelner Bestimmungen besteht nach konstanter Praxis des Bundesrates nicht, ansonsten die Kantonsregierung ihr Auswahlermessen überschreitet (VPB 54.34; unveröffentlichte Beschwerdeentscheide des Bundesrates vom 28. September 1998 i. S. Tariferlass des Regierungsrates des Kantons Bern; vom 8. März 1999 i. S. Pflegeheimtarif des Regierungsrates des Kantons Schwyz; vgl. zu den Besonderheiten des Rahmentarifs bei Tarifverträgen mit Ärzteverbänden Erw. 2.2).

Vertragsverlängerung und Vertragsfreiheit (Präzisierung der Rechtsprechung)

4. Für den Bundesrat besteht kein Grund, von dieser Rechtsprechung abzuweichen. Allerdings sieht er sich veranlasst, folgende Präzisierung anzubringen:

4.1 Die Vertragsfreiheit von Versicherern und Leistungserbringern ist nicht unbeschränkt. So kann gemäss den auch hier anwendbaren privatrechtlichen Grundsätzen der Inhalt des Vertrages nur innerhalb der Schranken des Gesetzes festgesetzt werden (Art. 19 und 20 Abs. 1 des Obligationenrechts [OR] SR 220). Ein Vertragsinhalt, der beispielsweise gegen die Vorschriften des öffentlichen Rechts verstösst, ist widerrechtlich, was zur Nichtigkeit des Vertrags führen kann, aber nicht muss (*Gauch/Schluemp/Schmid/Rey*, Schweizerisches Obligationenrecht, Allgemeiner Teil, Band I, 7. Aufl., Zürich 1998, Rz. 648 und 684). Zu beachten ist auch, dass es für die Beurteilung der Widerrechtlichkeit grundsätzlich auf den Zeitpunkt des Vertragsschlusses ankommt (*Ingeborg Schwenzer*, Schweizerisches Obligationenrecht, Allgemeiner Teil, Bern 1998, Rz. 32.09).

4.2 Die Schranken, welche das KVG den Vertragsparteien setzt, bestehen unter anderem darin, dass in den Verträgen auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung, eine sachgerechte Struktur der Tarife sowie eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten zu achten ist (Art. 43 Abs. 4 und 6 KVG) und die in

Art. 46 Abs. 3 KVG aufgezählten wettbewerbsbeschränkenden Massnahmen nicht zulässig sind. Dementsprechend prüft die Genehmigungsbehörde, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit im Einklang steht (Art. 46 Abs. 4 KVG).

Diesen Bestimmungen ist gemeinsam, dass sie die Vertragsfreiheit der Parteien nicht aufheben, sondern ihr Leitlinien setzen. Wie bereits ausgeführt, hat der Gesetzgeber in Kauf genommen, dass ein bestehender Tarifvertrag während der einjährigen Dauer seiner behördlich angeordneten Verlängerung dazu im Widerspruch stehen kann (vgl. Erw. 3.2).

4.3 Weiter enthält das KVG Bestimmungen, welche gewisse Bereiche der Vergütung medizinischer Leistungen abschliessend regeln, so dass für Tarifvereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern oder die Tariffestsetzung durch die Kantonsregierung kein Raum mehr bleibt, mithin diese Bereiche der Vertragsfreiheit entzogen sind. So hat der Bundesrat festgehalten, dass die Vergütung von Mitteln und Gegenständen, die der Untersuchung oder der Behandlung dienen, in den Art. 20 ff. der Verordnung vom 29. September 1995 über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31) abschliessend geregelt ist (unveröffentlichter Bundesratsentscheid vom 1. Juli 1998 i. S. Tarife im Kanton Genf). Dasselbe gilt bezüglich der Arzneimittelliste gemäss Art. 29 KLV für Leistungen der Apothekerin oder des Apothekers bei der Herstellung oder Vorbereitung von Rezepturen, und zwar auch dann, wenn in der Arzneimittelliste eine offensichtliche Lücke vorliegt (unveröffentlichter Bundesratsentscheid vom 17. Februar 1999 i. S. Tarife im Kanton Genf³).

Liegt nun ein Bereich vor, in dem der Umfang und die Vergütung von Leistungen abschliessend durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung geregelt werden, so ist dieser Bereich einer vertraglichen Regelung zwischen Versicherern und Leistungserbringern entzogen. Beabsichtigt eine Kantonsregierung, einen gekündigten Tarifvertrag um ein Jahr zu verlängern, so hat sie deshalb von Amtes wegen zu prüfen, ob der Inhalt des zu verlängernden Tarifvertrages (noch) vollumfänglich einer vertraglichen Regelung zugänglich ist. Denn die Vertragsverlängerung bezweckt einzig, den Parteien angesichts des drohenden vertrags- und tariflosen Zustandes nochmals eine Chance zu geben, sich über die Vergütung der Leistungen zu einigen (vgl. Erw. 3.1). Dies setzt allerdings voraus, dass tatsächlich auch ein entsprechender Verhandlungsspielraum besteht. Mit anderen Worten macht eine Vertragsverlängerung dort keinen Sinn, wo gar keine Vertrags-

³ In der Zwischenzeit veröffentlichter Entscheid, siehe Nr. KV 63 (1999) dieser Sammlung

freiheit herrscht und ein vertrags- und tarifloser Zustand überhaupt nicht eintreten kann. Vielmehr haben hier die Bestimmungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu greifen. Da diese Bestimmungen in der Regel zwingender Natur sind, widerspräche es dem Prinzip der Kosteneindämmung als ein Schwerpunkt der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie dem Grundsatz des Tarifschutzes (Art. 44 Abs. 1 KVG), wenn ein der Vertragsfreiheit entzogener Leistungsbereich auf Grund der behördlich angeordneten Vertragsverlängerung ein weiteres Jahr abweichend von zwingenden gesetzlichen Bestimmungen vergütet würde. Demzufolge sind den Kompetenzen der Kantonsregierung insoweit Schranken gesetzt, als sie nur die weiterhin der Vertragsfreiheit zugänglichen Bereiche eines bestehenden Tarifvertrages verlängern darf.

Verweigert die Kantonsregierung jenen Teilen eines Tarifvertrages, in denen Leistungserbringern und Versicherern im Hinblick auf eine Verhandlungslösung gar keine Vertragsfreiheit zusteht, die Verlängerung, beschränkt sie im Übrigen weder die Vertragsfreiheit noch ändert sie den Tarifvertrag inhaltlich ab. Sie berücksichtigt lediglich den Geltungsbereich des zwingenden Rechts. Wo keine Vertragsfreiheit herrscht, besteht schliesslich auch nicht ein zu berücksichtigender Parteiwille, der verfälscht werden könnte.

4.4 Ein abschliessend durch die obligatorische Krankenversicherung geregelter Bereich ist aber nicht bloss jeglicher vertraglichen Vereinbarung entzogen. Vielmehr steht eine solche abschliessende Regelung auch einer hoheitlichen Tariffestsetzung durch die Genehmigungsbehörde entgegen. Damit bleibt in diesem Bereich auch kein Raum für einen Rahmentarif, bei welchem es sich ohnehin von seinem Wesen her um einen Reservetarif beziehungsweise ein Auffangnetz handelt (vgl. Erw. 2.2).

4.5 Damit hält der Bundesrat an seiner Rechtsprechung fest, dass die Kantonsregierung im Rahmen der Vertragsverlängerung gestützt auf Art. 47 Abs. 3 KVG zwar einzelne Bestimmungen inhaltlich nicht abändern darf. Demgegenüber präzisiert er diese Rechtsprechung dahingehend, dass die Kantonsregierung zu prüfen hat, ob den Vertragsparteien im ganzen Regelungsbereich des bestehenden Tarifvertrages tatsächlich (noch) Vertragsfreiheit zusteht. Jene Teile des zu verlängernden Tarifvertrages, welche durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung abschliessend und zwingend geregelt werden, hat sie von der Vertragsverlängerung auszunehmen, ansonsten sie ihre Kompetenzen überschreitet. Ebenso bleibt in diesem Bereich kein Raum für eine Tariffestsetzung durch die Genehmigungsbehörde oder für einen Rahmentarif.

Analysenliste

5. Was nun die vorliegend strittigen Laborleistungen angeht, so bestimmt Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 1 KVG, dass das EDI eine Liste der Analysen mit Tarif erlässt. Art. 52 Abs. 3 führt im Sinne eines Tarifschutzes ergänzend aus, dass Analysen höchstens nach den Tarifen, Preisen und Vergütungssätzen gemäss Absatz 1 verrechnet werden dürfen. Zusätzlich gibt diese Bestimmung dem Bundesrat die Kompetenz, jene im Praxislabor der Ärztin oder des Arztes vorgenommenen Analysen zu bezeichnen, für die der Tarif vertraglich festgesetzt werden kann. Gestützt auf Art. 62 Abs. 2 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) hat der Bundesrat diese Kompetenz an das EDI delegiert. Das EDI hat von seinen Kompetenzen mit dem Erlass der Analysenliste Gebrauch gemacht. Die Analysenliste gehört als Anhang 3 zur Krankenpflege-Leistungsverordnung (Art. 28 Abs. 1 KLV).

5.1 Die Analysenliste (AL) in der Fassung vom 1. Januar 1994 mit Stand 1. Oktober 1999 listet die von den Versicherern als Pflichtleistungen zu übernehmenden Analysen abschliessend auf (vgl. S. 28 AL). Sie enthält einen Anhang A (im Rahmen der Grundversorgung durchgeführte Analysen inkl. erweiterte Liste für Ärztinnen und Ärzte mit spezieller Fachausbildung), einen Anhang B (von Chiropraktorinnen und Chiropraktoren veranlasste Analysen) und einen Anhang C (von Hebammen veranlasste Analysen). Der vorliegend interessierende Anhang A ist in zwei Teillisten unterteilt (vgl. S. 111 ff. AL). In der Teilliste 1 sind die Taxpunktzahlen vorgegeben, während der Taxpunktwert in Tarifverträgen festgesetzt werden kann. Fehlt eine solche Regelung, gilt der Taxpunktwert der Teilliste 2. In der Teilliste 2 sind sowohl die Taxpunktzahlen wie auch der Taxpunktwert vorgegeben (vgl. S. 23 f. und 30 AL). Der Wert eines Taxpunktes beträgt Fr. 1.– (S. 28 und 33 AL).

5.2 Die Krankenpflege-Leistungsverordnung und damit auch die Analysenliste ist zusammen mit dem KVG am 1. Januar 1996 in Kraft getreten (Art. 46 KLV). Art. 104 Abs. 1 KVG in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 der Verordnung vom 12. April 1995 über die Inkraftsetzung und Einführung des KVG (SR 832.101) bestimmen, dass bestehende Tarifverträge mit dem Inkrafttreten des KVG nicht aufgehoben werden, aber bis zum 31. Dezember 1997 an das neue Recht anzupassen sind.

Bei der Frage, ob dieser Übergangsfrist zwingender Charakter zukommt oder es sich lediglich um eine Ordnungsfrist handelt, hat der Bundesrat in einem früheren Entscheid festgehalten, dass berücksichtigt werden müsse,

ob die Anwendung der Übergangsfrist zu einem tariflosen Zustand vorab zum Nachteil der Versicherten führen würde (unveröffentlichter Entscheid vom 14. Dezember 1998 i. S. Physiotherapeutentarif des Kantons Freiburg⁴). Da vorliegend im Bereich der Laborleistungen bereits seit dem 1. Januar 1996 und damit auch bei Ablauf der Übergangsfrist am 31. Dezember 1997 eine gesetzliche Tarifregelung vorliegt, sind keine Gründe erkennbar, einen gesetzwidrigen Zustand über die Übergangsfrist hinaus aufrechtzuerhalten. Demzufolge ist festzustellen, dass die Analysenliste im Anhang 3 zur KLV, welche die von den Versicherern als Pflichtleistungen zu übernehmenden Analysen abschliessend auflistet, seit dem 1. Januar 1998 den nach altem Recht geschlossenen tariflichen Vereinbarungen über die Vergütung von Laborleistungen vorgeht beziehungsweise diese derogiert.

5.3 Vorliegend hat der Regierungsrat somit nicht beachtet, dass der Kollektiv- und Tarifvertrag mit der Vergütung von Laborleistungen einen Bereich regelt, welcher spätestens mit Ablauf der Anpassungsfrist seit dem 1. Januar 1998 abschliessend durch die Analysenliste geregelt und der Vertragsfreiheit der Parteien grundsätzlich entzogen ist. Mit der Verlängerung dieses nicht mehr der Vertragsfreiheit unterliegenden Bestandteils des Kollektiv- und Tarifvertrags hat der Regierungsrat unter Verletzung von Bundesrecht seine Kompetenzen überschritten.

Die Frage, ob im Kanton Basel-Stadt die Analysen bereits vor dem 1. Januar 1999 gemäss Analysenliste hätten abgerechnet werden müssen, geht über den Streitgegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens – Umfang der Verlängerung des Kollektiv- und Tarifvertrages vom 1. Januar 1999 bis 31. Dezember 1999 durch den Regierungsrat – hinaus, weshalb der Bundesrat hierzu nicht Stellung zu nehmen hat.

Ob es sich beim Tarif für Laborleistungen im Kollektiv-Tarifvertrag um einen – wie die Beschwerdeführerinnen dafürhalten – nichtigen Vertragsbestandteil handelt, ist vorliegend nicht weiter zu erörtern (vgl. immerhin Erw. 4.1).

5.4 Was den Verhandlungsspielraum über den Taxpunktwert der Teilliste 1 des Anhangs A der Analysenliste betrifft, so kann daraus nicht etwa eine generelle Vertragsfreiheit über die Vergütung eines Teils der Laborleistungen abgeleitet werden, so dass ein selbständiger Tarifvertrag über diese Leistungen neben der Teilliste 2 der Analysenliste bestehen würde. Die Verhandlungsautonomie ist vielmehr beschränkt auf die Einigung über den Wert der in der Teilliste 1 festgelegten Tarifstruktur und Taxpunkte und besteht nur im Rahmen des Anwendungsbereichs der Analysenliste.

⁴ In der Zwischenzeit veröffentlichter Entscheid, siehe Nr. KV 69 (1999) dieser Sammlung

Da im Übrigen der für die Teilliste 2 festgelegte Taxpunktwert von Fr. 1.– auch für die Teilliste 1 dann (subsidiär) Anwendung findet, wenn keine Vereinbarung zustande kommt, kann beim Ausbleiben einer Vereinbarung auch nicht ein vertrags- beziehungsweise tarifloser Zustand eintreten, welcher die Verlängerung der bisherigen Regelung oder die Festsetzung eines Tarifs durch die Kantonsregierung erforderlich machen würde. Demzufolge hätte der Regierungsrat die Laborleistungen gesamthaft von der Verlängerung des Kollektiv- und Tarifvertrages ausnehmen müssen.

5.5 Sind somit die im Rahmen der Grundversicherung durchgeführten Analysen zwingend nach der Analysenliste abzurechnen, stellt sich noch die Frage, welcher Taxpunktwert für die in der Teilliste 1 des Anhangs A aufgezählten Analysen gilt. Da diesbezüglich unbestritten keine Vereinbarung im Kanton Basel-Stadt zustande kam, ist der subsidiär von der Analysenliste vorgeschriebene Wert von Fr. 1.– auch für die in der Teilliste 1 aufgezählten und taxierten Leistungen anwendbar. Handelt es sich dabei um einen gesetzlich vorgeschriebenen Tarif, muss der Preisüberwacher vorgängig nicht angehört werden.

5.6 Soweit sich der Regierungsrat und die Medizinische Gesellschaft auf den Standpunkt stellen, die bloss teilweise Verlängerung des Kollektiv- und Tarifvertrages hätte einen unzulässigen Eingriff in die Vertragshoheit der Parteien zur Folge, verkennen sie, dass im Bereich der Analysen – bis auf die Festlegung des Taxpunktwertes für die Taxpunkte der Teilliste 1 des Anhangs A – gar keine Vertragsfreiheit mehr bestand. Damit ist unerheblich, ob, wie die Medizinische Gesellschaft ausführt, Konsens darüber bestanden habe, bis zur Einführung des GRAT den Kollektiv- und Tarifvertrag inklusive Laborleistungen weiter gelten zu lassen. Zumindest ist jedoch der Medizinischen Gesellschaft die Kündigung des Kollektiv- und Tarifvertrages und das an sie adressierte Schreiben einer der beiden Beschwerdeführerinnen vom 29. April 1998 entgegen zu halten, in welchem klargestellt wurde, dass Laborleistungen seit dem 1. Januar 1998 nur noch nach der Analysenliste abgerechnet werden dürften und entsprechende Rückzahlungen zu tätigen seien. Von einem widersprüchlichen Verhalten der Beschwerdeführerinnen kann demzufolge keine Rede sein.

Ebenso übersieht die Medizinische Gesellschaft, dass mit Anwendung der Analysenliste nicht zwei unterschiedliche Taxpunktwerte in ein und demselben Tarifvertrag gelten, sondern für die Analysen das Tarifsystem gemäss Analysenliste und für die übrigen ärztlichen Leistungen das auf dem verlängerten Kollektiv- und Tarifvertrag basierende System massgebend ist.

Haltlos ist ihr Vorbringen, der Taxpunktwert von Fr. 1.– würde viele Ärztinnen und Ärzte in den Ruin führen. Denn für das Tarifsystem des Kollektiv- und Tarifvertrags gilt weiterhin der Wert von Fr. 5.60 und der Wert von Fr. 1.– beschränkt sich auf die taxierten Leistungen der Analysenliste. Da sich zudem die Taxpunktzahlen für Analysen im Rahmen des Kollektiv- und Tarifvertrages einerseits und gestützt auf die Analysenliste andererseits erheblich unterscheiden (z. B. *Erythrozyten-Zählung*: Kollektiv- und Tarifvertrag [Pos. 105] 2 Taxpunkte – Analysenliste [Pos.-Nr. 8210.00] 6 Taxpunkte. *Haematokrit* [Pos. 107]: 2 TP – [Pos.-Nr. 8275.00] 7 TP. *Kreatinin* [Pos. 120]: 4 TP – [Pos.-Nr. 8387.00] 9 TP. *Urinstatus* [Pos. 152]: 5 TP – [Pos.-Nr. 8579.00] 16 TP) kann aus den unterschiedlich hohen Taxpunktwerten nicht auf eine im gleichen Ausmass differierende Leistungsvergütung geschlossen werden.

Schliesslich bringt die Medizinische Gesellschaft keine stichhaltigen Gründe vor, weshalb die Analysenliste im Kanton Basel-Stadt nicht bereits früher hätte angewendet werden können. Von einem diesbezüglichen Vollzugsnotstand kann unter Berücksichtigung der angemessenen Anpassungsfrist bis zum 31. Dezember 1997 keine Rede sein. Ebenso bestehen keine Gründe, für die Analysenliste einen Taxpunktwert von Fr. 5.60 solange gelten zu lassen, bis sich die Medizinische Gesellschaft und die Versicherer auf einen Taxpunktwert geeinigt haben. Das KVG lässt für eine solche Vorgehensweise keinen Raum und mit der Anpassungsfrist hat es allfälligen Bestrebungen der Parteien, sich über den Taxpunktwert für die Teilliste 1 fristgerecht zu einigen, ausreichend Rechnung getragen.

Immerhin ist anzufügen, dass es der Medizinischen Gesellschaft unbezweifelbar ist, mit den Versicherern nachträglich noch den Taxpunktwert für die Teilliste 1 in einem genehmigungsbedürftigen Tarifvertrag festzusetzen, so dass der subsidiär anwendbare Wert von Fr. 1.– für die Teilliste 1 nicht mehr gelten würde.

Genehmigung eines Tarifvertrages betreffend Komplementärmedizin

KV 178 Entscheid des Bundesrates vom 19. April 2000
in Sachen sechs Ärzte für Homöopathie
gegen den Regierungsrat des Kantons Solothurn

Beschwerdelegitimiert ist nach Artikel 48 Buchstabe a VwVG, wer durch die angefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat (Erw. II 3.1.).

Da gemäss Artikel 46 Absatz 2 KVG der Tarifvertrag für die Mitglieder des Verbandes aber nur dann verbindlich ist, wenn sie dem Vertrag beigetreten sind, sind sie durch den angefochtenen Beschluss gar nicht betroffen und damit auch nicht beschwerdeberechtigt (Erw. II 3.2.1.).

Ein schutzwürdiges Interesse liegt nach gefestigter Rechtsprechung nur dann vor, wenn die tatsächliche oder rechtliche Situation des Beschwerdeführers durch den Ausgang des Verfahrens beeinflusst werden kann; für die Beschwerdeführer wäre die Beschwerde ohne praktischen oder rechtlichen Nutzen, selbst wenn sie damit eine Änderung des Tarifs erreichen könnten, weil sie eben an den Tarif gar nicht gebunden sind (Änderung der Rechtsprechung; Erw. 3.2.3 – 6.1).

A qualité pour recourir selon l'article 48, lettre a PA quiconque est touché par la décision contestée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (cons. II 3.1.).

Dans la mesure où, selon l'article 46, 2° alinéa LAMal, une convention tarifaire conclue par une fédération ne lie les membres de ladite fédération que s'ils y ont adhéré, les médecins recourants ne sont pas touchés par la décision contestée, et dès lors, ne sont pas non plus habilités à recourir (cons. II 3.2.1.).

Un intérêt digne de protection n'existe, selon une jurisprudence constante, que si le résultat de la procédure peut influencer sur la situation de fait ou de droit du recourant; en l'occurrence, dans la mesure où les recourants ne sont en aucun cas liés par le tarif, le présent recours ne leur serait d'aucune utilité pratique ou juridique, quand bien même ils parviendraient à obtenir une modification de ce tarif (modification de la jurisprudence; cons. II 3.2.3. – 6.1.).

Giusta l'articolo 48 lettera a PA ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione impugnata e ha un interesse degno di protezione all'annullamento o alla modifica della stessa (cons. II 3.1.).

Poiché, però, conformemente all'articolo 46 capoverso 2 LAMal la convenzione vincola i membri della federazione solo se hanno aderito alla convenzione, i medici ricorrenti non sono assolutamente toccati dalla decisione impugnata e di conseguenza non hanno diritto di ricorrere (cons. II 3.2.1).

Vi è un interesse degno di protezione, stando a una giurisprudenza costante, solo se l'esito della procedura può influire sulla situazione di fatto o di diritto del ricorrente; nella fattispecie i ricorrenti non sono legati in alcun modo alla tariffa, per cui il ricorso sarebbe privo di utilità pratica e giuridica, anche se permettesse loro di ottenere una modifica della tariffa (modifica della giurisprudenza; cons. 3.2.3–6.1).

I.

Übersicht – *Condensé*

A. – Mit Beschluss vom 13. Dezember 1999 hat der Regierungsrat des Kantons Solothurn den Tarifvertrag zwischen der Ärztesgesellschaft des Kantons Solothurn und dem Verband Solothurnischer Krankenversicherer betreffend Komplementärmedizin genehmigt.

B. – Gegen diesen Beschluss führen sechs Ärzte für Homöopathie am 12. Januar 2000 Beschwerde an den Bundesrat. Sie beantragen sinngemäss die Aufhebung des Genehmigungsbeschlusses.

A. – Le Conseil d'Etat du canton de Soleure a approuvé, par décision du 13 décembre 1999, la convention tarifaire concernant la médecine complémentaire, conclue entre l'Association des médecins du canton de Soleure et la Fédération soleuroise des assureurs-maladie.

B. – Le 12 janvier 2000, six médecins homéopathes ont déposé un recours au Conseil fédéral contre la décision d'approbation du 13 décembre 1999, concluant à son annulation.

II.

Der Bundesrat ist aus folgenden Erwägungen auf die Beschwerde nicht eingetreten:

...

3.1 Beschwerdelegitimiert ist nach Artikel 48 Buchstabe a VwVG, wer durch die angefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat.

3.2.1 Gemäss Artikel 46 Absatz 2 KVG ist der Tarifvertrag für die Mitglieder eines Verbandes nur dann verbindlich, wenn sie dem Vertrag beigetreten sind. Zu prüfen sind demnach zwei Fragen, nämlich ob die Tarifierung der Komplementärmedizin als eigener Tarifvertrag gelten kann und ob die Beschwerdeführer diesem beigetreten sind.

3.2.2 Die Ärztesgesellschaft, der VSKV, die Vorinstanz und wohl auch die Beschwerdeführer selber sind der Ansicht, die Tarifierung der Komplementärmedizin sei nicht als eigener Tarifvertrag, sondern als Bestandteil des bestehenden Tarifvertrages zu betrachten und gelte somit automatisch für sämtliche Verbandsmitglieder, die dem Grundvertrag beigetreten sind. Zur Begründung beruft sich der VSKV auf Artikel 12 des bestehenden Kollektivvertrages, wonach die Honorierung der Vertragsärzte gemäss dem unter den Vertragsparteien vereinbarten Tarif erfolge. Zudem weist er auf die Zusatzvereinbarung vom 30. März 1993 hin, wonach sich die Tarifpartner verpflichten, jeweils neue Positionen des Zürcher Arzttarifs im gegenseitigen Einverständnis, aber ohne spezielle Vereinbarung, für den Kanton Solothurn zu übernehmen.

Der Bundesrat geht davon aus, dass mindestens in jenen Fällen, in denen die Tarifierung für ein Fachgebiet geregelt wird, das bislang in keinem Tarifvertrag aufgeführt worden ist, ein neuer Vertrag geschaffen wird. Eine generelle Klausel des Inhalts, dass jeweils neue Positionen im Tarifvertrag eines anderen Kantons ohne weiteres auch für den Kanton Solothurn gelten, vermag daran nichts zu ändern, würde doch sonst der vom KVG vorgesehene Mechanismus für die Tariffestsetzung ausser Kraft gesetzt. Mit anderen Worten: Wird die Tarifierung einer neuen Leistung in einen bestehenden Vertrag eingebaut, so gilt sie nicht *eo ipso* für alle Parteien, die dem Grundvertrag schon früher beigetreten waren, sondern nur für jene, die erklären, dass sie auch die entsprechende Ergänzung des Vertrages akzeptieren. Daran vermag weder der angerufene Artikel 12 des Kollektivvertrages vom 1. Juli 1993 noch die Vereinbarung vom 30. März 1993, die im Hinblick auf Artikel 12 des Kollektivvertrages abgeschlossen worden ist, etwas zu ändern. Aus dieser Vereinbarung geht hervor, dass sie sich lediglich auf den *zur Zeit geltenden Vertrag* zwischen dem Verband der Krankenkassen des Kantons Zürich und der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich bezieht. Dass der die Komplementärmedizin regelnde Tarif als eigener Tarifvertrag im Sinne von Artikel 46 Absatz 2 KVG betrachtet werden muss, ergibt sich zudem schon daraus, dass die Kosten der Komplementärmedizin vor dem 1. Juli 1999 gar nicht von der obligatorischen Grundversicherung übernommen worden sind, mithin nicht Gegenstand des Kollektivvertrages sein konnten.

3.2.3 Das Verhalten der Beschwerdeführer kann nach Treu und Glauben nur so ausgelegt werden, dass sie mit dem bestehenden Kollektivvertrag nach wie vor einverstanden sind, nicht aber mit der Tarifierung der Komplementärmedizin. Das heisst, dass sie der Vereinbarung betreffend die Komplementärmedizin gar nicht beigetreten sind. Weil es sich dabei um einen neuen selbständigen Tarifvertrag handelte, waren sie, wenn sie dessen Wirkung für sich nicht anerkennen wollten, auch nicht verpflichtet, diesen gemäss Artikel 22 des Kollektivvertrages zu kündigen; es genügte, dass sie den Willen bekundeten, dem neuen Vertrag nicht beizutreten.

Wenn aber die Beschwerdeführer dem Vertrag nicht beigetreten sind, sind sie zur Beschwerde gegen dessen Genehmigung auch nicht legitimiert, weil sie durch den Vertrag (und dessen Genehmigung) gar nicht beschwert sind. Sie haben vielmehr zu versuchen, mit den Kassen einen neuen Vertrag auszuhandeln beziehungsweise, wenn dies nicht gelingt, vom Regierungsrat die Festsetzung eines Tarifs verlangen.

3.2.4 Die Vorinstanz glaubt, die Legitimation der Beschwerdeführer aus VPB 48 Nr. 46 ableiten zu können. Der Vergleich ist insofern jedoch nicht schlüssig, als es beim erwähnten Fall um die Anfechtung eines Tarifs ging, welchen der Regierungsrat im vertragslosen Zustand erlassen hatte. Im vorliegenden Fall ist indes nach dem oben Gesagten noch offen, ob zwischen den Beschwerdeführern und dem VSKV ein Vertrag zustande kommt. Erst wenn dies nicht der Fall ist, wird der Regierungsrat einen Tarif für Komplementärmedizin festlegen müssen.

4. Den Beschwerdeführern wäre die Beschwerdebefugnis aber auch dann nicht zugekommen, wenn ihr Verhalten dahingehend interpretiert werden müsste, sie seien dem Vertrag betreffend Komplementärmedizin beigetreten.

Im Beitritt zu einem Tarifvertrag und in der Anfechtung des nämlichen Vertrages liegt ein widersprüchliches Verhalten, welches gegen den Grundsatz von Treu und Glauben verstösst, mit der Konsequenz, dass der Rechtsschutz versagt bleiben muss.

5. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass den Beschwerdeführern die Beschwerdeberechtigung nicht zukommt; auf die Beschwerde ist daher nicht einzutreten.

6.1 Nach dem Gesagten kann an der vom Bundesrat im Entscheid vom 17. Februar 1999 in Sachen Tariffestsetzung betreffend die Thurgauer Privatklinik Kneippshof (RKUV 2/1999 S. 169 ff., Erw. Ziff. II. 3.4¹) vertretenen

¹ siehe Nr. KV 70 (1999) dieser Sammlung

Auffassung über die Zulässigkeit der Beschwerde gegen (positive) Genehmigungsbeschlüsse nicht festgehalten werden. In diesem Entscheid wurde davon ausgegangen, ein Leistungserbringer oder eine Kasse, der beziehungsweise die mit einem Tarifvertrag nicht einverstanden sei und diesem deshalb nicht beitrete, müsste die Rügen bereits im Genehmigungsverfahren vorbringen; nachher seien sie verspätet. Das allerdings würde bedeuten, dass einzelne Verbandsmitglieder zur Anfechtung positiver Genehmigungsbeschlüsse befugt sind. Wie aber in Ziffer II 3.2.3 dargelegt, sind die Verbandsmitglieder, die einem Vertrag nicht beigetreten sind, durch diesen nicht beschwert und deshalb nicht legitimiert, gegen dessen Genehmigung Beschwerde zu führen.

Kommt es zwischen den Verbandsmitgliedern, die dem Vertrag nicht beigetreten sind, und der Gegenseite zu keinem Vertrag, muss die Regierung den Tarif festsetzen. Im Falle einer Beschwerde gegen diesen Beschluss beim Bundesrat prüft dieser den Tarif mit voller Kognition, selbst wenn es sich um den gleichen Tarif handelt, der im vom Regierungsrat genehmigten Verbandsvertrag vorgesehen ist.

6.2 Wie im selben Entscheid vom Bundesrat dargelegt, gilt es indes nach wie vor zu beachten, dass Verbandsmitglieder, die dem Tarifvertrag nicht beigetreten sind, darum bemüht sein müssen, dem Grundgedanken des Systems der Tarifgestaltung folgend zu entsprechenden Vereinbarungen mit der Gegenseite zu kommen.

Diese Aufgabe kann schwierig sein, bedeutet es doch, denselben Tarifpartner zum Abschluss eines anderen Vertrages als dem mit dem Verband geschlossenen zu bewegen. Da selbst ein überzeugend berechneter alternativer Tarifvorschlag nicht unbedingt zum Ziel führen wird, steht als letzter Ausweg nach dem Scheitern der Verhandlungen der Weg zur hoheitlichen Tariffestsetzung offen. Auch hier kann aber nur derjenige Tarifpartner mit dem Erlass eines für ihn günstigen Tarifs rechnen, der sich nicht bloss darauf beschränkt darzulegen, was gegen den vom Verband abgeschlossenen Vertrag einzuwenden sei, sondern konstruktive und substantiierte Vorschläge zur Tarifgestaltung vorlegt.

Eine solche Tariffestsetzung kann mit Beschwerde an den Bundesrat angefochten werden, wobei nach der Rechtsprechung des Bundesrates ein Krankenversicherer oder Leistungserbringer, welcher dem Verbandsvertrag nicht beigetreten ist, aber auch gegenüber dem Tarifpartner oder danach der zur Tariffestsetzung zuständigen Kantonsregierung keine eigenen konstruktiven und substantiierten Vorschläge zur Tarifgestaltung gemacht hat, es hinnehmen muss, dass der vom Verband abgeschlossene Tarif auch

für ihn festgesetzt wird (RKUV 2/1999 S. 175 f., Erw. II 3.3²; vgl. auch RKUV 5/1998 S. 410 ff., Erw. 3³).

7. Da diese Rechtsprechung im vorliegenden Fall erstmals zur Anwendung gelangt und die Beschwerdeführer gestützt auf die oben erwähnten Äusserungen des Bundesrates damit rechnen durften, dass auf ihre Beschwerde eingetreten werde, rechtfertigt es sich, entgegen dem Ausgang des Verfahrens auf eine Kostenaufgabe zu verzichten (Art. 63 Abs. 1 VwVG; BGE 122 I 415, 119 Ib 415); der Kostenvorschuss von 1500 Franken ist den Beschwerdeführern demnach zurückzuerstatten.

Auf eine Parteientschädigung besteht hingegen kein Anspruch; denn nach ständiger Praxis des Bundesrates wird einer Partei, die nicht anwaltlich vertreten ist, nur zurückhaltend eine Entschädigung zugesprochen; des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass die beiden Parteivertreter (auch) in eigener Sache handelten und die Angelegenheit für sie mit keinem besonderen Aufwand verbunden war.

...

² siehe Nr. KV 70 (1999) dieser Sammlung

³ siehe Nr. KV 42 (1998) dieser Sammlung

Einzelleistungstarif für die Magnetresonanztomographie (MRT): Festsetzung des Taxpunktwertes für MRT-Leistungen auf kantonaler Ebene

KV 179 Entscheid des Bundesrates vom 10. Mai 2000 in Sachen Kantonaler Krankenkassenverband Schaffhausen (KKV) gegen Beschluss des Regierungsrates des Kantons Schaffhausen

Bei der Bestimmung des Taxpunktwertes steht die Frage im Vordergrund, welche Auslastung ein Magnetresonanztomograph (MRT) erreichen muss, um wirtschaftlich betrieben zu werden (Erw. II 6).

Die Leistungsfähigkeit von modernen MRT-Geräten erlaubt ohne weiteres 6000 oder mehr Untersuchungen pro Jahr. Der Preisüberwacher legt seiner Empfehlung 3400 Untersuchungen im Jahr zugrunde, die problemlos bei einem Einschichtbetrieb an Werktagen erreicht werden können. Bereits bei Erhebungen Anfang der 90er Jahre wurde eine Auslastung von 2284 Untersuchungen als optimal ermittelt; der Bundesrat hat diese Zahl in zwei Entscheiden 1994 und 1995 als massgeblich betrachtet (Erw. II 6.2).

Die Frage des wirtschaftlichen Einsatzes von MR-Geräten ist in einen gesamtschweizerischen Zusammenhang zu stellen und beschränkt sich nicht auf eine regionale Perspektive. In der Schweiz werden bereits rund doppelt so viele MRT betrieben, als gesamtwirtschaftlich sinnvoll ist. Möglich ist die grosse MRT-Dichte in der Schweiz, weil die bestehenden MRT-Tarife offenbar auch die Finanzierung von Überkapazitäten zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zulassen. Es ist deshalb auf einer Tarifberechnung zu bestehen, die ausschliesst, dass durch Überkapazitäten verursachte Kosten über die obligatorische Krankenpflegeversicherung abgerechnet werden. Für die Tarifberechnung ist der vorgeschlagenen MRT-Mindestauslastung des Preisüberwachers zu folgen (Erw. II 6.5 und 6.7).

Der Entscheid legt den Taxpunktwert unter dem vom Preisüberwacher empfohlenen fest. Das rührt daher, dass Letzterer ein «Inkassorisiko» aus der vom Kanton eingereichten Kostenaufstellung berücksichtigt hat. Da ambulante Behandlungen im Kantonsspital Schaffhausen direkt von den Krankenversicherern vergütet werden (tiers payant), gibt es aber kein solches Risiko (Erw. 7.2.2 und 7.3).

Pour déterminer la valeur du point, il faut se demander en premier lieu quelle doit être la fréquence d'utilisation du tomographe à résonance magnétique (TRM) pour qu'il soit rentable d'un point de vue économique (consid. II 6).

La capacità tecnica dei apparecchi IRM moderni permette di effettuare senza problema più di 6000 esami per anno. Il Sorvegliante dei prezzi fissa nella sua raccomandazione il numero degli esami a 3400 per anno, cifra che può essere raggiunta senza difficoltà durante i giorni lavorabili in un istituto che lavora con una sola équipe. Le indagini effettuate all'inizio degli anni 90 hanno permesso di fissare la performance ottimale a 2284 esami per anno; il Consiglio federale ha considerato questa cifra come determinante in due decisioni prese nel 1994 e nel 1995 (cons. II 6.2).

La questione dell'utilizzazione economica dei apparecchi a risonanza magnetica si pone in un contesto generale che coinvolge l'intero territorio nazionale e non solo in una prospettiva puramente regionale. In Svizzera attualmente già, i apparecchi IRM rappresentano a poco meno del doppio di ciò che sarebbe normalmente necessario dal punto di vista dell'economia generale. Una densità altrettanto importante di IRM è possibile in Svizzera perché i tariffe attuali per l'utilizzazione di questi apparecchi permettono approssimativamente di finanziare le sovracapacità per il bias di assicurazione obbligatoria dei servizi. È per questo che si deve attenersi a un calcolo tariffario che escluda che i costi generati dalle sovracapacità non siano a carico per l'assicurazione obbligatoria dei servizi. Per il calcolo del tariffario, il consiglio di adottare il tasso d'utilizzazione minimo raccomandato dal Sorvegliante dei prezzi (cons. II 6.5 e 6.7).

La decisione fissa il valore del punto al di sotto di quello raccomandato dal Sorvegliante dei prezzi. Ciò deriva dal fatto che quest'ultimo tiene conto del «rischio di sovraccarico» sulla base di uno stato dei costi prodotto dal cantone. Essendo che i trattamenti ambulatoriali all'ospedale cantonale di Schaffhouse sono a carico direttamente dai assicuratori-malattia (terzi paganti), un tale rischio non esiste (cons. 7.2.2 e 7.3).

Per determinare il valore del punto è necessario stabilire in primo luogo quanto debba essere utilizzato un tomografo a risonanza magnetica (TRM) affinché risponda ai criteri di economicità (cons. II 6).

Gli apparecchi a risonanza magnetica moderni consentono di effettuare senz'altro 6000 o più esami l'anno. Il sorvegliante dei prezzi prende per base delle sue raccomandazioni 3400 esami l'anno, soglia facilmente raggiungibile al ritmo di un turno di lavoro ogni giorno ferialmente. Già in occasione di rilevazioni svolte all'inizio degli anni 90 il tasso di utilizzazione ottimale era stato fissato a 2284 esami l'anno; il Consiglio federale ha quindi considerato questa cifra, in due sue decisioni (1994 e 1995), come valore di riferimento (cons. II 6.2).

La questione dell'utilizzazione conforme ai criteri economici degli apparecchi a risonanza magnetica è di rilevanza nazionale e non deve quindi essere trattata da un punto di vista regionale. Attualmente in Svizzera i TRM sono già circa il doppio di quanto economicamente ragionevole. L'alta densità di TRM si spiega con il fatto che le tariffe applicate consentono evidentemente anche il finanziamento di sovracapacità a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. È quindi necessario esigere che le tariffe siano calcolate in modo da non consentire che i costi cagionati da sovracapacità vadano a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Il calcolo delle tariffe deve basarsi sul tasso di utilizzazione minimo dei TRM proposto dal sorvegliante dei prezzi (cons. II 6.5 e 6.7).

La decisione fissa un valore del punto inferiore a quello raccomandato dal sorvegliante dei prezzi. Questo dipende del fatto che quest'ultimo tiene conto del «rischio di non incasso» risultante dall'elenco dei costi inoltrato dal Cantone. Tuttavia, poiché le cure ambulatoriali fornite dall'ospedale cantonale di Sciaffusa sono rimborsate direttamente dagli assicuratori-malattie (sistema del terzo pagante), tale rischio non sussiste (cons. 7.2.2 e 7.3).

I.

Übersicht – *Condensé*

Bis 1998 hat das Kantonsspital Schaffhausen Untersuchungen am Magnetresonanz-Tomographen (MRT) im Städtischen Krankenhaus Singen (D) durchgeführt. Einen Kredit zur Anschaffung eines eigenen MRT haben die Schaffhauser Stimmbürger im Dezember 1997 verworfen. Daraufhin wurde aus Kreisen der Ärzteschaft die MRS AG gegründet, die aus privaten Mitteln einen im August 1998 im Kantonsspital installierten MRT finanzierte. Das Kantonsspital betreibt das Gerät auf Rechnung der MRS AG, mit der es eine Kooperationsvereinbarung getroffen hat.

MRT-Leistungen werden gemäss Spitalleistungskatalog (SLK) verrechnet; der KKV einerseits und das Kantonsspital sowie die MRS AG andererseits haben sich aber nicht auf den anzuwendenden Taxpunktwert (TPW) einigen können. Während noch eine Empfehlung des Preisüberwachers abgewartet wurde, haben die Parteien am 10. November 1998 einen vorläufigen TPW von Fr. 3.49 vereinbart; die Parteien sollten aber neue Verhandlungen verlangen dürfen, falls die Empfehlung des Preisüberwachers markant davon abweiche.

Am 9. Dezember empfahl der Preisüberwacher einen TPW von höchstens Fr. 2.31. Die neuen Verhandlungen scheiterten, weshalb vereinbart

rungsgemäss die vorläufige Regelung per Ende März auslief und die Parteien beim Regierungsrat um Tariffestsetzung nachsuchten. Dieser hielt die Empfehlung des Preisüberwachers für unbegründet und hielt am TPW von Fr. 3.49 fest. Der KKV hat dagegen Beschwerde an den Bundesrat erhoben.

Jusqu'en 1998, l'hôpital cantonal de Schaffhouse a fait effectuer les examens par IRM (imagerie par résonance magnétique) à l'hôpital de la ville de Singen (Allemagne). Un crédit pour l'acquisition d'un tomographe propre au canton ayant été rejetée en votation populaire de décembre 1997, une société anonyme, MRS SA, issue des milieux médicaux, a par la suite été fondée pour financer, par des moyens privés, un tomographe installé en août 1998 à l'hôpital cantonal. Celui-ci exploite l'appareil pour le compte de MRS SA, avec laquelle il a conclu un accord de coopération.

Les prestations IRM sont facturées sur la base du catalogue des prestations hospitalières (CPH). La fédération, d'une part, et l'hôpital cantonal ainsi que MRS SA, d'autre part, ne sont toutefois pas parvenus à s'entendre sur la valeur du point applicable à ces prestations. Dans l'attente de la recommandation sollicitée auprès de la Surveillance des prix, ils ont néanmoins, le 10 novembre 1998, convenu d'une valeur provisoire de 3 francs 49 le point, étant entendu que les parties reprendraient les négociations si la recommandation du Surveillant des prix divergeait de manière marquante de dite valeur.

Le 9 décembre 1998, le Surveillant des prix a recommandé l'application d'une valeur maximale de 2 francs 31 le point. Les négociations entre les partenaires tarifaires ayant échoué, ils ont demandé au gouvernement cantonal de fixer un tarif. Considérant la recommandation du Surveillant des prix comme non fondée, ce dernier a maintenu la valeur du point à 3 francs 49, décision contre laquelle la fédération recourt à présent au Conseil fédéral.

II.

Der Bundesrat hat die Beschwerde aus folgenden Gründen gutgeheissen:

...

3.1. Nach ständiger Praxis kommt der Kantonsregierung bei der Auswahl zwischen den beiden Möglichkeiten, auf einen vertragslosen Zustand zu reagieren, ein weiter Ermessensspielraum zu, in welchen der Bundesrat nicht ohne Not eingreifen wird (RKUV 1997, 220 ff., Erw. II 3.¹; unveröffentlichter Bundesratsentscheid vom 13. Dezember 1999 in Sachen Thurgauer Spitaltarif). Damit wird berücksichtigt, dass die Kantonsregierung in

¹ siehe Nr. KV 8 (1997) dieser Sammlung

aller Regel besser als der Bundesrat in der Lage ist, abzuschätzen, ob noch Aussicht besteht, dass sich die Tarifpartner doch noch einig werden. Denn die Vertragsverlängerung dient dazu, den Tarifpartnern eine zusätzliche Chance zur autonomen Lösung ihres Konflikts einzuräumen (Botschaft, BBl. 1992 I 181).

Im Gegensatz zu jenen Fällen, in welchen die Kantonsregierung einen neuen Tarif erlässt oder genehmigt, ist bei der Verlängerung eines bereits vorbestehenden Tarifvertrags auch nicht erneut zu prüfen, ob dieser mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit im Einklang steht. Der Gesetzgeber hat vielmehr zu Gunsten des Vorrangs der vertraglichen Vereinbarung von Tarifen in Kauf genommen, dass ein verlängerter Vertrag nicht mehr in allen seinen Teilen den gesetzlichen Anforderungen und Zielsetzungen entspricht.

Stellt sich allerdings heraus, dass die Kantonsregierung den Verlängerungsbeschluss aus sachfremden Überlegungen heraus gefällt hat, obwohl es von vorneherein unwahrscheinlich erscheint, dass die Tarifpartner während der Dauer der Vertragsverlängerung einen neuen Tarifvertrag abschliessen würden, dann hat sie die ihrem Ermessen vom Bundesrecht gesetzten Grenzen überschritten, womit ihr Entscheid grundsätzlich aufzuheben wäre.

3.2. Dem Wortlaut der verlängerten Vereinbarung vom 10. November 1998 ist zu entnehmen, dass die Tarifparteien damit eine bloss vorläufige Grundlage für die Abrechnung der seit August 1998 im Kantonsspital vorgenommenen MRI-Untersuchungen schaffen wollten, obwohl und solange die Empfehlung des Preisüberwachers noch ausstand. Folgerichtig sieht Punkt 3 der Vereinbarung vor, dass namentlich im Falle einer markant abweichenden Stellungnahme des Preisüberwachers jede Partei die Aufnahme von Verhandlungen zur Festlegung eines anderen Taxpunktwerts verlangen dürfe. Für den Fall, dass eine Partei diese Verhandlungen für gescheitert erklärt, sieht die Vereinbarung ihr automatisches Dahinfallen bereits ab Ende des Folgemonats vor. Der Sinn dieser letzten Bestimmung kann nur darin liegen, dass damit ein vertragsloser Zustand herbeigeführt und so der Regierungsrat in die Lage versetzt werden sollte, einen KVG-konformen Tarif festzusetzen.

Auch der Regierungsrat hat die Vereinbarung als vorläufige Lösung betrachtet. In der Begründung zum Genehmigungsbeschluss – ebenfalls vom 10. November 1998 – führt er aus: «Seit nunmehr drei Monaten werden umfangreiche Leistungen erbracht, die aufgrund des Fehlens einer Tarifregelung nicht fakturiert werden können. Die Situation ist für die Betroffenen

unzumutbar. Dementsprechend ist es angezeigt, ungeachtet der ausstehenden Empfehlung des Preisüberwachers zumindest eine vorläufige Regelung zu treffen, welche bei geänderten Verhältnissen einer neuen Prüfung unterzogen werden kann».

Die Darstellung des Departements, der Regierungsrat habe nicht eine provisorische Übergangsregelung, sondern einen langjährig etablierten Vertragstarif verlängert, lässt sich schon darum nicht halten, weil vor dem 10. November 1998 nie ein Tarif die Verrechnung von im Kantonsspital Schaffhausen erbrachten MRI-Leistungen zum Gegenstand hatte. Die frühere Regelung betraf nur jene MRI-Untersuchungen, die «im Städtischen Krankenhaus Singen durchgeführt» wurden.

Die vom Regierungsrat geäußerte Ansicht, es sei schwer einzusehen, warum der Wechsel des Kooperationspartners zum Anlass genommen werden solle, einen langjährig akzeptierten Tarif abzuändern, verkennt die Anforderungen des KVG. Die Gebote der betriebswirtschaftlichen Bemessung (Art. 43 Abs. 4 KVG) sowie der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit (Art. 46 Abs. 4 KVG) schliessen aus, dass ein bestehender Spitaltarif unbesehen weitergeführt wird, nachdem der Leistungserbringer seine Organisation und Kostenstruktur wesentlich geändert hat.

3.3. In ihrem gemeinsamen Schreiben vom 2. Februar 1999 unterrichteten die MRS AG, das Kantonsspital Schaffhausen und der KKV das Departement über die Verhandlungen, welche als Reaktion auf die Empfehlung des Preisüberwachers am 28. Januar 1999 stattgefunden hatten. Sie seien übereinstimmend zum Ergebnis gelangt, dass angesichts der Diskrepanz zwischen dieser Empfehlung und der Vereinbarung vom 10. November 1998 eine Verhandlungslösung nicht möglich sei. Die Parteien stellten deshalb gemeinsam den Antrag, der Regierungsrat möge bis zum 31. März 1999 bestimmen, welcher Taxpunktwert anzuwenden sei.

Als Folge dieser Erklärung ist die Vereinbarung vom 10. November 1998 ohne weiteres auf das Ende des darauffolgenden Monats dahingefallen. Hätten die Tarifpartner tatsächlich im Sinne gehabt, weiter zu verhandeln und solange den vorläufig vereinbarten Taxpunktwert weiter anzuwenden, so wäre eine derartige Erklärung kaum abgegeben worden.

Auch der Regierungsrat stellt in der Begründung zum angefochtenen Beschluss fest, es habe sich anlässlich der Aussprache vom 28. Januar gezeigt, dass eine einvernehmliche Neuregelung nicht möglich sei. Er hat folgerichtig nicht damit gerechnet, dass während des Jahres der Vertragsverlängerung eine neue vertragliche Regelung zustande kommen könnte, son-

dern ging davon aus, dass der verlängerte Vertrag alsbald vom neuen gesamtschweizerischen TarMed abgelöst würde. Für den Fall, dass sich dessen Inkrafttreten über die Dauer der Vertragsverlängerung hinaus verzögern sollte, so wäre gemäss der regierungsrätlichen Erwägungen erst im ersten Quartal 2000 über das weitere Vorgehen zu entscheiden.

3.4. Der Regierungsrat begründet denn die Vertragsverlängerung auch nicht damit, dass den Vertragsparteien eine weitere Gelegenheit zur Einigung gegeben werden sollte. Vielmehr setzt er sich beinahe ausschliesslich mit der Frage auseinander, ob der Taxpunktwert von 3.49 Franken den Anforderungen des KVG entspreche und holt namentlich die Auseinandersetzung mit der Empfehlung des Preisüberwachers nach, welche er vor der Genehmigung der Vereinbarung vom 10. November 1998 nicht abgewartet hatte.

Der Entscheid, diese Vereinbarung um ein Jahr zu verlängern, stützt sich daher nicht auf die massgeblichen Gesichtspunkte, sondern beruht auf Überlegungen von jener Art, wie sie zur Begründung einer Tariffestsetzung anzustellen wären. Als Verlängerung eines Tarifvertrags im Sinne von Artikel 47 Absatz 3 KVG könnte der angefochtene Beschluss keinen Bestand haben. Die Umstände legen es dem Bundesrat jedoch nahe anzunehmen, dass es sich in Tat und Wahrheit um eine Tariffestsetzung im Sinne von Artikel 47 Absatz 1 KVG handelt, welche der Regierungsrat irrtümlicherweise deshalb in die Form einer Vertragsverlängerung gekleidet hat, weil der von ihm als KVG-konform erachtete Taxpunktwert jenem entsprach, der auch schon laut Vereinbarung vom 10. November 1998 vorgesehen war, und er zudem davon ausging, dass vor Ablauf eines Jahres eine neue Tarifstruktur eingeführt würde.

Ein Instanzverlust droht keiner Partei, da sich alle Beteiligten bereits im vorinstanzlichen Verfahren zur Frage der Tariffhöhe umfassend haben äussern können. Der Bundesrat wird daher den vom Regierungsrat festgesetzten Taxpunktwert von 3.49 Franken überprüfen, gegebenenfalls reformativ entscheiden und den Tarif im vertragslosen Zustand selber festsetzen.

...

5. Die Tarifpartner sind sich einig darüber, dass die MRI-Untersuchungen im Kantonsspital gemäss SLK abgerechnet werden sollen; strittig ist allein die Höhe des anzuwendenden Taxpunktworths.

Einzelleistungstarife müssen gemäss Artikel 43 Absatz 5 KVG auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Die Struktur des SLK ist zwar gesamtschweizerisch einheitlich. Er stellt jedoch

keine allen Anforderungen der genannten Vorschrift genügende Tarifstruktur dar, denn die Krankenversicherer waren an seinem Zustandekommen nicht beteiligt; er ist also nicht im Sinne des KVG vereinbart. Nach der Praxis können medizinische Einzelleistungstarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung trotzdem auf die Tarifstruktur des SLK abgestützt werden, solange keine andere Tarifstruktur zur Verfügung steht, welche allen Anforderungen von Artikel 43 Absatz 5 KVG entspricht, und sofern die Übernahme dieser Tarifstruktur vertraglich vereinbart oder behördlich festgelegt wird. Da dies zur Zeit noch nicht der Fall ist, ist gegen die Heranziehung des SLK zur Bestimmung der jeweils verrechenbaren Taxpunkte nichts einzuwenden. Zu überprüfen bleibt, welchem Betrag in Franken ein SLK-Taxpunkt entsprechen soll.

6. Wichtigster Streitpunkt in der Sache ist die Auslastung des MRT, in Untersuchungen pro Jahr gemessen, auf welche die Berechnung der Tarifhöhe abstellen soll. Diese Mindestauslastung kennzeichnet jenen Punkt, von dem an ein wirtschaftlicher Betrieb des MRT möglich ist. Bleibt die tatsächliche Auslastung unter diesem Wert, so kann das Gerät bei Verrechnung des entsprechend festgesetzten Taxpunktwerts nicht kostendeckend betrieben werden.

6.1. Zu Recht ist im Grundsatz unbestritten, dass zur Tarifberechnung eine Mindestauslastung bestimmt wird. Der Bundesrat hat bereits unter der Herrschaft des früheren Rechts darauf bestanden, dass MRI-Tarife nach Massgabe der optimalen Auslastung zu kalkulieren seien (unveröffentlichte Bundesratsentscheidungsentscheide vom 21. Dezember 1994 und vom 11. Dezember 1995 zur Tarifierung von MRI-Untersuchungen). Die Methodenkritik der regierungsrätlichen Vernehmlassung richtet sich nicht in erster Linie hiergegen, wie sich auch aus der Klarstellung des Departements in den Schlussbemerkungen ergibt. Sie zielt vielmehr auf die Berechnung der variablen Kosten, jenes Aufwands also, der abhängig von der Anzahl Untersuchungen anfällt.

Festzuhalten ist: Wenn der Tarif für einen bestimmten Leistungserbringer zu ermitteln ist, dient die Mindestauslastung allein Korrekturzwecken. Ausgangspunkt der Tarifberechnung ist die konkrete Kostensituation des fraglichen Leistungserbringers. Wird tatsächlich die Mindestauslastung nicht erreicht, ist Letztere zur Korrektur der Fixkosten hinzuzuziehen. Das folgt aus dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit (Art. 46 Abs. 4 KVG) sowie dem Grundsatz der Tarifgestaltung, dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten anzustreben ist (Art. 43 Abs. 6 KVG). Die Vorgabe der be-

triebswirtschaftlichen Bemessung nach Artikel 43 Absatz 4 KVG darf daher nicht dahingehend interpretiert werden, dass durch ineffiziente Betriebsführung erstandene Kosten der Krankenversicherung überwältzt werden.

Der Gesetzgeber hat dies für die Bemessung der anrechenbaren Kosten von Spitalaufhalten konkretisiert und Betriebskostenanteile aus Überkapazität von deren Berechnung ausdrücklich ausgeschlossen (Art. 49 Abs. 1 KVG). Auf die Berechnung anderer Tarife ist diese Regel sinngemäss anzuwenden. Folge davon ist tatsächlich, dass die in den Worten des Regierungsrats ausgedrückt «einzelfallbezogene» Berechnung eines solchen Tarifs mit einem normativen Element konfrontiert wird. Das ist nicht etwa unzulässig, sondern infolge der genannten Regeln des KVG vielmehr geboten.

Anders wäre dann vorzugehen, wenn nicht der Tarif eines bestimmten Leistungserbringers in Frage stünde, sondern derjenige für eine unbestimmte Vielzahl von Leistungserbringern, wie beispielsweise ein Ärztertarif. Dann wäre, wie es der Praxis der Tarifpartner entspricht, ein Betriebsmodell Ausgangspunkt der Tarifberechnung. Diese würde sich daher in jedem Fall an einer normierten Auslastung – zum Beispiel den produktiven Arbeitsstunden pro Jahr – orientieren.

6.2. Die Leistungsfähigkeit von modernen MRT-Geräten erlaubt nach den Angaben von Herstellerfirmen ohne weiteres 6000 oder mehr Untersuchungen pro Jahr. Vom Hegau-Klinikum in Singen liegt die Bestätigung vor, dass es an seinem MRT im Jahre 1997 4589 Untersuchungen durchgeführt hat. Die vom Preisüberwacher empfohlene Mindestauslastung von 3400 Untersuchungen pro Jahr liegt weit darunter. Sie ist schon zu erreichen, wenn an jedem von angenommen 242 Werktagen 14 Untersuchungen durchgeführt werden. Die MRS AG geht davon aus, dass in einer Arbeitsschicht 12 Untersuchungen von je 45 Minuten ohne Einbussen an der medizinischen Qualität durchgeführt werden können; im Jahr wären dies bei Einschichtbetrieb etwa 2900 Untersuchungen. Der Preisüberwacher seinerseits nimmt an, dass 30 Minuten für eine Untersuchung einzusetzen seien, womit auch 3400 Untersuchungen im Jahr problemlos im Einschichtbetrieb erreicht werden könnten. Dabei ist es keineswegs notwendig zu unterstellen, dass eine so teure Investition wie ein MRT nur während acht oder neun Stunden täglich bedient werden könnte.

In den zitierten Entscheiden der Jahre 1994 und 1995 war der Bundesrat von 2284 Untersuchungen im Jahr als Mindestauslastung ausgegangen. Damit folgte er den Annahmen, welche der Tarifierung von MRI-Leistungen im SLK zu Grunde lagen. Sie stammen aus einer Studie des Jahres 1991, wel-

che nach dem damaligen Stand der Technik die genannte Zahl als 100 %ige Auslastung nannte, dabei allerdings von nur 231.65 Betriebstagen ausgegangen war.

Die Frage, mit welcher Anzahl von Untersuchungen pro Jahr ein MRT hinreichend ausgelastet sei, ist zwar im Lichte der Tarifvorschriften des KVG zu beurteilen; es handelt sich dabei aber um eine Sachverhaltsfrage. Sie kann angesichts des Tempos, mit welcher die Diagnosetechnik sich entwickelt, nicht einfach aufgrund von Erfahrungen und Annahmen beantwortet werden, welche fast 10 Jahre früher gemacht worden sind.

Der Bundesrat geht davon aus, dass unter den heute geltenden Bedingungen 3400 Untersuchungen im Jahr das Minimum an Auslastung darstellt, welches vom effizienten Einsatz eines modernen MRT zu verlangen ist. Dies folgt nicht nur aus den rein technischen Möglichkeiten eines solchen Geräts, sondern auch aus den vorliegenden Angaben über die Dauer der einzelnen Untersuchungen. Ging man bei den Studien zum SLK-Tarif 1991 noch von weniger als 10 möglichen Untersuchungen pro Tag aus, so hält heute die MRS AG 12 Untersuchungen in einer Arbeitsschicht für optimal. Der Zusammenarbeitsvertrag zwischen MRS AG und dem Kantonsspital vom 4. August 1998 legt der Berechnung der variablen Kosten demgegenüber bloss 30 Minuten pro Untersuchung zu Grunde, was die Ausführungen des Preisüberwachers zusätzlich erhärtet.

Im Übrigen nimmt der Bundesrat zur Kenntnis, dass der Preisüberwacher seiner Empfehlung zum TarMed sogar eine Mindestauslastung von 4700 Untersuchungen pro Jahr zu Grunde legt, ohne dass dies angesichts der vorliegenden Erfahrungszahlen auf den ersten Blick als übertrieben erschiene.

6.3. Der Regierungsrat merkt hierzu an, bei der heutigen Indikationshäufigkeit von MRI-Untersuchungen hiesse eine Mindestauslastung von 3400 Untersuchungen im Jahr, dass der Bedarf von etwa 150 000 Personen mit einem Gerät abgedeckt wäre. Damit würde die Bedeutung der MRI-Diagnostik unterschätzt. Er weist auf ein im Auftrag der Zürcher Gesundheitsdirektion erstelltes Gutachten hin, welches dem Kanton Zürich bis zum Jahr 2005 einen Bedarf von 17 MR-Geräten attestiere, ein Gerät auf 70 000 Einwohner also. Unter Berücksichtigung des Umstandes, dass die Voraussetzungen für eine optimierte Geräteauslastung in grossen Ballungsräumen besser seien als in der Peripherie, bestätige dies, dass die Installation des MRT im Kantonsspital Schaffhausen mit seiner Servicepopulation von 80 000 Einwohnern angemessen sei. Auch die MRS AG weist auf das genannte Gutachten hin.

Der Bundesrat hat die im Januar 1999 erstellte Kurzfassung der von Regierungsrat und MRS AG zitierten «Bedarfs- und Strukturanalyse der spezialisierten und hochspezialisierten Versorgung im Kanton Zürich; Bedarfsprognose hochtechnische Infrastruktur» der DKI GmbH Deutsches Krankenhausmanagement Beratung und Forschung hinzugezogen. Die Bedarfsprognose von 17 MR-Geräten für den Kanton Zürich im Jahre 2005 geht von folgenden Voraussetzungen aus: Das Einzugsgebiet zähle, inklusive der Nutzung durch Ausserkantonale, 1 447 000 Einwohner; das sind 85 000, nicht 70 000 Menschen pro Gerät. Es wurde weiter eine Steigerung der Indikationshäufigkeit von 6 % p. a. angenommen. Berechnet man anhand dieser Steigerungsrate, bei gleichbleibender Auslastung pro Gerät, das Einzugsgebiet eines MRT für das Jahr 1999, so erhält man die Zahl von 120 572. Dabei legt die Analyse der DKI GmbH ihrer Prognose eine mittlere Auslastung von 3000 Untersuchungen im Jahr zu Grunde. Weiter liest man darin aber: «Die Wirtschaftlichkeitsprämisse könnte nach vorliegenden Erfahrungswerten sogar noch deutlich höher (bei über 3600 untersuchten Patienten je MR) angesetzt werden» (S.53 f. der Bedarfs- und Strukturanalyse; zitiert auch in der Stellungnahme des Preisüberwachers vom 19. August 1999).

Die Schlussfolgerung des Regierungsrats findet demnach in diesem Gutachten keine Stütze. Es kann dahingestellt bleiben, ob die Entwicklung medizinischer Standards in Zukunft einen häufigeren Einsatz von MRI-Untersuchungen rechtfertigt; dies könnte aber allenfalls zu einem späteren Zeitpunkt dazu führen, dass der Einsatz eines eigenen MRT für nur 80 000 Menschen wirtschaftlich sinnvoll wird.

6.4. Die tatsächliche Auslastung des MRT im Kantonsspital Schaffhausen liegt, wie das Departement des Innern in den Schlussbemerkungen mitteilt, bei etwa 2000 Untersuchungen im Jahre 1999. Eine Mindestauslastung von 3400 Untersuchungen wird also nicht erreicht, weshalb grundsätzlich Letztere zur Tarifberechnung heranzuziehen ist.

Nach Ansicht von Regierungsrat und MRS AG sollte im vorliegenden Falle trotzdem auf die am Standort Schaffhausen derzeit tatsächlich erreichbare Auslastung abgestellt werden. Das folge aus einer ganzheitlichen Betrachtung der volkswirtschaftlichen Gesamtkosten. Es sei zu berücksichtigen, dass ohne ein MRT in Schaffhausen zusätzliche Kosten für Transporte anfallen würden; auch bestünde die Gefahr von überflüssigen Doppeluntersuchungen an Röntgengeräten und Computertomographen. Ebenso stellten die schnelleren und besseren Diagnosen an einem MRT in Schaffhausen Kostenvorteile dar. Diese werden vom Regierungsrat nicht im Einzelnen erläutert; er hält es aber angesichts der genannten Faktoren für plau-

sibel, dass sich auch ein weniger gut ausgelastetes MRT in Schaffhausen wirtschaftlich rechtfertige.

Diese Sichtweise erscheint dem Bundesrat allerdings nicht überzeugend. Die möglichen mit MRT ausgestatteten Kooperationspartner in Singen und Winterthur sind jeweils nur 25 Kilometer auf gut ausgebauten Strassen entfernt; auch die Bahnverbindungen mit beiden Orten sind häufig und schnell. Zürich ist per Bahn in 38 Minuten erreichbar. Die meisten MRI-Untersuchungen geschehen auf Termin hin ambulant, so dass sie ähnlich schnell auch andernorts vorgenommen werden können. Dass MRI-Diagnosen in anderen Kantonen weniger gut erstellt werden könnten als in Schaffhausen, erscheint dem Bundesrat nicht zwingend. Im Übrigen ist es technisch durchaus möglich, die Abbildung von auswärtig vorgenommenen MRI-Scans simultan in die Radiologieabteilung des Kantonsspitals Schaffhausen zu übermitteln und dort auszuwerten. Unnötige oder «suboptimale» Untersuchungen an den in Schaffhausen vorhandenen Röntgengeräten und Computertomographen zu vermeiden gehört schliesslich zu den selbstverständlichen Pflichten des Kantonsspitals und der einweisenden Ärzte; nur wirksame, wirtschaftliche und zweckmässige Untersuchungen dürfen zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung abgerechnet werden (Art. 32 Abs. 1 KVG). Die vom Regierungsrat befürchteten zusätzlichen auserkantonalen Hospitalisationen schliesslich wären volkswirtschaftlich gesehen nicht unbedingt teurer als solche im Kanton Schaffhausen. Eine Mehrbelastung stellen sie allenfalls für den kantonalen Haushalt dar, der allerdings durch eine Reduktion der dann ungenutzten eigenen Spitalkapazitäten wieder entlastet werden könnte.

Zweifellos ergäben sich für den Raum Schaffhausen, wäre dort kein MRT verfügbar, in gewisser Masse Mehrkosten – vor allem durch zusätzliche Personentransporte – im Vergleich zu Orten, in welchen ein wirtschaftlich betriebenes und ausgelastetes Gerät steht. Diese Kosten sind jedoch mit jenen nicht vergleichbar, die den Schaffhauser Versicherten dadurch entstehen würden, dass sie mit ihren Krankenkassenprämien die ungedeckten Fixkosten eines unwirtschaftlich betriebenen MRT übernehmen müssten.

6.5. Vor allem aber übersehen der Regierungsrat und die MRS AG, dass die Frage des wirtschaftlichen Einsatzes von MR-Geräten sich in einem gesamtschweizerischen Zusammenhang stellt. Die wirtschaftlichen Gesamtkosten solcher Geräte müssen in diesem Rahmen berücksichtigt werden; eine auf den Raum Schaffhausen beschränkte Betrachtungsweise kann nicht ausschlaggebend sein.

In der gesamtschweizerischen Schau zeigt sich, dass eine wirtschaftlich sinnvolle Auslastung der MR-Geräte nur möglich ist, wenn deren Zahl nicht

viel grösser als 50 ist. Tatsächlich aber gibt es in unserem Land bereits über 100 solcher Geräte. Das bedeutet, dass das Gesundheitswesen jedes Jahr mit den festen Kosten von etwa 50 eigentlich nicht benötigten MR-Geräten, das sind geschätzt mehr als 30 Millionen Franken, belastet werden. Möglich ist das, weil die zur Zeit praktizierten Tarife offenbar die Finanzierung auch von Überkapazitäten zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung zulassen und dadurch einen Anreiz schaffen, in solche Geräte zu investieren, ohne dass ein ausreichender Bedarf dafür besteht. Gleichzeitig verleitet das Überangebot die Leistungserbringer und die von ihnen beratenen Patientinnen und Patienten dazu, sich der MRI-Diagnostik häufiger zu bedienen; dadurch wiederum erscheint es noch lukrativer, wieder neue Geräte anzuschaffen.

Auf die Gefahr der unerwünschten Mengenausweitung weist gerade auch die Entwicklung in Schaffhausen hin: Nachdem 1996 an Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Schaffhausen weniger als 1000 MR-Untersuchungen durchgeführt worden sind (so das offizielle Schaffhauser Abstimmungsmagazin zur Volksabstimmung vom 14. September 1997), hat sich diese Zahl bis 1999 verdoppelt.

Das Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit (Art. 46 Abs. 4 KVG) macht es den Behörden zur Pflicht, bei der Beurteilung eines Tarifs auch seine Auswirkungen auf das Leistungsvolumen zu prüfen (so die Praxis schon unter dem früheren Recht, vgl. das Kreisschreiben des Bundesrates an die Kantone vom 19. September 1997, BBl 1997 III 102 f.). Wie der Preisüberwacher zu Recht bemerkt, würden unter Wettbewerbsbedingungen bei einem Angebotsüberhang die Tarife sinken, was zur Reduktion des verfügbaren Angebots führen würde. Auch im geregelten System des KVG ist darauf zu achten, dass die Tarifgestaltung in einer von Überangebot und daher drohender Ausweitung des Leistungsvolumens geprägten Situation wirtschaftliche Anreize zur Verringerung des Angebots setzt. Daher ist, wie es das BSV und der Preisüberwacher nahelegen und wie es der bundesrätlichen Praxis schon unter dem alten Recht entspricht, notwendig, auf einer Tarifberechnung zu bestehen, die ausschliesst, dass die durch Überkapazitäten verursachten Kosten über die obligatorische Krankenversicherung abgerechnet werden können.

6.6. Eine Reduktion des MRI-Angebots würde auch zu einer Abnahme der Standorte führen, wodurch gesamtwirtschaftlich gesehen die Distributionskosten (durch zum Teil längere Anfahrtswege und die anspruchsvollere Organisation der Überweisungen) etwas ansteigen würden. Angesichts der möglichen Einsparungen von 30 oder mehr Millionen Franken fällt dies jedoch nach Einschätzung des Bundesrats nicht mehr ins Gewicht.

Richtig ist, dass die höheren Distributionskosten in einer Region, deren Einzugsgebiet den wirtschaftlichen Betrieb eines MRT nicht ermöglicht, etwas mehr zu Buche schlagen als im schweizerischen Durchschnitt. Der Ausgleich dieses Nachteils darf allerdings nicht über die Gestaltung von KVG-Tarifen angestrebt werden. Sollte die öffentliche Hand im Kanton bereit sein, einen regionalen Versorgungsnachteil wettzumachen, indem sie den durch KVG-Tarife ungedeckten Teil der Kosten eines MRT übernimmt, so steht das Krankenversicherungsrecht dem nicht entgegen. Im Falle Schaffhausens haben sich allerdings die Stimmbürger am 14. Dezember 1997 dagegen ausgesprochen.

6.7. Der Berechnung des strittigen Tarifs ist nach alledem die vom Preisüberwacher vorgeschlagene Mindestauslastung von 3400 Untersuchungen pro Jahr zu Grunde zu legen.

7. Es ist unbestritten, dass eine durchschnittliche MRI-Untersuchung gemäss SLK mit zusammengerechnet 146 Taxpunkten verrechnet werden kann; damit ist auch der Untersuchungsbericht abgegolten. Zur Ermittlung des Taxpunktwerts ist daher der für eine solche Untersuchung inklusive Bericht zu vergütende Frankenbetrag zu errechnen und durch 146 zu teilen.

7.1. Die jährlichen fixen Betriebskosten des MRT im Kantonsspital Schaffhausen werden vom Departement mit 619000 Franken beziffert. Darin enthalten sind die angemessene Verzinsung des investierten Kapitals und die Abschreibung der Investition über sieben Jahre, die Kosten für Wartung, Miete und Kühlung des MRI-Raums, Versicherungs- und Verwaltungskosten sowie Kosten für das im Gerät verwendete Helium und die Nachrüstung des Geräts auf den jeweils neuesten technischen Stand. Der Betrag ist durch 3400 Untersuchungen zu teilen, was einen anrechenbaren Fixkostenanteil pro Untersuchung von 182.06 Franken ergibt.

7.2. Umstritten ist die Höhe der pro Untersuchung anfallenden variablen Kosten. Der Preisüberwacher geht hier von jenen Ansätzen aus, welche die MRS AG dem Kantonsspital Schaffhausen vertragsgemäss vergütet, nämlich 143.30 Franken pro Untersuchung sowie Inkassoverluste von 11.40 pro Untersuchung. Die Kantonsregierung wendet ein, es dürfe nicht auf die dank der Synergieeffekte besonders niedrigen internen Verrechnungspreise abgestellt werden. Vielmehr sei eine Vollkostenrechnung anzustellen, welche alle beim Betrieb eines MRT bei 3400 Untersuchungen jährlich üblicherweise anfallenden Kosten berücksichtige.

7.2.1. Wie schon unter Ziffer II.6.1. erläutert, ist vorliegend der Tarif eines bestimmten Leistungserbringers festzusetzen; massgeblich sind dafür

jene Kosten, welche bei diesem Leistungserbringer tatsächlich anfallen. Soweit demgegenüber die Kantonsregierung unter einer Vollkostenrechnung versteht, dass auf die hypothetischen Kosten des isolierten Betriebs eines einzigen MRT abzustellen sei, geht sie fehl. Würde in einem Spital jede einzelne Leistung in dieser Weise tarifiert, wäre das Ergebnis eine die Kosten des gesamten Betriebs weit übersteigende Vergütung. Die MRT-Untersuchungen werden im Kantonsspital Schaffhausen nicht isoliert durchgeführt, sondern eingebettet in den Betrieb einer Radiologieabteilung, welche weitere Diagnostikgeräte betreibt und deren Kosten daher bereits zu grossen Teilen anderweitig verrechnet werden. Es ist daher völlig korrekt, vorliegend nur jene Kosten zu berücksichtigen, welche durch den Betrieb des MRT im Kantonsspital Schaffhausen zusätzlich entstehen.

Dass diese Kosten durch die zwischen dem Kantonsspital Schaffhausen und der MRS AG vereinbarten Verrechnungspreise vollständig gedeckt werden, hat der Regierungsrat selbst wiederholt festgestellt; so einmal, als er am 4. August 1998 den Zusammenarbeitsvertrag zwischen dem Kantonsspital und der MRS AG genehmigte und ein weiteres Mal anlässlich der Genehmigung der Tarifvereinbarung vom 10. November 1998 zwischen dem Kantonsspital Schaffhausen und der MRS AG. Der Bundesrat sieht keinen Anlass, an diesen Feststellungen zu zweifeln.

7.2.2. Die variablen Kosten können daher im Rahmen dessen veranschlagt werden, was das Kantonsspital Schaffhausen der MRS AG verrechnet. Dies sind je Untersuchung 143.30 Franken für Personalkosten (Radiologe oder Radiologin, MRT-Assistenz, Administration) und Verbrauchsmaterial.

Das Departement hat dem Preisüberwacher gegenüber noch Kosten von 11.40 Franken je Untersuchung für Inkassoverluste geltend gemacht. Der Preisüberwacher hat diesen Aufwandposten für seine Berechnung übernommen. Dem kann nicht gefolgt werden: Inkassoverluste können selbst dann nicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung überwältzt werden, wenn der Leistungserbringer im System *des tiers garant* die Vergütung seiner Leistungen selber bei den Versicherten einfordern muss und er daher tatsächlich ein Inkassorisiko hat (unveröffentlichter Bundesratsentscheid vom 20. Oktober 1999 betreffend die Anpassung des Arzttarifs im Kanton Schaffhausen, Erw. II.4.32.). Im System *des tiers payant* hingegen besteht von vorneherein kein Inkassorisiko, da die Leistungen direkt den Krankenversicherern in Rechnung gestellt werden und diese nicht nur verpflichtet, sondern auch in der Lage sind, die Pflichtleistungen nach Tarif zu vergüten.

Gemäss Praxis sind jedoch im Zusammenhang mit dem Inkasso die Zinsen auf das Umlaufvermögen als Kostenfaktor zu berücksichtigen (RKUV 1997, 343 ff., Erw. II 8.6²). Auch wenn dies vom Departement unterlassen wurde, wird der Bundesrat diesen Aufwandposten zu den Kosten pro Untersuchung hinzurechnen. Den bisherigen Empfehlungen des Preisüberwachers folgend ist dabei von einem mittleren Zinssatz auf Obligationen öffentlicher Emittenten und einer mittleren Zahlungsfrist von 40 Tagen auszugehen. Für das Jahr 1998 betrug dieser mittlere Zinssatz 3,13 %; die Kosten pro Untersuchung sind daher um 0,34 % zu erhöhen.

7.3. Aus den vorgenannten Elementen ergibt sich folgende Rechnung:

anrechenbare Fixkosten pro Untersuchung	Fr. 182.06
Variable Kosten pro Untersuchung	<u>Fr. 143.30</u>
Zwischentotal	Fr. 325.36
Zinsen auf das Umlaufvermögen (0,34 %)	<u>Fr. 1.10</u>
Gesamtkosten pro Untersuchung	Fr. 326.46
Taxpunktwert (326.46/146)	Fr. 2.24

Der Taxpunktwert nach dieser Rechnung ist noch um 7 Rappen tiefer als der vom Preisüberwacher empfohlene und vom Beschwerdeführer beantragte. Es handelte sich, wenn er auch im Ergebnis so festzusetzen wäre, um eine *reformatio in melius*, welche gemäss Artikel 62 Absatz 1 VwVG uneingeschränkt möglich ist. Die dadurch berührte MRS AG ist als Gegenpartei ins Verfahren einbezogen und angehört worden. Die Berechnungen des Preisüberwachers, deren Grundlagen und der Umstand, dass über die Tarifhöhe den Anforderungen des KVG entsprechend zu entscheiden ist, waren ihr bekannt. Ein ausdrücklicher Hinweis auf die Möglichkeit einer *reformatio in melius* musste der Gegenpartei nicht gegeben werden, da sie anders als der Beschwerdeführer nicht über das Rechtsmittel verfügen kann (*Alfred Kölz/Isabelle Häner*, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2. Auflage, Zürich 1998). Der Festsetzung eines Taxpunktwertes von weniger als den vom KKV beantragten 2.31 Franken stünde von daher nichts entgegen.

8. Zuvor sind jedoch noch weitere Einwendungen zu prüfen, welche gegen einen Taxpunktwert in dieser Grössenordnung vorgebracht worden sind:

8.1. Es wird auf die für die anderen MR-Geräte in der Schweiz geltenden Tarife hingewiesen, welche durchwegs höher liegen; die Taxpunktwerte gemäss SLK für MRI-Untersuchungen sind nach einer Umfrage des

² siehe Nr. KV 16 (1997) dieser Sammlung

Schaffhauser Gesundheitsamts zwischen 2.95 und 4.95 Franken angesiedelt. Vorliegend nun einen weit darunter liegenden Taxpunktwert festzusetzen, verstosse gegen die allgemeinen Rechtsgrundsätze der Gleichheit, der Verhältnismässigkeit und von Treu und Glauben.

8.1.1. Der Grundsatz der Rechtsgleichheit ist in Artikel 8 Absatz 1 der Bundesverfassung vom 18. April 1999 (BV; SR 101) verankert und schreibt vor, dass Gleiches nach Massgabe seiner Gleichheit gleich und Ungleiches nach Massgabe seiner Ungleichheit ungleich behandelt wird. Eine Ungleichbehandlung liegt allerdings nur dann vor, wenn dieselbe Behörde gleichartige Fälle unterschiedlich beurteilt (BGE 103 Ia 115, Erw. 4.c.). Soweit die Tarife für andere MR-Geräte von anderen Behörden als dem Bundesrat genehmigt oder festgesetzt worden sind, kann daher auch dann kein Verstoss gegen das Gleichbehandlungsgebot vorliegen, auch wenn jene Tarife nach anderen Gesichtspunkten festgelegt wurden als der vorliegende.

Auch im Vergleich zu den erwähnten Bundesratsentscheiden vom 21. Dezember 1994 und vom 11. Dezember 1995 liegt keine Ungleichbehandlung vor: Vergleichbar sind diese Entscheide mit dem vorliegenden nur bezüglich der Auslastungsfrage, denn in den früheren Verfahren waren keine auf einen bestimmten Leistungserbringer anwendbaren, sondern generelle Tarife zu beurteilen. Zur Bestimmung der Mindestauslastung sind damals die gleichen rechtlichen Gesichtspunkte massgeblich gewesen; dass heute ein höherer Wert als Mindestauslastung angenommen werden muss als noch vor fünf Jahren, ist, wie gezeigt (voranstehend Ziffer II.6.) eine Folge der in der Zwischenzeit veränderten tatsächlichen Verhältnisse und nicht etwa einer Praxisänderung.

8.1.2. Gemäss Artikel 36 Absatz 3 BV müssen Eingriffe in Grundrechte verhältnismässig sein. Da das Kantonsspital Schaffhausen seine Patientinnen und Patienten in hoheitlicher Eigenschaft behandelt, kommt nur die MRS AG als betroffener Grundrechtsträger in Frage.

Angenommen, dass die MRS AG durch die Festsetzung nicht nur in ihren faktischen Interessen, sondern auch in einer Grundrechtsposition betroffen wäre, könnte nicht von Unverhältnismässigkeit die Rede sein. Nur eine strikt am gesetzlichen Gebot der Wirtschaftlichkeit orientierte Tarifgestaltung ist geeignet, den Kostenanstieg im Gesundheitswesen zu dämpfen und damit eines der wichtigsten Ziele des KVG zu verwirklichen. Das öffentliche Interesse daran überwiegt ohne weiteres das private Interesse, eine Dienstleistung, nach welcher keine ausreichende Nachfrage besteht, ohne finanzielle Verluste betreiben zu können.

8.1.3. Inwiefern eine Verletzung des in Artikel 9 BV verankerten Prinzips von Treu und Glauben vorliegen könnte, ist weder von der Vorinstanz noch von der MRS AG erläutert worden. Soweit die andernorts praktizierten höheren Tarife für MRI-Leistungen im Kanton oder bei der MRS AG die Erwartung genährt haben könnten, dass der rechtmässig festzulegende Tarif für die Leistungen des Schaffhauser MRI nicht tiefer zu liegen käme, liegt einfach eine unzutreffende Einschätzung der Rechtslage vor. Der Bundesrat hat jedenfalls weder durch sein Verhalten noch durch Erklärungen zur Annahme Anlass gegeben, dass er sich bei der Überprüfung des Tarifs nicht strikte nach den Anforderungen des KVG richten würde. Und dass die kantonalen Behörden der MRS AG irgendwelche Zusicherungen über die Tarifhöhe gegeben hätten, wird nicht behauptet.

8.2. Auch kann dem Argument nicht gefolgt werden, die MRS AG habe mit Blick auf das Gebot der Billigkeit Anspruch auf einen Tarif, der mit denen anderer Anbieter vergleichbar sei, damit sie die marktüblichen Abschreibungen vornehmen könne. Das Gebot der Billigkeit gemäss Artikel 46 Absatz 4 KVG erfordert nach der Praxis des Bundesrats, dass ein Tarif den Versicherten und den Versicherern wirtschaftlich zugemutet werden kann. Das KVG bezweckt hingegen keineswegs eine Existenzgarantie für Leistungserbringer, deren Leistungen dem Bedarf nicht entsprechen.

8.3. Schliesslich wird noch zu bedenken gegeben, der Tarif sei doch nur für eine Übergangsperiode festzusetzen, bis der TarMed mit vermutlich viel höheren Ansätzen in Kraft trete.

Zur Zeit steht weder fest, ob, noch wann der TarMed in Kraft treten wird. Im Übrigen sind Mutmassungen über die Taxpunktzahlen, welche eine zukünftige gesamtschweizerische Tarifstruktur den MRI-Untersuchungen zuordnen wird, für die vorliegend zu entscheidende Frage unerheblich. Das Inkrafttreten einer solchen Tarifstruktur ändert nämlich nichts daran, dass die Höhe von Tarifen, welche Spitäler für ambulante Behandlungen verrechnen können, aufgrund der jeweils konkreten Kostensituation zu berechnen ist und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit zu entsprechen hat. Dass diesem Tarif möglicherweise bald eine neue Struktur zu Grunde liegen wird, kann deshalb kein Grund sein, sich bei seiner Festsetzung nicht an die Tarifvorschriften des KVG zu halten.

9. Da somit feststeht, dass der nach den Vorschriften des KVG festzusetzende Taxpunktwert 2.24 Franken beträgt und der angefochtene Beschluss aufzuheben ist, muss noch entschieden werden, von welchem Datum an der neue Taxpunktwert anzuwenden ist.

9.1. Der KKV beantragt die Festsetzung des Tarifs per 1. Januar 1999. Das erweist sich jedoch als unmöglich: Eine behördliche Tariffestsetzung kommt erst im vertragslosen Zustand in Frage und gilt nur solange, als die Tarifpartner nicht durch einen genehmigten Vertrag an einen vereinbarten Tarif gebunden sind. Ein vertragsloser Zustand herrscht erst dann, wenn kein anwendbarer Vertrag mehr in Kraft ist.

Die Tarifvereinbarung vom 10. November 1998 sah vor, dass sie mit Wirkung ab dem Ende des Folgemonats dahinfalle, nachdem eine Partei binnen 30 Tagen nach Einleitung der Verhandlungen deren Scheitern festgestellt habe. Dass dies am 28. Januar 1999 geschehen sei, haben der KKV und das Kantonsspital Schaffhausen im gemeinsam mit der MRS AG verfassten Schreiben vom 2. Februar 1999 erklärt. Mit demselben Schreiben beantragten sie die Festsetzung des Tarifs spätestens zum 31. März. Es bestand demnach Konsens darüber, dass solange noch der vereinbarte Tarif gelten solle. Daher kann offen bleiben, ob die Tarifvereinbarung nach dem Wortlaut der Vereinbarung vom 10. November 1998 nicht schon zum 28. Februar 1999 hingefallen wäre, dem Ende des auf den 28. Januar 1999 folgenden Monats.

Nachdem die am 10. November 1998 getroffene Vertragsregelung also zum 31. März 1999 ausser Kraft getreten ist, sind die Verhältnisse seit 1. April 1999 zu regeln.

9.2. Mit Zwischenverfügung vom 3. Juni 1999 entzog das EJPD der Beschwerde die aufschiebende Wirkung. Während der Verfahrensdauer war damit vorläufig der Taxpunktwert von 3.49 Franken anwendbar. Dies stand allerdings unter dem Vorbehalt der rückwirkenden Anwendung des vom Bundesrat im Sachentscheid festgesetzten Taxpunktwerks. Wird nun der Taxpunktwert per 1. April 1999 mit 2.24 Franken festgesetzt, so werden die Krankenversicherer jenen Teil der seither bezahlten Vergütungen für MRI-Leistungen im Kantonsspital Schaffhausen zurückfordern können, welcher die mit diesem Taxpunktwert berechneten Beträge übersteigt.

Die in der Zwischenverfügung getroffene einstweilige Regelung darf dem Beschwerdeführer oder der Gegenpartei, soweit sie letztlich unterliegen, nicht zum Schaden der anderen Seite einen materiell-rechtlichen Vorteil verschaffen (BGE 112 V 74 Erw. 2 und 3; RKUV 1997, 343 ff., Erw. II 13.1³). Da vorliegend keine Gründe ersichtlich sind – besonders auch nicht solche des Vertrauensschutzes – von dieser Regel abzuweichen, steht der Festsetzung des Taxpunktwerks von 2.24 Franken per 1. April 1999 nichts im Wege.

³ siehe Nr. KV 16 (1997) dieser Sammlung

Fixation de tarif et tarif-cadre pour des médecins non adhérents à une convention signée par leur association

KV 180 Décision du Conseil fédéral du 28 juin 2000 dans la cause opposant les sociétés neuchâtelaises de médecine et de pédiatrie au gouvernement du canton de Neuchâtel et à la fédération neuchâteloise des assureurs-maladie

Qualité pour recourir et intérêt à recourir d'une association signataire d'une convention qu'elle approuve et qui agit pour défendre ses membres qui se refusent de se voir appliquer ladite convention (cons. 1.2).

Tarif-cadre et abrogation (Art. 48 LAMal)

Le système des tarifs médicaux comprend une particularité qui lui est propre: le tarif-cadre. En effet, selon l'article 48, 1^{er} et 2^e alinéas LAMal, lors de l'approbation d'une convention tarifaire avec une ou plusieurs associations de médecins, l'autorité d'approbation fixe un tarif-cadre sur la base du tarif conventionnel approuvé, tarif-cadre qui entrera en vigueur à l'expiration de la convention tarifaire et s'appliquera durant une année au moins, laissant ainsi aux parties le temps d'entreprendre de nouvelles négociations. Ce délai d'une année écoulé, l'autorité d'approbation peut intervenir auprès des partenaires tarifaires qui ne seraient pas parvenus à conclure une nouvelle convention, et selon les cas, leur fixer un tarif ou un nouveau tarif-cadre sans tenir compte du tarif conventionnel antérieur. Si elle n'intervient pas, le premier tarif-cadre continue à s'appliquer au-delà d'une année. Par contre, pour les parties ayant conclu une nouvelle convention, le tarif-cadre est abrogé dès l'approbation de la convention, ainsi que le prévoit l'article 48, 4^e alinéa LAMal. Lorsqu'un tarif-cadre, en tant que tarif de réserve, entre en vigueur, son application durera une année. Pendant cette période d'une année, les parties vont pouvoir négocier, sans être dans une situation de vide juridique (cons. 3.1.2).

Non-adhésion à une convention tarifaire (art. 46, 2^e al. LAMal)

Lorsque les parties à la nouvelle convention conclue durant l'année d'application du tarif-cadre sont des fédérations, l'article 46, 2^e alinéa LAMal indique que cette convention ne lie les membres des fédérations que si ceux-ci ont adhéré à la convention. Dès lors, en cas de non-adhésion, les membres qui n'ont pas signé la convention n'y sont pas parties. Le tarif-cadre restera ainsi en vigueur pour ces non-adhérents jusqu'à ce que le délai d'une année soit écoulé, à moins qu'ils ne parviennent à conclure une autre convention durant cette

période ou s'adressent au Conseil d'Etat pour qu'il leur fixe un tarif. L'année d'application du tarif-cadre écoulée, l'autorité d'approbation pourra alors intervenir auprès des non-adhérents, leur indiquant qu'un tarif va leur être fixé, et leur demander de produire les motifs de leur refus d'adhérer, ainsi que leurs propositions de tarif. Selon que ces motifs et propositions sont jugés suffisants ou pas, l'autorité pourra obliger les non-adhérents à appliquer la convention qu'ils avaient refusé de signer ou leur fixer un autre tarif, sur la base de l'article 47, 1^{er} alinéa LAMal. Elle pourra également décider d'édicter un nouveau tarif-cadre sans tenir compte du tarif conventionnel antérieur (art. 48, 2^e al., 2^e phrase LAMal). Toutefois, si l'autorité n'intervient pas et que les non-adhérents ne s'adressent pas à elle, le tarif-cadre restera en vigueur au-delà d'une année (cons. 3.2.2 et 3.4).

Dans le cas concret, le tarif-cadre fixé sur la base d'une ancienne convention résiliée par la SNM et la FNAM pour le 31 décembre 1997, est entré en vigueur au 1^{er} janvier 1998. De par la loi, il s'est trouvé abrogé dès l'approbation de la convention au cours de l'année 1998, pour les parties qui ont conclu cette convention. Toutefois, en vertu de l'article 46, 2^e alinéa LAMal, ne peuvent être considérés comme parties ayant conclu une nouvelle convention que les médecins et assureurs qui ont adhéré à la convention conclue par leur fédération respective. Dès lors, les médecins ayant refusé d'adhérer à la convention n'en sont pas parties, et le tarif-cadre en vigueur au 1^{er} janvier 1998 devait continuer à leur être applicable au moins jusqu'au 31 décembre 1998, afin qu'ils puissent entamer de nouvelles négociations (cons. 4).

En abrogeant de manière générale le tarif-cadre entré en vigueur le 1^{er} janvier 1998 et en désignant le tarif conventionnel comme applicable aux non-adhérents à la convention conclue au courant de l'année 1998, les deux arrêtés qu'a édicté le gouvernement cantonal peu après ont anticipé sur le principe conventionnel qui régit la LAMal de manière incompatible avec cette dernière et en contradiction avec la jurisprudence du Conseil fédéral relative à l'article 46, 2^e alinéa LAMal (cons. 4.2).

Beschwerdelegitimation und Interesse an der Beschwerdeerhebung einer Vereinigung, die einen Vertrag unterzeichnet hat, welchen sie gutheisst, und die für ihre Mitglieder handelt, welche die Anwendung des besagten Vertrags ablehnen (Erw. 1.2).

Rahmentarif und Aufhebung (Art. 48 KVG)

Das System der Medizinaltarife hat eine Besonderheit: den Rahmentarif. Nach Artikel 48 Absatz 1 und 2 KVG setzt die Genehmigungsbehörde bei der Genehmigung eines Tarifvertrages mit einem oder mehreren Ärzteverbänden auf der Grundlage des genehmigten

Tarifs einen Rahmentarif fest, der nach dem Wegfall des Vertrages vorerst während eines Jahres zur Anwendung gelangt und so den Parteien Zeit für neue Vertragsverhandlungen gibt. Wird in dieser Zeit kein neuer Vertrag unterzeichnet, kann die Genehmigungsbehörde bei den Tarifpartnern intervenieren und einen Tarif oder einen neuen Rahmentarif ohne Rücksicht auf den früheren Vertragstarif festsetzen. Greift sie nicht ein, dann behält der alte Rahmentarif auch nach Ablauf eines Jahres seine Gültigkeit. Für Parteien, die einen neuen Tarifvertrag abgeschlossen haben, tritt der alte Rahmentarif hingegen ausser Kraft (Art. 48 Abs. 4 KVG). Wenn ein Rahmentarif als Reservetarif in Kraft tritt, gilt er für ein Jahr. Während dieser Zeit können die Parteien verhandeln, ohne sich in einem rechtsfreien Raum zu befinden (Erw. 3.1.2).

Nicht-Beitritt zu einem Tarifvertrag (Art. 46 Abs. 2 KVG)

Wenn es sich bei den Parteien, welche den neuen Vertrag im Jahr der Geltungsdauer des Rahmenvertrags abgeschlossen haben, um Verbände handelt, sieht Artikel 46 Absatz 2 KVG vor, dass dieser Vertrag für die Verbandsmitglieder nur dann bindend ist, wenn diese ihm beigetreten sind. Somit sind die Mitglieder, welche den Vertrag nicht mit unterzeichnet haben, nicht Vertragspartei. Der Rahmenvertrag gilt daher für die nicht Beigetretenen bis zum Ablauf der Jahresfrist, ausser die Parteien können während dieser Zeit einen neuen Vertrag abschliessen oder sie gelangen an den Regierungsrat mit dem Antrag, einen Tarif festzulegen. Nach Ablauf des Jahres, während dem der Rahmentarif galt, kann die Genehmigungsbehörde bei den nicht Beigetretenen intervenieren, ihnen die Festsetzung eines Tarifs ankündigen und sie um die Gründe für ihre Beitrittsweigerung sowie um ihre Vorschläge für einen Tarif ersuchen. Je nachdem, ob die Behörde diese Begründungen und Vorschläge als zureichend oder nicht erachtet, kann sie die nicht Beigetretenen verpflichten, den nicht unterzeichneten Vertrag gleichwohl anzuwenden, oder sie kann einen andern Tarif gestützt auf Artikel 47 Absatz 1 KVG festlegen. Sie kann auch beschliessen, einen neuen Rahmentarif zu erlassen, ohne Berücksichtigung des früheren Vertragstarifs (Art. 48 Abs. 2 Satz 2 KVG). Interveniert die Behörde hingegen nicht und gelangen die nicht Beigetretenen nicht an sie, dann bleibt der Rahmentarif auch nach Ablauf eines Jahres in Kraft (Erw. 3.2.2 und 3.4).

Im vorliegenden Fall trat nach der Kündigung des früheren Vertrages durch die SNM und die FNAM auf den 31. Dezember 1997 am 1. Januar 1998 der darauf abgestützte Rahmentarif in Kraft. Dieser wiederum verlor mit der Genehmigung des Vertrages im Jahre 1998 seine Gültigkeit für die Vertragsparteien. Nach Artikel 46 Absatz 2 KVG gelten nur solche Ärzte sowie Ärztinnen und Krankenversicherer als Vertragsparteien, die einem Vertrag beigetreten sind, welcher von

ihren jeweiligen Verbänden abgeschlossen wurde. Demnach war der Vertrag für jene Ärzte und Ärztinnen nicht verbindlich, die sich geweigert hatten, ihm beizutreten. Für sie blieb der Rahmentarif, der am 1. Januar 1998 in Kraft getreten war, mindestens bis zum 31. Dezember 1998 anwendbar, damit sie neue Verhandlungen aufnehmen konnten (Erw. 4).

Die beiden Beschlüsse der Kantonsregierung, mit welchen der seit dem 1. Januar 1998 geltende Rahmentarif generell aufgehoben und der Vertragstarif für die Parteien, die dem im Jahre 1998 abgeschlossenen Vertrag nicht beigetreten waren, anwendbar erklärt wurde, sind daher mit dem Vertragsprinzip, das dem KVG zu Grunde liegt, nicht vereinbar und stehen im Widerspruch zur bundesrätlichen Rechtsprechung zu Artikel 46 Absatz 2 KVG (Erw. 4.2).

Qualità per ricorrere ed interesse a ricorrere per un'associazione che approva una convenzione che ha firmato e che agisce per difendere i propri membri che rifiutano di sottostare all'applicazione di detta convenzione (cons. 1.2).

Tariffa limite e abrogazione (art. 48 LAMal).

Il sistema delle tariffe mediche presenta una particolarità: la tariffa limite. Di fatto, giusta l'articolo 48 capoversi 1 e 2 LAMal, all'approvazione di una convenzione tariffale con una o più associazioni di medici, l'autorità che approva stabilisce una tariffa limite in base alla tariffa convenzionale approvata. Questa tariffa limite entrerà in vigore alla scadenza della convenzione tariffale e si applicherà durante almeno un anno, lasciando così alle parti il tempo di avviare nuove trattative. Scaduto questo termine di un anno, l'autorità che approva può intervenire presso le parti che non fossero giunte alla conclusione di una nuova convenzione e, secondo i casi, stabilire una tariffa o una nuova tariffa limite senza tenere conto della tariffa convenzionale anteriore. Se l'autorità non interviene, la prima tariffa limite viene applicata anche dopo il termine di un anno. Per le parti che hanno stipulato una nuova convenzione, invece, la tariffa limite decade con l'approvazione della convenzione conformemente all'articolo 48 capoverso 4 LAMal. Se una tariffa limite entra in vigore quale tariffa di riserva, verrà applicata per un anno. Durante questo periodo le parti potranno negoziare senza trovarsi in una situazione non regolamentata (cons. 3.1.2).

Non adesione ad una convenzione tariffale (art. 46 cpv. 2 LAMal)

Se le parti alla nuova convenzione stipulata nell'anno in cui viene applicata la tariffa limite sono delle federazioni, l'articolo 46 capoverso 2 LAMal prevede che questa convenzione vincola solo i membri delle federazioni che vi hanno aderito. Pertanto, i membri che non vi hanno aderito non sono considerati parti contraenti. Per questi ulti-

mi la tariffa limite rimarrà quindi in vigore fino alla scadenza del termine di un anno, a meno che essi stipolino un'altra convenzione durante questo periodo o si rivolgano al Consiglio di Stato affinché quest'ultimo stabilisca una tariffa. Trascorso l'anno, l'autorità che approva potrà intervenire presso i membri che non hanno aderito alla convenzione indicando loro che sarà stabilita una tariffa e chiedendo di addurre i motivi del loro rifiuto di aderire e di avanzare proposte di tariffa. A seconda che i motivi e le proposte siano considerati sufficienti o meno, l'autorità potrà obbligarli ad applicare la convenzione che avevano rifiutato di firmare o stabilire un'altra tariffa ai sensi dell'articolo 47 capoverso 1 LAMal. Potrà anche decidere di fissare una nuova tariffa limite senza tenere conto della tariffa convenzionale anteriore (art. 48 cpv. 2 2^a frase LAMal). Tuttavia, se l'autorità non interviene e i membri che non hanno aderito alla convenzione non si rivolgono ad essa, la tariffa limite rimarrà in vigore anche dopo il termine di un anno (cons. 3.2.2 e 3.4).

Nella fattispecie, la tariffa limite stabilita sulla base di una precedente convenzione disdetta dalla SNM e della FNAM per il 31 dicembre 1997 è entrata in vigore al 1° gennaio 1998. In virtù della legge, per le parti che hanno stipulato questa convenzione la tariffa limite è stata abrogata con l'approvazione della convenzione nel corso del 1998. Tuttavia, giusta l'articolo 46 capoverso 2 LAMal, possono essere considerati come parti aventi stipulato una nuova convenzione soltanto i medici e gli assicuratori che hanno aderito alla convenzione stipulata dalla rispettiva federazione. Pertanto, i medici che hanno rifiutato di aderire alla convenzione non sono parti contraenti e la tariffa limite in vigore al 1° gennaio 1998 doveva continuare ad essere applicata almeno fino al 31 dicembre 1998 per permettere loro di avviare nuove trattative (cons. 4).

Abrogando in generale la tariffa limite entrata in vigore il 1° gennaio 1998 e designando la tariffa convenzionale come applicabile ai membri che non hanno aderito alla convenzione conclusa nel corso del 1998, i due decreti emanati poco tempo dopo dal governo cantonale hanno prevalso sul principio convenzionale, su cui poggia la LAMal, in modo incompatibile con quest'ultima e in contraddizione con la giurisprudenza del Consiglio federale concernente l'articolo 46 capoverso 2 LAMal (cons. 4.2).

I.

Condensé – *Übersicht*

Le 28 juillet 1998, la FNAM et la SNM ont signé un accord tarifaire, auquel ont refusé d'adhérer tous les membres de la SNP, ainsi qu'un rhumatologue et un hématologue-oncologue. Suite à l'approbation de cet accord, le Con-

seil d'Etat, en date du 21 octobre 1998, a promulgué deux arrêtés, le premier édictant le tarif-cadre pour la nouvelle convention et abrogeant l'ancien tarif-cadre, fixé sur la base de l'ancienne convention du 2 mars 1982 (art. 4 de l'arrêté), le second prévoyant que le tarif conventionnel du 28 juillet 1998 tient lieu de tarif médical pour les médecins non adhérents à la convention du 28 juillet 1998.

Le 23 novembre 1998, la SNM, la SNP, ainsi que 25 médecins, soit 23 pédiatres, un rhumatologue et un hématologue-oncologue, ont interjeté recours au Conseil fédéral contre les arrêtés précités.

Am 28. Juli 1998 haben der Verband Neuenburger Krankenversicherer (VNK) und die ÄGN einen Tarifvertrag unterzeichnet, dem die Mitglieder des PGN, ein Rheumatologe sowie ein Hämatologe-Onkologe nicht beigetreten sind. Nach dessen Genehmigung durch den Regierungsrat hat dieser am 21. Oktober 1998 zwei Beschlüsse gefasst. Vorerst erliess er einen Rahmentarif für die genehmigte Vereinbarung und hob gleichzeitig den alten Rahmentarif des Vertrages vom 2. März 1982 auf (Art. 4 des Beschlusses). Der zweite Beschluss sieht vor, dass der Vertragstarif vom 28. Juli 1998 auch für alle Ärzte gilt, die dieser Vereinbarung nicht beigetreten sind.

Dagegen erhoben die ÄGN, die PGN und 25 Ärzte beim Bundesrat Beschwerde.

II.

Extraits des considérants :

1. Questions d'entrée en matière

...

1.2 Selon l'article 48, lettre a PA, a qualité pour recourir quiconque est touché par la décision et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée.

Tel est clairement le cas des 23 pédiatres recourant individuellement, dans la mesure où l'un des arrêtés attaqués abroge le tarif-cadre du 28 janvier 1998, qu'ils souhaitent se voir appliquer, l'autre leur étant directement destiné, puisqu'il s'adresse aux non-signataires de la convention du 28 juillet 1998 et leur impose comme tarif cette même convention, à laquelle ils ont refusé d'adhérer. Il en va de même des deux médecins, rhumatologue et hématologue-oncologue. Certes, ces deux praticiens sont bénéficiaires de la nouvelle position introduite par la convention du 28 juillet 1998, mais cela

ne leur interdit pas de refuser d'y adhérer et de souhaiter appliquer le tarif-cadre du 28 janvier 1998, et donc de s'opposer aux deux arrêtés du Conseil d'Etat abrogeant ledit tarif-cadre et leur imposant la convention qu'ils ont rejetée. Ils sont par conséquent touchés par les arrêtés attaqués et ont un intérêt digne de protection à ce qu'ils soient annulés ou modifiés.

S'agissant de la SNM et de la SNP, de jurisprudence constante, une association est légitimée à recourir si elle a la personnalité juridique (art. 60 du Code civil suisse du 10 décembre 1907; RS 210), si ses membres, pris individuellement, ont eux-mêmes qualité pour recourir, si la majorité ou un nombre important de ses membres est touché par la décision et si l'association a comme but statutaire la protection de ses membres (JAAC 59.74, 59.18, 58.49, 56.10 et 55.32, 48.46, 48.45, 45.64, 44.22, 43.36, 42.96, 41.28; *P. Moor*, Droit administratif, vol. II, Berne, 1991, p. 412). En l'espèce, la SNM et la SNP sont des associations qui ont la personnalité juridique et qui ont notamment pour but de sauvegarder les intérêts professionnels de leurs membres. Tous les membres de la SNP, qui sont d'ailleurs parmi les 25 recourants individuels, étant touchés par les arrêtés querellés et ayant en principe la qualité pour agir, il y a lieu d'admettre que la SNP est habilitée à recourir. Il en va de même pour la SNM, dans la mesure où 25 de ses membres, parmi lesquels tous les pédiatres affiliés à la SNP, dont les statuts exigent une affiliation également à la SNM, sont directement touchés par les décisions attaquées, et ont la qualité pour agir. Toutefois, la question se pose de savoir si la SNM a un véritable intérêt à recourir en l'espèce et si un tel recours de sa part n'est pas contraire à la bonne foi, dans la mesure où elle est signataire d'une convention qu'elle approuve et, dans le même temps, agit pour défendre ceux de ses membres qui refusent de se voir appliquer cette convention. Cependant, il s'avère que la SNM a toujours défendu ses membres, dans leur entier pendant les négociations menant à la convention du 28 juillet 1998, puis, dès leur refus d'adhérer à ladite convention, les pédiatres et les deux médecins, rhumatologue et hématologue-oncologue, en s'apprêtant à continuer les négociations en leur nom et en s'opposant d'ores et déjà, par lettre du 18 septembre 1998, au projet de fixation de tarif et de tarif-cadre présenté par le Conseil d'Etat en date du 26 août 1998. Il y a lieu de relever également que c'est la SNM, par l'intermédiaire de sa Commission des tarifs, qui a proposé la réunion d'une commission paritaire SNM/FNAM pour poursuivre les négociations au nom des pédiatres, ce à quoi les assureurs ne se sont pas opposés; au contraire, il apparaît dans le procès-verbal de la séance du 3 novembre 1998, réunissant la FNAM et la SNM, que les revendications des pédiatres sont présentées par la SNM, sur demande de la FNAM. Dans la mesure où la SNM a toujours représenté les

non-adhérents à la convention du 28 juillet 1998 face au Conseil d'Etat et aux assureurs, il n'est pas contraire à la bonne foi qu'elle agisse maintenant contre les arrêtés du gouvernement neuchâtelois, aux côtés de la SNP et des 25 médecins recourants individuellement.

...

2. Griefs invoqués par les recourants

D'une part, les recourants font grief au Conseil d'Etat d'avoir, dans son arrêté du 21 octobre 1998 fixant le tarif-cadre pour la nouvelle convention du 28 juillet 1998, abrogé le tarif-cadre du 28 janvier 1998 également pour les médecins non adhérents à la nouvelle convention, et ce en violation des articles 48, 2^e et 4^e alinéas et 46, 2^e alinéa LAMal.

D'autre part, s'agissant du second arrêté du Conseil d'Etat du 21 octobre 1998, ils lui reprochent d'avoir fixé à tort, en application de l'article 47, 1^{er} alinéa LAMal, un tarif pour les médecins non signataires de la convention du 28 juillet 1998, qui plus est, un tarif qui se trouve être la convention à laquelle ces médecins ont refusé d'adhérer; outre qu'ils affirment qu'il ne peut être fait application de l'article 47 LAMal en ce qui concerne les tarifs applicables aux médecins, les recourants invoquent une violation de l'esprit de la loi, mais également de son texte clair, notamment des articles 48, 2^e alinéa et 46, 2^e alinéa LAMal.

Partant, les recourants demandent l'annulation ou la modification de l'article 4 de l'arrêté du 21 octobre 1998 fixant le tarif-cadre prévu à l'article 48 LAMal, et l'annulation de l'arrêté fixant le tarif pour les médecins non signataires de la convention du 28 juillet 1998.

Dès lors qu'il apparaît que les recourants contestent les fondements juridiques sur lesquels le Conseil d'Etat s'est fondé pour édicter les arrêtés attaqués, et non pas les tarifs et tarifs-cadre en eux-mêmes, il s'agit de déterminer si le Conseil d'Etat a, à bon droit et dans le respect de la loi, abrogé le tarif-cadre du 28 janvier 1998 pour les non-signataires de la nouvelle convention du 28 juillet 1998, et fixé un tarif pour lesdits non-signataires, sur la base de l'article 47 LAMal.

3. Législation applicable

3.1 Le tarif-cadre (art. 48 LAMal)

En vertu de l'article 48 LAMal, les associations de médecins, et leurs partenaires assureurs, bénéficient, dans le régime sans convention, d'un instrument particulier qui leur est propre: le tarif-cadre.

3.1.1 Genèse

Le système des tarifs médicaux tel que nous le connaissons aujourd'hui a été introduit par la loi fédérale du 13 mars 1964, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1965, qui modifiait l'ancienne loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance-maladie (LAMA; RS 832.10) (art. 22 modifié et art. 22^{bis} nouveau LAMA notamment).

Auparavant, les tarifs médicaux étaient fixés par les gouvernements cantonaux sous forme de tarifs-cadre et indiquaient, pour chaque intervention du médecin, le minimum et le maximum de la taxe. Ces tarifs cantonaux constituaient le cadre dans lequel devaient être compris les tarifs prévus par convention. En l'absence de convention, le tarif-cadre cantonal formait le cadre dans lequel le médecin devait calculer ses honoraires. Ce tarif-cadre était donc à la base du système des tarifs.

Par la suite, ainsi que le rapporte le «Message complémentaire du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale à l'appui du projet de loi modifiant la loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents, du 16 novembre 1962» (ci-après Message complémentaire; FF 1962 II 1252), lors des discussions qui ont conduit à la modification de l'article 22 LAMA et à l'introduction de l'article 22^{bis} LAMA notamment, les parties ont été dès l'abord d'accord pour estimer que les relations entre caisses et médecins devaient en principe être réglées par convention, le régime sans convention avec tarif-cadre étant l'exception. Les dispositions légales sur le régime sans convention ne devaient pas régler cette situation de façon complète, mais bien inciter à la conclusion de conventions. C'est ainsi que ce ne sont plus les tarifs-cadre cantonaux mais bien les tarifs conventionnels qui ont constitué la base du système des tarifs. A également été introduit lors de ces discussions, le système prévoyant que les taxes maximales des tarifs-cadre cantonaux ayant effet en l'absence de convention sont égales aux taxes conventionnelles augmentées d'un certain montant, et que les taxes minimales du tarif-cadre cantonal sont fixées de manière analogue, c'est-à-dire qu'elles sont inférieures au tarif conventionnel. La disposition prévoyant que les tarifs conventionnels doivent être soumis au gouvernement cantonal pour approbation, de sorte que celui-ci soit en mesure de s'opposer à tout accord non conforme à l'équité et, en particulier, de sauvegarder les intérêts des assurés, a été conservée, à l'article 22, 3^e alinéa LAMA.

Ainsi donc, sous l'empire de la LAMA, lorsqu'une convention était approuvée, le gouvernement cantonal fixait, en vue du régime sans convention, un tarif-cadre dont les taxes minimales sont inférieures et les taxes maximales supérieures aux taxes du tarif conventionnel. Par conséquent, le

tarif conventionnel en vigueur constituait la base du tarif-cadre s'appliquant lors d'un éventuel régime sans convention. En outre, le Message complémentaire ajoute que «s'il existe dans un canton plusieurs conventions entre caisses et médecins, il y aura, selon ce système, un nombre égal de tarifs-cadre fixés en vue du régime sans convention» (FF 1962 II 1252, p. 1264). Il a encore été prévu que la réglementation relative au tarif-cadre devait avoir effet au moins pendant une année à compter de l'expiration du tarif conventionnel. Ensuite, les gouvernements cantonaux devaient avoir la possibilité d'établir, sur préavis des parties, un nouveau tarif-cadre indépendant du tarif conventionnel antérieur si ce dernier ne pouvait plus être déterminant en raison de modifications importantes des circonstances.

Enfin, l'article 22^{bis}, 3^e alinéa LAMA traitait des cas dans lesquels le mode de fixation du tarif-cadre cantonal prévu aux alinéas précédents ne pouvait s'appliquer: lorsqu'une caisse n'avait jamais conclu une convention avec des médecins – soit qu'elle venait d'être reconnue et ne pouvait passer convention, soit qu'elle ne voulait pas adhérer à une convention existante – ou lorsqu'une caisse reconnue qui pratiquait l'assurance d'une indemnité journalière introduisait l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques mais ne pouvait parvenir à conclure une convention, le gouvernement cantonal était contraint de fixer un tarif-cadre sans référence à un tarif conventionnel.

3.1.2 Droit actuel

Le système établi dans la LAMA a été largement repris dans la nouvelle loi, comme l'indique le Message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie, du 6 novembre 1991 (FF 1992 I 77): «Pour les conventions tarifaires avec des associations de médecins, nous avons repris le tarif-cadre tel qu'il existe dans le droit actuel (art. 22^{bis} LAMA). [...] La réglementation y relative figure à l'article 48 LAMal.» La possibilité d'échelonner les tarifs-cadre d'après les revenus et la fortune des assurés a par contre été supprimée.

Le droit actuel introduit par ailleurs la notion d'association de médecins qui n'apparaissait pas dans les articles 22 et 22^{bis} LAMA. Si l'on se réfère aux termes de la loi (art. 48, 1^{er} et 3^e al. LAMal), le cercle des fournisseurs de prestations pour lequel la fixation d'un tarif-cadre est envisagée se limite en effet aux seules associations de médecins. Ni le Message du Conseil fédéral ni les travaux préparatoires ne contiennent de plus amples explications sur ce point. En pareil cas, il y a lieu de s'en tenir au texte de la loi et d'admettre par conséquent que le législateur a sciemment limité l'obligation (art. 48, 1^{er} al. LAMal), respectivement la possibilité (art. 48, 3^e al. LAMal), de fixer

un tarif-cadre qu'en relation avec une ou plusieurs associations de médecins, les écartant par contre pour les hypothèses de la conclusion de convention par un médecin individuellement ou par un groupe de médecins non constitués en association. Le fait est qu'en pareil cas, la lacune tarifaire s'avère d'une importance moindre à justifier le travail et les frais que représente la fixation d'un tarif-cadre. Le fait est aussi que tout médecin, même non membre d'une association, qui adhère à la convention conclue par cette dernière, comme l'article 46, 2^e alinéa LAMal lui en donne la possibilité, bénéficiera du tarif-cadre édicté sur la base de cette convention, tarif-cadre qui lui sera applicable en cas de résiliation de la convention.

En effet, c'est au moment de la fixation du tarif-cadre que le critère d'association de médecins joue un rôle, dans la mesure où seule une convention conclue par une association de médecins se verra fixer un tarif-cadre, et non au moment de l'application de ce tarif-cadre; ainsi, tous ceux qui ont adhéré à cette convention, même non-membres de l'association, bénéficieront plus tard du tarif-cadre.

Le tarif-cadre en tant que tarif de réserve (art. 48, 1^{er} et 2^e al. LAMal)

De même que sous l'empire de la LAMA, le tarif-cadre fonctionne en règle générale comme tarif de réserve, fixé par l'autorité d'approbation lorsque cette dernière approuve une convention tarifaire conclue entre une ou plusieurs associations de médecins et les assureurs. Il se caractérise par le fait qu'il contient des taxes maximales et minimales qui sont supérieures ou inférieures à celles du tarif conventionnel approuvé (art. 48, 1^{er} al. LAMal). Le tarif-cadre est donc, dans ce cas de figure, directement lié à la convention approuvée. Il entre en vigueur dès l'expiration de la convention tarifaire sur laquelle il se fonde, et constitue ainsi une première position de repli pour les partenaires tarifaires dans le régime sans convention (art. 48, 2^e al., 1^{ère} phrase LAMal). Il s'applique durant un an au moins après l'expiration de la convention, afin de laisser aux partenaires tarifaires le temps de négocier une nouvelle convention. Cette année écoulée, l'autorité d'approbation peut prendre l'initiative de fixer un nouveau tarif-cadre sans tenir compte du tarif conventionnel antérieur (art. 48, 2^e al., 2^e phrase LAMal). Selon le Message du Conseil fédéral, elle peut alors exercer une influence propre à atténuer la hausse des coûts, et presser ainsi les parties à conclure assez rapidement une nouvelle convention (FF 1992 I 77, p. 165; A. Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Bâle, 1996, p. 87). Cependant, la loi n'en fait pas une obligation et le même tarif-cadre peut dès lors rester en vigueur au-delà d'une année.

Le tarif-cadre en tant que tarif initial (art. 48, 3^e al. LAMal)

L'autorité d'approbation peut également fixer un tarif-cadre en tant que tarif initial et non en tant que tarif de réserve ou de repli. Cette possibilité existe à deux conditions: il faut d'une part qu'aucune convention tarifaire ne puisse être conclue d'emblée avec une association de médecins – par exemple, lorsqu'une nouvelle association de médecins, réunissant des spécialistes, a été formée ou lorsque des membres d'une association n'adhèrent pas à la convention tarifaire de leur association et fonde leur propre association –, et d'autre part que les parties requièrent la fixation d'un tel tarif-cadre (art. 48, 3^e al. LAMal). Le Message du Conseil fédéral (FF 1992 I 77, p. 165) en précise le caractère exceptionnel et rappelle que si l'autorité d'approbation fixe un tarif-cadre dans des limites plutôt modestes, elle peut inciter les partenaires tarifaires à mettre sur pied une tarification autonome (*A. Maurer*, op. cit., p. 87).

Comme déjà exposé ci-avant, l'ancien droit prévoyait également un tel tarif-cadre. A la différence du nouveau droit, il contraignait l'autorité cantonale à le fixer si les conditions énumérées à l'article 22^{bis}, 3^e alinéa LAMA étaient remplies.

3.2 Convention tarifaire: règles générales et cas particulier des associations de médecins (art. 46 et 48 LAMal)

3.2.1 Abrogation du tarif-cadre (art. 48, 4^e al. et 46 LAMal)

La loi prévoit, à l'article 48, 4^e alinéa LAMal, l'abrogation du tarif-cadre pour les parties qui ont conclu une nouvelle convention tarifaire, dès l'approbation de celle-ci.

En d'autres termes, le tarif-cadre, que ce soit un tarif de réserve ou un tarif initial, en vigueur au moment de la conclusion d'une nouvelle convention, ne lie plus les parties qui ont conclu ladite convention, dès que celle-ci est approuvée, indépendamment de la question de savoir s'il s'agit d'une convention collective ou de conventions passées entre un ou plusieurs partenaires tarifaires (FF 1992 I 77, p. 165).

Si l'article 48 LAMal règle le cas particulier des conventions avec des associations de médecins, il n'en exclut pas pour autant les règles générales concernant la convention tarifaire, posées à l'article 46 LAMal, et qui s'appliquent à tous les partenaires tarifaires lorsqu'ils concluent des conventions, y compris aux associations de médecins. Le Message du Conseil fédéral le confirme: «Les règles générales énoncées à l'article 46 LAMal en ce qui concerne la convention tarifaire s'appliquent à toutes les conventions

tarifaires selon la présente loi. Le cas échéant, il conviendra en outre de tenir compte des dispositions particulières pour les conventions tarifaires avec des associations de médecins (art. 48 LAMal), hôpitaux (art. 49 LAMal) et établissements médico-sociaux (art. 50)» (FF 1992 I 77, p. 162).

Or, au sens de l'article 46, 1^{er} alinéa LAMal, sont parties à une convention tarifaire «un ou plusieurs fournisseurs de prestations, ou fédérations de fournisseurs de prestations, d'une part, et un ou plusieurs assureurs ou fédérations d'assureurs, d'autre part». En outre, ainsi que le prévoit l'article 46, 2^e alinéa, 1^{ère} phrase LAMal, «si la partie à une convention est une fédération, la convention ne lie les membres de ladite fédération que s'ils ont adhéré à la convention».

Aux termes de l'article 46, 2^e alinéa LAMal, lors donc de la conclusion d'une convention entre une association de médecins et une fédération d'assureurs, leurs membres, médecins ou assureurs, qui n'adhèrent pas à cette convention n'y sont pas liés. Dès lors qu'ils n'y sont pas liés, ils ne peuvent être considérés comme des parties qui ont conclu une convention.

Ne peuvent donc être considérés comme «parties qui ont conclu une nouvelle convention» au sens de l'article 48, 4^e alinéa LAMal, que les médecins ou assureurs qui ont adhéré à la convention conclue par leur fédération respective.

En conséquence, le tarif-cadre, de réserve ou initial, en vigueur au moment de la conclusion d'une nouvelle convention entre une association de médecins et une fédération d'assureurs – notons que l'autorité d'approbation devra fixer un nouveau tarif-cadre pour ce nouvel accord (*A. Maurer*, op. cit., p. 87) –, et qui est abrogé pour les parties qui ont conclu cette nouvelle convention, ne le sera pas pour les membres de ces fédérations qui n'ont pas adhéré à la nouvelle convention. Il leur restera applicable, jusqu'à ce qu'ils aient conclu une autre convention tarifaire. S'agissant du tarif-cadre «de réserve», si les membres non adhérents ne parviennent pas à un accord d'ici la fin du délai minimal d'une année pendant lequel ce tarif-cadre s'applique, l'autorité d'approbation pourra alors intervenir (voir cons. 3.1.2). Sans une intervention de l'autorité, le même tarif-cadre continuera de s'appliquer à tous les non-adhérents auxquels il s'appliquait auparavant.

De même, dans l'hypothèse où un médecin individuellement, ou un groupe de médecins, appliquant le tarif-cadre en vigueur suite à la résiliation de la convention qu'avait conclue son association et à laquelle il avait adhéré, parvient à un accord avec un ou des assureurs indépendamment de l'association – notons que l'autorité d'approbation ne fixera pas de nouveau

tarif-cadre pour cet accord (voir cons. 3.1.2) –, le tarif-cadre sera abrogé pour lui, mais continuera à s'appliquer pour tous les autres médecins, tant que ceux-ci n'auront pas conclu de convention. Toutefois, s'agissant du tarif-cadre «de réserve», après une année, délai d'application de ce tarif-cadre, l'autorité d'approbation pourra intervenir auprès des éventuelles associations de médecins ou médecins qui seraient toujours sans convention. Sans une intervention de l'autorité d'approbation, le même tarif-cadre continuera à s'appliquer aux partenaires tarifaires en situation de régime sans convention, auxquels il s'appliquait auparavant.

Il faut donc comprendre par «parties à une convention» uniquement les partenaires tarifaires qui ont conclu une nouvelle convention ou adhéré à une nouvelle convention, lorsqu'elle est conclue par leur fédération et/ou association. Le tarif-cadre sera abrogé pour eux seuls.

3.2.2 Non-adhésion à une convention tarifaire (art. 46, 2° al. LAMal)

Outre qu'il définit la notion de «partie à une convention», l'article 46 LAMal fonde un droit pour les membres d'une fédération de ne pas adhérer à la convention conclue par leur fédération (2° al.).

En effet, ainsi que l'expose le Conseil fédéral dans une décision du 1^{er} juillet 1998 (RAMA 5/1998, p. 410 ss, spéc. p. 415-416¹), on a voulu que les conventions conclues par les fédérations ne règlent pas de manière obligatoire et automatique les rapports tarifaires entre les membres de la fédération, mais qu'au contraire elles ne lient les membres d'une fédération que si ceux-ci ont déclaré vouloir adhérer à la convention concernée. A contrario, les membres qui n'ont pas signé la convention n'y sont pas liés. Cette situation peut poser un réel problème puisque, dans ce cas, ces membres et leurs assurés se retrouvent, faute de convention applicable, dans un régime sans convention qu'il faut à tout prix combler. La question se pose alors de savoir si des membres non adhérents peuvent renoncer à une convention en sachant que, par cette situation, ils créent un vide juridique, et si oui, dans quelle mesure.

Le Conseil fédéral a donc déterminé, dans sa jurisprudence relative à l'article 46, 2° alinéa LAMal (RAMA 5/1998, p. 410 ss²), certaines règles et exigences en cas de non-adhésion à une convention tarifaire.

Dès lors que, dans le système de la LAMal, la fixation autonome des tarifs par les partenaires tarifaires au moyen de conventions constitue la règle générale pour la tarification des prestations, la jurisprudence du Conseil

¹ voir n° KV 42 de ce recueil

² voir n° KV 42 de ce recueil

fédéral prévoit que, lorsqu'ils actionnent l'article 46, 2^e alinéa LAMal, les membres non adhérents doivent se donner les moyens de respecter le mécanisme général de la loi basé sur la liberté contractuelle et tout mettre en œuvre pour conclure un accord tarifaire avant de reconnaître l'échec des négociations et de s'adresser au gouvernement cantonal (RAMA 5/1998, p. 416³).

Toutefois, la tâche peut être difficile pour les membres non adhérents du moment que dans certains cas, ceux-ci devront négocier avec les mêmes partenaires sociaux que leur fédération, mais obtenir un tarif différent de celui conclu. Dès lors, il paraît nécessaire et conforme à la loi qu'en cas d'échec des négociations, les partenaires puissent s'adresser à leur gouvernement cantonal pour qu'il fixe un tarif conformément à l'article 47, 1^{er} alinéa LAMal. Dans ce cas cependant, les membres non adhérents devront non seulement motiver leur demande en arguant des éléments qui les poussent à ne pas adhérer à la convention signée par leur fédération, mais devront également proposer des solutions constructives pour l'élaboration d'un nouveau tarif.

Ce serait en effet contredire le système de la loi basé sur le principe de la liberté contractuelle que de s'opposer à une convention conclue par différents partenaires sociaux, sans apporter les raisons qui les forcent à s'en écarter et surtout sans participer par des propositions concrètes à la fixation d'un tarif contribuant à la maîtrise des coûts. Cette solution se justifie également du fait qu'elle permet une application de l'article 46, 2^e alinéa LAMal tout en évitant qu'il soit utilisé abusivement.

Ainsi, dans la mesure où les membres non adhérents ne respectent pas ces exigences, ils doivent en supporter les conséquences et se voir appliquer, vu la primauté du principe de la liberté contractuelle, le tarif fixé dans la convention conclue par leur fédération (RAMA 5/1998, p. 416–417⁴).

Comme exposé ci-devant, la règle de l'article 46, 2^e alinéa LAMal et la jurisprudence qui en découle s'appliquent à tous les partenaires tarifaires, y compris aux associations de médecins et à leurs membres.

Il s'avère dès lors que les membres d'une association de médecins ou d'une fédération d'assureurs ont le droit de refuser d'adhérer à la convention conclue entre l'association et la fédération. Les membres non adhérents tenteront, dans un premier temps, de nouvelles négociations. Puis, si ces négociations ont échoué, ils pourront alors s'adresser au gouvernement cantonal pour la fixation d'un tarif, en faisant valoir les motifs de leur refus d'adhérer et en proposant des solutions constructives pour la fixation du tarif.

³ voir n° KV 42 de ce recueil

⁴ voir n° KV 42 de ce recueil

Cependant, ainsi que l'a précisé le Message du Conseil fédéral (FF 1992 I 77, p. 162), il y a lieu, outre les règles générales énoncées à l'article 46, 2^e alinéa LAMal, de tenir compte, pour certaines conventions tarifaires, de dispositions particulières, soit, s'agissant de conventions tarifaires avec des associations de médecins, de l'article 48 LAMal. En effet, lorsqu'un tarif-cadre entre en vigueur à l'expiration d'une convention ou en tant que tarif initial, il n'est abrogé, au moment de l'approbation d'une nouvelle convention conclue entre une association de médecins et une fédération d'assureurs, que pour les parties qui ont signé ladite convention. Il demeure applicable, par contre, pour les membres, médecins ou assureurs, qui n'ont pas adhéré à la convention et qui n'en sont donc pas parties. Le refus d'adhérer ne crée par conséquent aucun vide juridique.

Cela étant, les exigences posées par la jurisprudence du Conseil fédéral relative à la mise en œuvre de l'article 46, 2^e alinéa LAMal valent également pour les associations de médecins, quand bien même il n'existe aucun vide juridique.

3.3 Régime sans convention: règle générale et cas particulier du tarif-cadre (art. 47 et 48 LAMal)

L'examen de l'article 48 LAMal ne saurait cependant être complet sans une analyse de l'article 47 LAMal. Tous deux intervenant en cas de régime sans convention, il y a lieu d'examiner leur champ d'application respectif et la manière dont ils s'articulent l'un par rapport à l'autre.

Selon la jurisprudence du Conseil fédéral (RAMA 2/1997, p. 122 ss⁵), le fait que l'article 48 LAMal soit considéré comme une *lex specialis*, applicable exclusivement lorsque des associations de médecins sont concernées, ne signifie pas pour autant que l'application de l'article 47 LAMal soit écartée, s'agissant de tarifs médicaux. Dans son Message (FF 1992 I 77, p. 163), le Conseil fédéral déclare d'ailleurs que la règle générale de l'article 47 LAMal dans les cas de régime sans convention «s'applique, dans son principe, à tous les partenaires tarifaires. Des règles particulières sont uniquement applicables lorsqu'il s'agit de rapports tarifaires avec des associations de médecins ou, dans ce contexte, d'un éventuel régime sans convention». De plus, l'article 48 LAMal ne prévoit en aucun cas l'obligation de fixer un tarif-cadre chaque fois qu'une convention tarifaire ne peut être conclue avec une association de médecins.

Ainsi, les articles 47 et 48 LAMal, notamment les 1^{er} et 3^e alinéas de l'article 47 LAMal et les 2^e et 3^e alinéas de l'article 48 LAMal, ne s'excluent pas,

⁵ voir n° KV 5 de ce recueil

mais se complètent au contraire, de sorte que, selon les cas de figure et en respectant les conditions et exigences posées par la loi, l'autorité compétente pourra, en situation de régime sans convention, fixer un tarif, prolonger une convention tarifaire, arrêter un nouveau tarif-cadre ou un tarif-cadre en tant que tarif initial.

3.4 En résumé

Lorsqu'un tarif-cadre, en tant que tarif de réserve, entre en vigueur, son application durera une année. Pendant cette période d'une année, les parties vont pouvoir négocier, sans être dans une situation de vide juridique.

Si durant l'année d'application du tarif-cadre, des partenaires tarifaires, médecins individuellement ou groupe de médecins et assureurs, concluent une nouvelle convention, ce tarif-cadre sera abrogé en vertu de l'article 48, 4^e alinéa LAMal, pour les parties qui ont conclu la convention. Pour ceux qui ne sont pas parvenus à un accord, le tarif-cadre restera en vigueur. La période d'une année écoulée, l'autorité pourra fixer, pour les partenaires tarifaires n'ayant pas conclu d'accord, un tarif selon l'article 47, 1^{er} alinéa LAMal, ou un nouveau tarif-cadre sans tenir compte du tarif conventionnel antérieur, sur la base de l'article 48, 2^e alinéa, 2^e phrase LAMal. Si l'autorité n'intervient pas, le tarif-cadre continuera à s'appliquer au-delà d'une année.

Lorsque les parties à la nouvelle convention conclue durant l'année d'application du tarif-cadre sont des fédérations, l'article 46, 2^e alinéa LAMal indique que cette convention ne lie les membres des fédérations que si ceux-ci ont adhéré à la convention. Dès lors, en cas de non-adhésion, les membres qui n'ont pas signé la convention n'y sont pas parties. Le tarif-cadre restera ainsi en vigueur pour ces non-adhérents jusqu'à ce que le délai d'une année soit écoulé, à moins qu'ils ne parviennent à conclure une autre convention durant cette période ou s'adressent au Conseil d'Etat pour qu'il leur fixe un tarif. L'année d'application du tarif-cadre écoulée, l'autorité d'approbation pourra alors intervenir auprès des non-adhérents, leur indiquant qu'un tarif va leur être fixé, et leur demander de produire les motifs de leur refus d'adhérer, ainsi que leurs propositions de tarif. Selon que ces motifs et propositions sont jugés suffisants ou pas, l'autorité pourra obliger les non-adhérents à appliquer la convention qu'ils avaient refusé de signer ou leur fixer un autre tarif, sur la base de l'article 47, 1^{er} alinéa LAMal. Elle pourra également décider d'édicter un nouveau tarif-cadre sans tenir compte du tarif conventionnel antérieur (art. 48, 2^e al., 2^e phrase LAMal). Toutefois, si l'autorité n'intervient pas et que les non-adhérents ne s'adressent pas à elle, le tarif-cadre restera en vigueur au-delà d'une année.

3.5 Coexistence de tarifs-cadre

Selon l'OFAS, la situation prédécrite conduirait à la coexistence de plusieurs tarifs-cadre dans la mesure où tout médecin ou groupe de médecins qui décideraient de ne pas adhérer à une convention pourrait se voir appliquer un tarif-cadre particulier. Ce ne serait pas dans cet esprit et à cette fin que le législateur aurait prévu l'article 48 LAMal. La fixation d'un tarif-cadre aurait pour but de satisfaire, en cas de régime sans convention, au principe de la protection tarifaire pour les assurés (art. 44 LAMal) et de garantir les traitements pour les assurés (art. 45 LAMal).

Ainsi que déjà exposé au considérant 3.1.2 ci-devant, la loi ne prévoit la fixation de tarifs-cadre qu'en relation avec une ou des associations de médecins. Ce faisant, elle n'exclut pas le cas où plusieurs tarifs-cadre seraient édictés dans un même canton. Comme le confirme le Message du Conseil fédéral, si elle se réfère à la notion d'association de médecins, elle n'en exclut pas le pluriel (FF 1992 I 77, p. 164). Sous l'empire de la LAMA, la coexistence de plusieurs tarifs-cadre était par ailleurs non seulement admise mais prévue dans la loi, ainsi que le confirme le Message complémentaire selon lequel: «S'il existe dans un canton plusieurs conventions entre caisses et médecins, il y aura, selon ce système, un nombre égal de tarifs-cadre fixés en vue du régime sans convention» (FF 1962 II 1252, p. 1264).

Cette situation semble d'ailleurs inévitable, ne serait-ce qu'en raison des principes contenus dans la loi, permettant l'existence de plusieurs conventions. Ainsi par exemple, dans le cas où, dans un même canton, une association de médecins spécialistes concluait une convention autre que celle conclue par l'association «principale» regroupant tous les types de médecins, l'autorité d'approbation aurait alors à édicter deux tarifs-cadre différents, pour l'une et l'autre convention, puisque la loi exige d'une part qu'un tarif-cadre soit fixé chaque fois qu'une convention avec une association de médecins est approuvée, et d'autre part qu'il le soit sur la base de la convention approuvée. Un tarif-cadre est donc intimement lié à une convention.

En outre, rien ne permettrait de refuser le statut même d'association, et ce qui en découle, à des médecins spécialisés dans un domaine d'activité et regroupés précisément en association, ou de justifier une différence de traitement entre une association de spécialistes et l'association «principale». D'ailleurs, ni la loi, ni le Message ne précisent qu'il ne peut s'agir, concernant la fixation du tarif-cadre, que de l'association «cantonale» regroupant tous les types de médecins.

Dès lors, en cas de résiliation simultanée de la convention conclue par une association de médecins spécialistes et de celle conclue par l'association

«principale», les deux tarifs-cadre entrèrent en vigueur et s'appliquèrent dans le même temps, mais à des médecins différents, tout comme les conventions dénoncées, avant leur résiliation.

Il convient de préciser qu'un médecin ne pourra jamais choisir un tarif-cadre. La crainte exprimée en particulier par l'autorité intimée et par la partie adverse qu'en cas de subsistance d'un ancien tarif-cadre, un ou des médecins pourraient dénoncer la nouvelle convention pour revenir à l'ancien tarif-cadre n'est pas avérée. En effet, conformément à l'article 48, 2^e alinéa LAMal, c'est bien le tarif-cadre basé sur la nouvelle convention qui s'appliquerait, l'expiration de la convention s'entendant aussi de sa dénonciation par un ou plusieurs médecins.

D'ailleurs, cette situation, où un ancien et un nouveau tarifs-cadre seraient en vigueur simultanément, l'ancien pour les non-adhérents à la nouvelle convention, le nouveau pour les signataires de la nouvelle convention qu'ils ont maintenant résiliée, est fort peu probable, compte tenu des délais de résiliation des conventions et du fait que l'autorité d'approbation peut intervenir et fixer, par exemple, un tarif, après une année d'application du tarif-cadre «de réserve».

Ainsi donc, seul le cas de figure où différentes associations de médecins concluaient différentes conventions dans un même canton pourrait créer une situation de coexistence de plusieurs tarifs-cadre, ou éventuellement si l'autorité d'approbation fixait un tarif-cadre «initial» pour une association nouvellement créée, alors qu'une autre association applique le tarif-cadre entré en vigueur à l'expiration de la convention qu'elle avait conclue. Mais, tout comme l'application simultanée de diverses conventions tarifaires, la coexistence de plusieurs tarifs-cadre dans un même canton ne va pas à l'encontre du principe de la protection tarifaire des assurés, ni de l'esprit et du but de l'article 48 LAMal.

4. Cas d'espèce

Reste à examiner si, à la lumière de ce qui précède, l'autorité intimée pouvait, tel qu'elle l'a fait, abroger l'arrêté du 28 janvier 1998 et appliquer aux médecins non signataires de la convention du 28 juillet 1998 entre la SNM et la FNAM le tarif faisant l'objet de dite convention. Cet examen dépend en premier lieu de la nature de l'arrêté du 28 janvier 1998 et, en second lieu, des conséquences qu'il convient de tirer du refus d'adhérer exprimé par les pédiatres, rhumatologue et oncologue au cas d'espèce.

4.1 Le Conseil fédéral constate qu'aucun tarif-cadre n'ayant été fixé lors de l'approbation de la convention du 2 mars 1982, les partenaires tarifaires,

ayant résilié dite convention au 31 décembre 1997, se trouvaient en situation de vide juridique au 1^{er} janvier 1998. Fondé sur l'ancienne convention du 6 janvier 1971, le tarif-cadre du 19 mars 1972 était en effet inapplicable.

Le Conseil fédéral constate également que, bien que formellement fondé sur l'article 48, 3^e alinéa LAMal, le tarif-cadre du 28 janvier 1998 fixait des taxes maximales et minimales de plus ou moins 2 % de la valeur du point du tarif médical conventionnel en vigueur au 31 décembre 1997, soit la convention du 2 mars 1982. Tout laisse à penser que le gouvernement cantonal, ayant omis de fixer un tarif-cadre au moment de l'approbation de cette convention, a voulu réparer cette omission en édictant un tarif-cadre de rattrapage qui, matériellement, constitue néanmoins un tarif de repli ou de réserve au sens du 1^{er} alinéa de l'article 48 LAMal. Dès lors, ce tarif-cadre se trouvait soumis à la règle de l'article 48, 2^e alinéa LAMal et était susceptible de par la loi de rester en vigueur une année, soit jusqu'au 31 décembre 1998, avant que l'autorité cantonale ne puisse intervenir, ce afin de laisser aux parties la possibilité de négocier un tarif conventionnel.

4.2 Il résulte des considérants exposés sous chiffre 3 ci-devant, ainsi que de ceux qui précèdent, que si l'approbation, le 26 août 1998, de la convention du 28 juillet 1998 emportait abrogation du tarif-cadre du 28 janvier 1998 pour les signataires de dite convention, ce tarif-cadre restait par contre applicable aux non-adhérents à dite convention, lesquels pouvaient mettre l'année de validité dudit tarif-cadre à profit pour entreprendre des négociations avec leurs partenaires tarifaires.

Notons que, bien que l'article 53, 1^{er} alinéa LAMal en relation avec l'article 46, 4^e alinéa LAMal (et art. 73, 1^{er} al., let. c PA) prévoit que les décisions des gouvernements cantonaux approuvant des conventions tarifaires peuvent faire l'objet de recours au Conseil fédéral, il ne peut être reproché aux médecins non adhérents de ne pas avoir recouru contre l'approbation de la convention du 28 juillet 1998. En effet, dans la mesure où ils n'en sont pas parties, ils n'étaient pas touchés par la décision l'approuvant, et n'étaient donc pas légitimés à recourir contre cette approbation, au sens de l'article 48 PA (décision du Conseil fédéral du 19 avril 2000 dans la cause opposant des médecins homéopathes au canton de Soleure en matière d'approbation d'une convention tarifaire concernant la médecine complémentaire).

Il n'appert pas au cas d'espèce que les pédiatres, rhumatologue et oncologue non adhérents à la convention aient requis du Conseil d'Etat la fixation d'un tarif différent de la convention. Les courriers dans lesquels apparaissent les motifs de leur refus d'adhérer sont par ailleurs adressés à la SNM

et non pas au gouvernement cantonal, et ne peuvent donc être interprétés comme requête en fixation d'un tarif. On ne saurait pas non plus inférer de la lettre du 18 septembre 1998 de la SNM des propositions en vue de soumettre les non-adhérents au tarif conventionnel. Ce courrier manifeste plutôt l'intention de la SNM de poursuivre les négociations au nom des pédiatres et d'en attendre l'issue. Force est dès lors de constater qu'en abrogeant de manière générale le tarif-cadre du 28 janvier 1998 et en désignant le tarif conventionnel comme applicable aux non-adhérents à la convention du 28 juillet 1998, les deux arrêtés du 21 octobre 1998 ont anticipé sur le principe conventionnel qui régit la LAMal de manière incompatible avec cette dernière et en contradiction avec la jurisprudence du Conseil fédéral relative à l'article 46, 2^e alinéa LAMal. Si le cas d'espèce présentait certes des particularités qui pouvaient faire craindre un vide juridique à l'autorité intimée, il n'en reste pas moins que la loi, dans sa teneur actuelle, ne peut être comprise dans un autre sens que celui exposé ci-avant. Les particularités précitées ne sauraient ainsi être interprétées au désavantage des recourants qui doivent pouvoir être replacés dans la situation prévue par la loi de tenter de nouvelles négociations avec les assureurs-maladie, le tarif-cadre du 28 janvier 1998 leur restant applicable jusqu'à l'approbation d'une nouvelle convention ou, à défaut, la fixation d'un tarif pour le gouvernement cantonal.

5. Au vu de ce qui précède, il y a par conséquent lieu d'admettre les recours et d'annuler l'arrêté du 21 octobre 1998 fixant le tarif pour les médecins non signataires de la convention tarifaire conclue le 28 juillet 1998 entre la SNM et la FNAM. Partant, il y a lieu de modifier l'article 4 de l'arrêté du 21 octobre 1998 fixant le tarif-cadre prévu à l'article 48 LAMal, en ce sens que le tarif-cadre fixé par arrêté du 28 janvier 1998 est abrogé pour les médecins et assureurs-maladie ayant adhéré à la convention conclue le 28 juillet 1998 par la SNM et la FNAM. Un délai échéant à fin novembre 2000 est imparti aux recourants pour tenter de nouvelles négociations. En cas d'échec de celles-ci, il leur appartiendra d'indiquer au gouvernement cantonal les motifs qui les conduisent à refuser la convention du 28 juillet 1998 et de lui adresser des propositions concrètes concernant la fixation d'un nouveau tarif. Conformément à l'article 14 LSPr, le gouvernement cantonal consultera le Surveillant des prix avant d'approuver ou de fixer ledit tarif (*A. Maurer*, op. cit., p. 87).

Fixation d'un tarif pour la division commune

**KV 181 Décision du Conseil fédéral du 28 juin 2000
dans la cause opposant la clinique X
au Conseil d'Etat du canton de Vaud**

Modèle de liste hospitalière ne différenciant pas les divisions non subventionnées, qu'elles soient communes, demi-privées et privées (dite liste intégrale). Un établissement hospitalier porté sur une telle liste, même s'il ne dispose pas effectivement de division commune en tant qu'espace physique, fournit en tous les cas les prestations en lien avec le séjour des assurés en division commune et il a l'obligation d'accepter des assurés au bénéfice d'une assurance de base uniquement (confirmation de la jurisprudence publiée dans RAMA 1999 KV n° 83 p. 351 cons. 3.1). L'établissement en question se trouve ainsi admis sur la liste dans la même mesure qu'un établissement dont la division commune serait expressément mentionnée (cons. 2.2.1).

Dans le cas concret, l'absence de distinction entre les différents types de divisions ne conduit toutefois pas à conclure à l'existence d'une liste hospitalière de type intégrale au sens strict. En effet, l'établissement en question, dont seuls les lits en division privée et demi-privée ont été pris en compte dans la planification hospitalière à l'exclusion des lits en division commune, doit être considérée comme admise sur dite liste en tant que fournisseur de prestations pour le séjour des assurés en division privée et demi-privée uniquement (cons. 2.2.2).

L'interprétation de la liste hospitalière en question conduit à répondre négativement à la question de savoir si l'établissement doit être admis sur la liste pour sa division commune, si bien qu'il ne saurait exiger la fixation d'un tarif propre à sa division commune pour ce motif (cons. 2.2.3).

Un séjour hospitalier en division privée ou semi-privée génère des frais liés aux prestations de soins qu'il faudrait de toute façon dispenser dans le cadre d'un traitement en division commune, et qui forment à ce titre la contribution de base («Sockelbeitrag») due par l'assureur-maladie. Cette contribution relève du principe de la protection tarifaire (cons. 3.1).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, la contribution de base se détermine concrètement au cas par cas, par renvoi à des tarifs de référence applicables à des hôpitaux comparables admis pour leur division commune (RAMA 1998 KV n° 20 p. 27 cons. 6 dd). Le Conseil fédéral entend suivre cette même conception, qui ne laisse aucune place pour la fixation générale et abstraite des tarifs de

référence, ni pour la fixation d'un tarif propre à une division commune fictive de l'établissement considéré (cons. 3.2.3–3.2.5).

On ne saurait d'emblée exclure que l'établissement comparable soit également un autre établissement privé admis pour sa division commune sur la liste hospitalière du canton. On ne saurait en effet écarter la possibilité qu'une prestation ne puisse pas être dispensée par un établissement public sis dans le canton, mais seulement par un établissement privé admis pour sa division commune, voire par un établissement extracantonal dont les tarifs pourraient servir de référence (cons. 3.2.5).

Modell einer Liste, die unter den nicht subventionierten Abteilungen keine Unterscheidung trifft, unabhängig davon, ob es sich um allgemeine, halbprivate oder private Abteilungen handelt. Ein Spitalbetrieb auf einer solchen Liste erbringt in allen Fällen die Leistungen im Zusammenhang mit dem Aufenthalt der Versicherten in der allgemeinen Abteilung, und er ist verpflichtet, Versicherte, die lediglich die Grundversicherung abgeschlossen haben, aufzunehmen, auch wenn er physisch keine allgemeine Abteilung aufweist (Bestätigung der Rechtsprechung aus RKUV 1999 KV Nr. 83 S. 351 Erw. 3.1). Der fragliche Betrieb wird damit gleichermassen in die Liste aufgenommen wie ein Betrieb, dessen allgemeine Abteilung ausdrücklich aufgeführt ist (Erw. 2.2.1).

Im vorliegenden Fall führt die fehlende Unterscheidung zwischen den verschiedenen Abteilungstypen allerdings nicht dazu, dass eine integrale Spitalliste im eigentlichen Sinn vorliegt. Tatsächlich muss der fragliche Spitalbetrieb, bei dem nur die Betten in der privaten und halbprivaten Abteilung, ohne Berücksichtigung der Betten in der allgemeinen Abteilung, in die Spitalplanung aufgenommen wurden, als auf der Liste zugelassen betrachtet werden, wobei er nur als Leistungserbringer für den Aufenthalt der Versicherten in der halbprivaten und privaten Abteilung gelten kann (Erw. 2.2.2).

Die Beurteilung der vorliegenden Spitalliste führt zu einer negativen Antwort auf die Frage, ob der Spitalbetrieb bezüglich seiner allgemeinen Abteilung in die Liste aufzunehmen sei. Aus diesem Grund kann er nicht verlangen, dass ein eigener Tarif für seine allgemeine Abteilung festzulegen ist (Erw. 2.2.3).

Ein Spitalaufenthalt in der privaten oder halbprivaten Abteilung verursacht Kosten, welche auch beim Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung anfallen würden; diese bilden den von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmenden Sockelbeitrag. Dieser Beitrag ist begründet durch das Prinzip des Tarifschutzes (Erw. 3.1).

Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes bemisst sich der Sockelbeitrag konkret von Fall zu Fall, durch Verweis auf anerkannte Referenztarife vergleichbarer Spitäler für ihre allgemeine Abteilung (RKUV 1998 KV Nr. 20 S. 27 Erw. 6 dd). Der Bundesrat folgt dieser Konzeption, die weder eine generell-abstrakte Festlegung der Referenztarife noch die Festlegung eines Tarifs für eine fiktive allgemeine Abteilung des fraglichen Spitalbetriebs zulässt (Erw. 3.2.3 – 3.2.5).

Es kann nicht von vornherein ausgeschlossen werden, dass der vergleichbare Betrieb ebenfalls ein Privatbetrieb ist, der bezüglich seiner allgemeinen Abteilung auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt wird. Daher besteht die Möglichkeit, dass eine Leistung nicht von einem im Kanton gelegenen Spital erbracht werden kann, sondern nur von einem privaten Spitalbetrieb, der bezüglich seiner allgemeinen Abteilung zugelassen ist, oder von einem ausserkantonalen Betrieb, dessen Tarife als Referenztarife dienen können (Erw. 3.2.5).

Modello di elenco ospedaliero che non fa distinzioni tra i reparti non sussidiati, siano essi comuni, semiprivati o privati (detto elenco integrale). Anche se non dispone effettivamente di un reparto comune quale spazio fisico, uno stabilimento ospedaliero menzionato in detto elenco fornisce in ogni caso le prestazioni in relazione alla degenza degli assicurati in reparto comune ed è tenuto ad accettare gli assicurati che hanno stipulato soltanto un'assicurazione di base (conferma della giurisprudenza pubblicata in RAMI 1999 KV N. 83 p. 351 cons. 3.1). Lo stabilimento in questione è così ammesso nell'elenco allo stesso modo di uno stabilimento il cui reparto comune fosse indicato esplicitamente (cons. 2.2.1).

Nella fattispecie, dalla mancanza di distinzione tra i vari tipi di reparto non si può però desumere l'esistenza di un elenco degli ospedali integrale in senso stretto. Di fatto, lo stabilimento in questione, di cui soltanto i letti in reparto privato e semiprivato, esclusi quelli del reparto comune, sono stati presi in considerazione nella pianificazione ospedaliera, deve essere considerato come ammesso in detto elenco quale fornitore di prestazioni per la degenza degli assicurati soltanto nei reparti privato e semiprivato (cons. 2.2.2).

L'interpretazione dell'elenco ospedaliero in questione porta a rispondere negativamente alla domanda se lo stabilimento debba essere ammesso nell'elenco per il suo reparto comune, cosicché per questo motivo esso non può esigere la fissazione di una tariffa specifica al suo reparto comune (cons. 2.2.3).

Una degenza ospedaliera nei reparti privato o semiprivato cagiona costi legati alle prestazioni di cure che bisognerebbe in ogni modo di-

spensare nell'ambito di una cura nel reparto comune e che costituiscono il contributo di base («Sockelbeitrag») dovuto dall'assicuratore-malattie. Questo contributo sottostà al principio della protezione tariffale (cons. 3.1).

Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale delle assicurazioni, il contributo di base è determinato concretamente caso per caso rinviando a tariffe di riferimento applicabili ad ospedali paragonabili ammessi per il loro reparto comune (RAMI 1998 KV N. 20 p. 27 cons. 6 dd). Il Consiglio federale intende adottare questo procedimento, che non permette di fissare in generale e in modo astratto le tariffe di riferimento né di stabilire una tariffa specifica ad un reparto comune fittizio dello stabilimento preso in considerazione (cons. 3.2.3–3.2.5).

Non si può escludere di primo acchito che lo stabilimento paragonabile sia anche un altro stabilimento privato ammesso nell'elenco cantonale degli ospedali per il suo reparto comune. Non si può infatti scartare la possibilità che una prestazione non possa essere fornita da uno stabilimento pubblico situato nel Cantone, ma solo da uno stabilimento privato ammesso per il suo reparto comune oppure da uno stabilimento situato al di fuori del Cantone e le cui tariffe potrebbero fungere da riferimento (cons. 3.2.5).

I.

Condensé – *Übersicht*

La clinique privée non subventionnée X., qui figure sur la liste hospitalière vaudoise, s'est adressée à la Fédération vaudoise des assureurs-maladie (FVAM) afin de négocier un tarif hospitalier couvrant la totalité de ses frais d'exploitation imputables en division commune. Face au refus des assureurs, la clinique a requis du Conseil d'Etat vaudois qu'il fixe un tarif conformément à l'article 47, 1^{er} alinéa LAMal.

Par décision du 3 février 1999, le Conseil d'Etat, partant de l'idée que la recourante ne figure pas sur la liste hospitalière pour sa division commune, a refusé d'accéder à la requête de la clinique. En outre, il a déclaré que les assureurs-maladie doivent verser, au titre de l'assurance obligatoire des soins, pour chaque journée d'hospitalisation en division privée, un montant équivalent à ce qu'ils auraient dû verser en application de la Convention vaudoise d'hospitalisation (CVHo, destinée à la tarification des séjours dans les hôpitaux publics) pour une journée en chambre commune d'un établissement comparable.

Die nicht subventionierte Privatklinik X. ist auf der Spitalliste des Kantons Waadt. Sie hat sich deshalb an den Verband Waadtländer Krankenversicherer (VWK) gewandt, um mit ihm einen Spitaltarif für die allgemeine Abteilung auszuhandeln. Der VWK lehnte das ab, so dass die Klinik den Staatsrat um Festsetzung des Tarifs nach Art. 47 Abs. 1 KVG ersuchte.

Mit Beschluss vom 3. Februar 1999 lehnte die Vorinstanz das Gesuch ab, weil die Klinik mit ihrer allgemeinen Abteilung nicht auf der Spitalliste sei, und erklärte gleichzeitig, die Versicherer hätten pro Pflegetag in der Privatabteilung aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung jenen Betrag zu bezahlen, den sie für den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung in einer vergleichbaren öffentlichen oder öffentlich subventionierten Institution im Kanton zu leisten hätten.

II.

Extraits des considérants:

1. Aux termes de l'article 53, 1^{er} alinéa LAMal, en liaison avec les articles 129, 1^{er} alinéa, lettres a et b OJ et 73, 1^{er} alinéa, lettre c PA, les décisions des gouvernements cantonaux au sens des articles 39, 45, 46, 4^e alinéa, 47, 48, 1^{er} et 3^e alinéas, 51, 54 et 55 LAMal, pour autant qu'elles tombent sous la notion de décision définie à l'article 5 PA, peuvent faire l'objet d'un recours au Conseil fédéral. Tel est le cas des décisions prises en matière de tarifs pour autant qu'elles concernent la fixation ou l'approbation d'un tarif dans son ensemble ou lorsque le recours est dirigé contre certaines clauses tarifaires en tant que telles (ATF 116 V 133). Les décisions rendues en application d'un tarif dans un cas concret sont par contre susceptibles de faire l'objet d'un recours de droit administratif.

En premier lieu, il s'agit de déterminer dans quelle mesure le courrier de l'autorité intimée du 3 février 1999 constitue une décision au sens de l'article 5 PA. Force est de constater que le Conseil d'Etat, en refusant de fixer un tarif propre à la division commune de la recourante, a rejeté une demande tendant à créer des droits ou obligations dans un cas d'espèce (art. 5, 1^{er} al. let. c PA). Il y a donc lieu d'admettre que, d'une part, la requête de la recourante a effectivement fait l'objet d'une décision formelle négative sur ce point et que, d'autre part, le litige porte bien sur la fixation d'un tarif dans son ensemble, plus exactement sur le refus d'édicter un tel tarif, et non pas sur l'application de celui-ci dans un cas particulier. Cette circonstance ne saurait fonder une autre voie de droit et doit donc être assimilée à l'établissement d'un tarif. La voie du recours administratif au Conseil fédéral est donc formellement ouverte.

En revanche, lorsque l'autorité intimée communique, dans le même courrier, la solution qu'elle juge applicable à toutes les hospitalisations en divisions privées, on ne saurait conclure à l'existence d'une décision de fixation d'un tarif. Le renvoi général à la CVHo, qui comprend plusieurs tarifs différenciés en fonction des catégories d'établissements et de prestations, ne permet en effet pas de déterminer le tarif exact à utiliser dans un cas d'espèce, étant entendu qu'il faut encore procéder à une étape supplémentaire pour aboutir à un résultat concret chiffré, en fonction de l'établissement, respectivement des prestations qui entrent en jeu (ATF 103 Ib 315). Que le choix effectif entre les différents tarifs soit pratiquement limité, en l'espèce, à deux forfaits journaliers distincts (établissements universitaires en soins généraux et autres établissements hospitaliers en soins généraux) de prime abord équivalents (fr. 377.– pour 1998) n'y change rien: soumis au système de l'enveloppe budgétaire nette, ils sont en réalité susceptibles de différer au terme de la correction de l'enveloppe, si bien que le choix du tarif applicable à un établissement comparable à la recourante garde tout son sens. Ce faisant, le Conseil d'Etat s'est bien plutôt prononcé sur la méthode théorique de détermination du tarif, sans fixer un tarif au sens de l'article 47, 1^{er} alinéa LAMal. De plus, le fait de procéder à une telle interprétation de la LAMal revient à trancher une question de nature purement juridique, ce qui ne remplit pas les critères de la décision formatrice, voire de la décision de constatation selon l'article 5, 1^{er} alinéa lettres a et b PA, en ce sens que la solution préconisée par l'autorité intimée ne constitue pas une mesure prise dans un cas concret et ne tend pas directement à la création, respectivement à la constatation de droits et d'obligations (voir JAAC 57.19).

L'absence de décision de fixation d'un tarif au sens de l'article 47, 1^{er} alinéa LAMal et, partant, d'objet formel susceptible de recours, devrait en principe conduire le Conseil fédéral à ne pas entrer en matière sur ce point. Toutefois, considérant à l'instar de l'autorité intimée qu'une éventuelle décision de refus de fixer un tarif nécessite, en toute logique, des éclaircissements quant à la méthode de fixation du tarif, l'autorité de céans juge opportun de se prononcer sur cette question connexe, afin de lever toute incertitude sur cette problématique dans son ensemble.

2. La compétence conférée au gouvernement cantonal par l'article 47, 1^{er} alinéa LAMal de fixer des tarifs en cas de régime sans convention est limitée aux tarifs de l'assurance obligatoire des soins au sens de l'article premier, 1^{er} alinéa LAMal. Ces tarifs règlent la rémunération à verser aux fournisseurs de prestations admis au sens de l'article 35, 1^{er} alinéa LAMal à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Conformément à l'article 49, 1^{er} alinéa en liaison avec l'article 39, 1^{er} alinéa LAMal, seuls les

hôpitaux au sens de cette dernière disposition sont légitimés à facturer à charge de l'assurance obligatoire les coûts occasionnés par le traitement et le séjour des assurés. Il faut donc, outre les conditions d'infrastructure et de prestations de service définies aux lettres a à c de l'article 39, 1^{er} alinéa LAMal, que l'hôpital figure, selon la lettre e, sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats. L'inscription sur la liste implique que la condition fixée à la lettre d relative à la couverture des besoins et à la coordination est satisfaite.

L'admission d'un établissement hospitalier sur la liste relève de la compétence des autorités cantonales et, en cas de litige, est tranchée par le Conseil fédéral aux termes de l'article 53 LAMal (RAMA 3/1999 220, cons. 2.2.2). L'institution qui entend contester les modalités de son admission sur la liste hospitalière, voire le refus de l'y porter, doit recourir dans le cadre de l'établissement ou de la révision de la liste. Par conséquent, le Conseil fédéral n'examine pas sous un angle critique la position de l'institution sur la liste hospitalière lorsque le litige porte sur une question tarifaire; il ne fait qu'interpréter la liste afin de déterminer la portée effective de l'admission de l'institution.

2.1 Assimilable à un registre public, la liste sert à la sécurité du droit. Tous les intéressés – fournisseurs, assurés et assureurs – doivent pouvoir se réclamer en tout temps de son caractère obligatoire. Elle déploie donc des effets de publicité tant négatifs que positifs: chaque institution qui, à un moment donné, figure sur la liste hospitalière d'un canton, doit, à ce moment, être considérée comme admise au sens de l'article 39, 1^{er} alinéa LAMal. A contrario, l'institution qui ne figure pas sur la liste n'est pas légitimée à facturer à charge de l'assurance obligatoire des soins les coûts engendrés par le séjour des assurés.

2.2 En l'occurrence, la liste hospitalière vaudoise, promulguée par l'arrêté du Conseil d'Etat du 10 décembre 1997, énumère les hôpitaux admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (art. 1^{er}). Elle distingue les hôpitaux publics, les hôpitaux subventionnés, les cliniques privées qui ne bénéficient d'aucune aide financière publique et les hôpitaux hors canton (art. 3).

2.2.1 Aux termes de l'article 6, 2^{ème} alinéa de l'arrêté, la Clinique X. figure sur la liste hospitalière dans la catégorie des « cliniques privées ayant des divisions non subventionnées communes, semi-privées et privées/soins aigus » (colonne de droite, subdivision soins aigus). Cette disposition n'opérant aucune distinction entre les différents types de divisions non subventionnées, qu'elles soient communes, semi-privées ou privées, on est en

droit de s'interroger sur la nature de la liste hospitalière vaudoise et, par tant, sur la portée de l'admission de la Clinique X. En effet, à teneur de la formulation de cette seule disposition, on pourrait, à première vue, conclure que la recourante est admise sur la liste indifféremment pour les trois types de divisions mentionnées, ce que souligne l'utilisation de la conjonction de coordination «et». Or, selon la jurisprudence du Conseil fédéral, une liste hospitalière qui ne distingue pas entre les lits des divisions communes d'une part, et les lits des divisions semi-privées ou privées d'autre part, constitue une liste intégrale. Cela signifie qu'un établissement hospitalier porté sur une telle liste, même s'il ne dispose pas effectivement de division commune en tant qu'espace physique, fournit en tous les cas les prestations en lien avec le séjour des assurés en division commune, et qu'il a l'obligation d'accepter des assurés au bénéfice d'une assurance de base uniquement (RAMA 4/1999 351 cons. 3.1–3.3¹). L'établissement en question se trouve ainsi admis sur la liste dans la même mesure qu'un établissement dont la division commune serait expressément mentionnée.

2.2.2 Le Conseil fédéral est toutefois d'avis que l'absence de distinction entre les différents types de divisions, issue de la formulation de l'article 6, 2^{ème} alinéa de l'arrêté, ne conduit pas à l'établissement d'une liste hospitalière de type intégral au sens strict. La colonne de droite de cette disposition vise bien plutôt à distinguer, en réalité, quels sont les hôpitaux admis à fournir des prestations de soins aigus, et quels sont ceux retenus pour la couverture des prestations de réadaptation et de soins palliatifs.

Il y a lieu en effet d'analyser la systématique de l'arrêté du Conseil d'Etat, résultant de la mise en liaison des articles 6 et 8 de l'arrêté. L'article 8, qui établit le nombre global de lits hospitaliers des établissements pris en compte dans l'analyse des besoins pour 1998, précise les données de l'article 6, dans la mesure où il prévoit également le nombre global de lits admis sur la liste pour chaque type de divisions ou d'hôpitaux. Il est ainsi indiqué, pour les soins aigus et pour chaque établissement pris en compte, si ledit établissement dispose d'une division commune ou d'une division privée ou de l'une et de l'autre, et s'agissant de la division commune, si celle-ci est subventionnée ou non subventionnée.

Il appert ainsi, à la lecture de l'article 8 de l'arrêté, que la Clinique X., dont seuls les lits en division privée et semi-privée ont été pris en compte dans la planification hospitalière à l'exclusion des lits en division commune, doit être considérée comme admise sur dite liste en tant que fournisseur de prestations pour le séjour des assurés en division semi-privée et privée uni-

¹ voir n° KV 83 (1999) de ce recueil

quement. L'interprétation a contrario de la remarque qui figure à la note 2 de cette disposition, selon laquelle «seule La Providence a une division commune non subventionnée de soins aigus», va dans le même sens.

2.2.3 Le Conseil fédéral ne peut dès lors se ranger à l'avis de la recourante, lorsqu'elle affirme que le type de séjour qui correspond au standard de base à la Clinique X. (chambre à deux lits), devrait être qualifié de division commune. Cette allégation n'est compatible ni avec la LAMal (art. 1^{er}, 1^{er} al.; art. 25, 1^{er} et 2^{ème} al. let. e; art. 39, 1^{er} al. let. d), ni avec l'interprétation de la liste hospitalière vaudoise. Il ne peut pas non plus se ranger entièrement à l'avis de l'OFAS, selon lequel la présente cause serait identique avec celle objet de la décision du Conseil fédéral du 23 juin 1999 (RAMA 4/1999 345 ss.²). En effet, cette jurisprudence qui, à défaut de convention, rend impérative la fixation d'un tarif propre à l'établissement privé figurant pour sa division commune sur la liste hospitalière cantonale, ne saurait s'appliquer telle quelle au cas d'espèce en raison de la portée limitée de l'admission de la recourante sur la liste hospitalière vaudoise.

3. Savoir s'il appartenait néanmoins au Conseil d'Etat de fixer, conformément aux articles 47, 1^{er} alinéa et 49 LAMal, un tarif tenant compte des coûts d'exploitation réels de la recourante pour les prestations dispensées au titre de l'assurance obligatoire des soins dépend au préalable des conséquences qui, du point de vue tarifaire, s'attachent à l'admission d'un établissement sur la liste hospitalière uniquement pour ses divisions semi-privée et privée.

3.1 Le séjour d'un assuré en division privée ou semi-privée génère deux catégories de frais hospitaliers. La première se rapporte aux frais engendrés par les prestations obligatoires nécessaires au traitement de l'affection qui, si elles n'étaient pas octroyées lors d'un séjour en division privée ou semi-privée, seraient de toute façon dispensées dans le cadre d'un traitement en division commune et facturées à l'assureur-maladie. Cette contribution dite de base (« Sockelbeitrag ») relève du principe de la protection tarifaire, selon lequel le respect des tarifs fixés pour les prestations de l'assurance-maladie obligatoire doit être garanti (art. 44, 49, 4^e al. LAMal; ATF 125 V 103³; ATF 123 V 303 et les références citées⁴; décision du Conseil fédéral du 3.11.1999 en la cause X. contre Conseil d'Etat du canton de Zurich, p. 27 cons. 2.6).

² voir n° KV 83 (1999) de ce recueil

³ voir n° KV 77 (1999) de ce recueil

⁴ voir n° KV 20 (1998) de ce recueil

Quant aux frais de la deuxième catégorie, ils proviennent des prestations liées au confort du séjour hospitalier de l'assuré (prestations d'hôtellerie), ou des prestations de soins qui sortent du cadre des prestations obligatoires selon la LAMal (prestations complémentaires). Leur remboursement se fonde sur le droit privé, notamment sur le contrat d'assurance passé entre assuré et assureur privé, lequel est régi par la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA, RS 221.229.1; au sujet des voies de droit lors d'un litige en matière d'assurance complémentaire, voir ATF 124 V 134⁵). L'élaboration de tarifs et le remboursement des frais dans ce domaine ne sont pas régis par la LAMal. Ils ne ressortissent donc pas à la compétence de l'autorité cantonale et échappent par conséquent à celle de l'autorité de céans.

3.2 Reste donc uniquement à déterminer le mode de fixation de la contribution de base due au titre de l'assurance obligatoire.

3.2.1 Selon l'article 43, 1^{er}, 2^{ème} et 4^{ème} alinéas LAMal, les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs et de prix, le tarif constituant une base de calcul de la rémunération; les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente. Si aucune convention ne peut être conclue entre les partenaires tarifaires, l'article 47, 1^{er} alinéa LAMal prévoit que c'est au gouvernement cantonal de fixer le tarif, après consultation des intéressés. L'article 49 LAMal fournit les principes de calcul des conventions tarifaires dans le domaine hospitalier, notamment la tarification sur la base de forfaits. En vertu du champ d'application de la loi déterminé à l'article premier LAMal, la procédure décrite ne s'applique qu'aux tarifs qui ont pour objet des prestations obligatoires de soins, c'est-à-dire qui ont trait, en matière d'hospitalisation, aux séjours des assurés en division commune exclusivement (art. 25, 1^{er} et 2^{ème} al. let. e, ainsi que 49, 4^{ème} al. LAMal).

3.2.2 Le tarif hospitalier, en tant que tarif forfaitaire selon l'article 49, 1^{er} et 2^{ème} alinéas LAMal, s'établit sur la base d'une moyenne des coûts engendrés par une prestation donnée (forfait à la prestation), ou par une journée d'hospitalisation (forfait journalier), ce qui permet de compenser, statistiquement, les cas qui se révèlent effectivement plus coûteux avec ceux qui provoquent des frais moins lourds. Ces tarifs forfaitaires sont fixés de manière générale et abstraite selon les articles 46 et suivants LAMal; ils concernent exclusivement les coûts des prestations fournies en division commune et, par conséquent, mis à la charge de l'assurance obligatoire des

⁵ voir n° KV 31 (1998) de ce recueil

soins. Lorsqu'il s'agit d'une clinique non subventionnée, le tarif couvre la totalité des coûts imputables à sa division commune (art. 49, 1^{er} al. LAMal; RAMA 4/1999 353⁶).

L'article 59, 3^{ème} alinéa de l'Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal; RS 832.102) exige des fournisseurs de prestations qu'ils distinguent clairement, dans leurs factures, les prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins de toute autre prestation. Cette obligation participe du principe de la transparence tarifaire et doit permettre d'établir quels frais proviennent des prestations de soins obligatoires ainsi que d'isoler les postes de la facturation y relatifs, de telle sorte que seules les prestations réellement fournies au titre de l'assurance obligatoire soient mises à la charge de celle-ci.

3.2.3 A teneur des dispositions qui précèdent, il serait théoriquement concevable que la contribution de base soit déterminée en fonction d'un tarif calculé d'après les coûts imputables à une division commune fictive, c'est-à-dire comme si l'hôpital était admis pour sa division commune; c'est sur la base de ce tarif que serait calculée la contribution à charge de l'assurance obligatoire des soins, le solde relevant de l'assurance privée. Un tel système impliquerait donc que soit convenu ou fixé un tarif propre à l'hôpital en question, ce pour les différentes catégories de prestations offertes dans ses divisions semi-privée et privée. Cette méthode aurait l'avantage de l'exactitude; elle permettrait de minimiser le risque que des frais ne soient mis indûment à la charge de l'assurance-maladie en ne rémunérant que les prestations effectivement fournies par et dans l'établissement. Pour un établissement qui bénéficierait, selon la liste hospitalière, d'un ou de plusieurs mandats de prestations en division commune, des tarifs propres établis pour rémunérer les prestations dispensées sur la base de ces mandats seraient en principe déjà disponibles.

3.2.4 Il est toutefois peu probable que le législateur ait voulu un tel résultat qui, pratiquement, obligerait à la conclusion ou, à défaut, à la fixation d'innombrables tarifs. Ainsi que l'a constaté le Tribunal fédéral des assurances (TFA), il appert que le législateur a plutôt entendu reprendre la conception de l'ancien droit: dans sa jurisprudence publiée aux ATF 123 V 290⁷, le TFA a, pour le cas d'un hôpital qui, à l'image de la recourante, n'exploite pas de division commune, renvoyé aux *tarifs de référence* convenus et approuvés et/ou fixés par l'autorité compétente pour la division commune («Führt das Spital keine allgemeine Abteilung, kommen die von den zu

⁶ voir n° KV 83 (1999) de ce recueil

⁷ voir n° KV 20 (1998) de ce recueil

ständigen Tarifparteien vereinbarten und genehmigten oder die von der zuständigen Genehmigungsbehörde festgesetzten Referenztarife für die allgemeine Abteilung zum Zuge (vgl. Art. 46 f. KVG)». Dans son arrêt du 19 mars 1999 concernant le séjour d'une assurée dans la division privée d'un établissement hospitalier (ATF 125 V 101⁸), il s'est également fondé sur un forfait journalier de référence, en l'occurrence celui de la division commune de l'Hôpital cantonal universitaire de Genève, pour ce qui est des prestations à allouer en vertu de la LAMal, au titre de l'assurance obligatoire des soins. Ce faisant, il a concentré son examen sur le bien-fondé du tarif de référence de la division commune par rapport à l'établissement auquel il était directement destiné, savoir l'hôpital de référence. Il n'a pas examiné si ce tarif correspondait à la réalité des coûts de l'établissement auquel il était in casu appliqué par référence. Il a d'ailleurs conclu que les conventions tarifaires avec les hôpitaux selon l'article 49 LAMal ou les tarifs hospitaliers édictés par un gouvernement cantonal à défaut de convention ne devaient pas garantir l'égalité de traitement avec les patients qui séjournent en division privée d'un établissement hospitalier ou dans une clinique privée et qui, précisément, ne sont pas visés par le régime et la protection tarifaire découlant de la LAMal (ATF 125 V 106⁹).

Les tarifs de référence précités s'entendent dès lors manifestation des tarifs déjà existants d'autres hôpitaux admis pour leur division commune et donc à l'exclusion de toute tarification générale et abstraite, qu'elle soit spécifique à l'établissement concerné ou fixée de manière générale par référence aux tarifs appliqués dans d'autres établissements (voir également Jean-Louis Duc, L'établissements médico-social et la LAMal, dans: LAMal-KVG, recueil des travaux en l'honneur de la Société suisse du droit des assurances, Lausanne 1997, p.281). De fait, un tarif de référence fixé préalablement comporterait le risque d'être inadapté au cas concret: fixé trop haut pour les prestations effectivement fournies à charge de l'assurance obligatoire des soins, il chargerait excessivement celle-ci; fixé trop bas, il ne couvrirait pas les coûts qui auraient été pris en charge par l'assurance obligatoire des soins si l'assuré s'était fait soigner en division commune. Ainsi, pour un établissement qui, en sus des soins de base, aurait prodigué à un patient des soins entrant dans la catégorie des soins spécialisés, le tarif de la division commune d'un hôpital de la catégorie soins de base serait manifestement trop bas, ce au mépris de la protection tarifaire reconnue aux patients privés (cf. cons. II 3.1 ci-avant). On aboutirait ainsi à limiter de facto le libre choix entre les fournisseurs de prestations que l'article 41, 1^{er} alinéa LAMal reconnaît aux assurés.

⁸ voir n° KV 77 (1999) de ce recueil

⁹ voir n° KV 79 (1999) de ce recueil

3.2.5 Il appert de ce qui précède que la détermination du tarif de référence relève du cas concret, considération qui vaut d'ailleurs aussi dans l'hypothèse où un établissement figure également sur la liste pour sa division commune. Certes, comme évoqué au considérant II 3.2.3 ci-avant, il dispose alors d'un tarif propre, convenu ou fixé, pour les prestations fournies dans cette division. Néanmoins, de l'avis du Conseil fédéral, ce tarif ne devrait pas représenter impérativement et dans tous les cas la contribution à charge de l'assureur-maladie au titre de l'assurance obligatoire des soins en cas d'hospitalisation en divisions privée ou semi-privée. En effet, l'application du tarif propre pour les prestations dispensées en division commune pourrait se justifier par le mandat de prestations correspondant dont bénéficie l'établissement, dans la mesure où les prestations dispensées en division privée et semi-privée dans le même établissement correspondent au mandat de prestations pour la division commune. Il s'agit donc ici aussi d'examiner quelles prestations ont été fournies au cas d'espèce et à quel tarif de référence elles peuvent faire appel. Dans ce contexte, le Conseil fédéral considère par ailleurs qu'on ne saurait d'emblée exclure que l'établissement comparable soit également un autre établissement privé admis pour sa division commune sur la liste des hôpitaux du canton. C'est du moins une conséquence qui, de l'avis du Conseil fédéral, peut être tirée du principe de la protection tarifaire (voir cons. II 3.1 ci-avant) et du libre choix du fournisseur de prestations (art. 41 LAMal). On ne saurait en effet écarter la possibilité, même théorique, qu'une prestation ne puisse pas être dispensée par un établissement public sis dans le canton, mais uniquement par un établissement privé admis pour sa division commune, voire par un établissement extracantonal dont les tarifs pourraient seuls servir de référence. Il y a donc lieu de nuancer dans ce sens la déclaration de l'autorité intimée. Toutefois, un éventuel litige à ce propos ne relevant pas de l'établissement d'un tarif, mais de son application dans une situation concrète, c'est au TFA qu'il appartient en dernier ressort de se prononcer sur la question de savoir qui, du tarif de l'établissement public ou du tarif de l'établissement privé admis pour sa division commune, trouvera application au cas d'espèce.

4. Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'autorité intimée a refusé de fixer un tarif au sens de l'article 47 LAMal pour le séjour d'assurés en division commune de la recourante. Le recours est par conséquent rejeté sur ce point.

N'étant par ailleurs pas compétente pour fixer, de manière générale et abstraite, le tarif de référence afférent à la contribution de base due au titre de l'assurance obligatoire des soins pour les prestations fournies dans les divisions privée et semi-privée de la recourante, c'est également à juste titre

qu'elle n'a pas rendu de décision formelle sur le tarif de référence au sens strict à appliquer au cas d'espèce. Il y a néanmoins lieu de compléter le renvoi aux tarifs de la CVHo auquel elle procède en ce sens que non seulement ces tarifs, mais également ceux destinés à rémunérer des prestations de même nature dans tout établissement comparable admis pour sa division commune sur la liste cantonale ou, à défaut, sur celle du canton de siège de l'établissement constituent potentiellement des tarifs de référence permettant de déterminer la contribution de base à allouer pour le séjour de patients dans les divisions privées et semi-privée de la recourante. Le recours peut donc sur ce point être considéré comme devant être partiellement admis.

Zulassung von Spitälern zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Schwyzer Spitalliste 1998)

KV 182 Entscheid des Bundesrates vom 13. Juni 2000
in Sachen Zentralschweizerischer
Krankenversicherer-Verband (ZKV) gegen
Regierungsrat des Kantons Schwyz

Pflicht zur Bedarfsanalyse bei Leistungsangeboten mit Zentrumsfunktion (im vorliegenden Fall im komplementärmedizinischen Bereich). Zwar kann ein Kanton von Bundesrechts wegen nicht verpflichtet werden, in seiner Spitalplanung die Planungen anderer Kantone zu berücksichtigen. Soweit eine solche interkantonale Koordination jedoch nicht zustande kommt, muss sich die Spitalliste auf die Deckung des Bedarfs der eigenen Bevölkerung beschränken, sollen Überkapazitäten vermieden werden (Erw. II 8.4.1).

Will ein Kanton eine Klinik gestützt auf ihre Leistungen für ausserkantonale Patientinnen und Patienten auf seine Spitalliste aufnehmen, so muss er, zwecks Vermeidung von Überkapazitäten, in Abstimmung mit den anderen Kantonen eine Bedarfserhebung vornehmen. Stellt sich dabei heraus, dass das Spital bereits in einem oder mehreren Kantonen als ausserkantonaler stationärer Leistungserbringer auf der Liste namentlich erwähnt ist und damit entsprechende Kapazitäten bereits reserviert sind, so hat der Standortkanton des Spitals diesem Umstand Rechnung zu tragen (Erw. II 8.4.2).

Obligation de procéder à une analyse des besoins pour l'offre de prestations centralisées (en l'occurrence dans le domaine de la médecine complémentaire). Un canton ne peut en effet être tenu de par le droit fédéral de prendre en considération les planifications d'autres cantons pour établir sa propre planification hospitalière. Tant qu'une coordination intercantonale dans ce domaine n'est pas réalisée, la liste hospitalière doit se limiter à la couverture des besoins de la population du canton intéressé en évitant des surcapacités (cons. II 8.4.1).

Si un canton entend admettre dans sa liste hospitalière une clinique particulière en raison des prestations fournies à des patients résidant en dehors du canton, il doit procéder à une étude d'entente avec les autres cantons concernés afin de déterminer les besoins et d'éviter des surcapacités. Si cette étude révèle que la clinique en question figure déjà nommément sur la liste d'un ou plusieurs autres cantons en tant que fournisseur de prestations stationnaire et que des

capacités sont réservées à cet effet, le canton où se trouve le siège de l'hôpital en question doit en tenir compte (cons. II 8.4.2).

Obbligo di procedere ad un'analisi del fabbisogno per quanto riguarda le offerte di prestazioni con funzione di centro (nella fattispecie nell'ambito della medicina complementare). In base al diritto federale un Cantone non può essere tenuto a prendere in considerazione nella propria pianificazione ospedaliera quelle di altri Cantoni. Tuttavia, nella misura in cui una simile coordinazione intercantonale non si realizza, l'elenco degli ospedali deve limitarsi a coprire il fabbisogno della popolazione del Cantone in questione e si devono evitare sovracapacità (cons. II 8.4.1).

Se un Cantone vuole menzionare una clinica nel proprio elenco degli ospedali in base alle prestazioni fornite da quest'ultima a pazienti domiciliati in un altro Cantone, per evitare sovracapacità esso deve procedere ad un'indagine sul fabbisogno d'intesa con gli altri Cantoni. Se dall'indagine risulta che l'ospedale figura già nell'elenco di uno o più Cantoni quale fornitore di prestazioni ospedaliere situato al di fuori del Cantone e, di conseguenza, sono già riservate capacità adeguate, il Cantone in cui si trova l'ospedale deve tenerne conto (cons. II 8.4.2).

I.

Übersicht – *Condensé*

Mit Beschluss vom 16. Dezember 1997 genehmigte der Regierungsrat die Spital- und Pflegeheimliste. Diese ficht der ZKV beim Bundesrat an und rügt insbesondere, Leistungsaufträge an die Spitäler würden fehlen, die Leistungsbereiche seien mangelhaft umschrieben und im ausserkantonalen Bereich liege wegen der in der Spitalliste angeführten Standortklausel gar keine bedarfsgerechte Planung vor. Weiter sei der Bedarf für die im komplementärmedizinischen Bereich tätige Klinik A. nicht ausgewiesen.

Par arrêté du 16 décembre 1997, le Conseil d'Etat a approuvé la liste des hôpitaux et des établissements médico-sociaux du canton de Schwyz, liste que la ZKV attaque auprès du Conseil fédéral. Cette dernière fait notamment valoir que des mandats de prestations n'auraient pas été attribués aux hôpitaux, que les domaines de prestations ne seraient pas décrits avec une précision suffisante et qu'il n'y aurait pas, sur le plan extracantonal, de planification propre à couvrir les besoins en soins hospitaliers, en raison de la clause de siège figurant dans la liste hospitalière. En outre, les besoins s'agissant de la Clinique A., active dans le domaine de la médecine complémentaire, ne seraient pas établis.

II.

Auszug aus den Erwägungen:

...

8. Klinik A.

Die 1990 eröffnete Klinik A. mit privater Trägerschaft in Form einer privatrechtlichen Stiftung bietet komplementärmedizinische Behandlungsmethoden als Ergänzung zur klassischen Schulmedizin im stationären und ambulanten Bereich an. Den unbestritten gebliebenen Ausführungen der Klinik lässt sich diesbezüglich entnehmen, dass rund $\frac{2}{3}$ der Leistungen schulmedizinischer und $\frac{1}{3}$ komplementärmedizinischer Art sind. Sie behandelt Patientinnen und Patienten aller Versicherungsklassen und verfügte 1997 über 42 Betten. Gemäss Angaben der Klinik wurden 1997 rund 17 % der Patientinnen und Patienten ambulant oder teilstationär behandelt. Die anteilmässige Belegung der Betten für stationäre Behandlungen in der allgemeinen Abteilung betrug rund 34 %. 5 % der Patientinnen und Patienten stammten aus dem Kanton Schwyz und 92 % aus der Schweiz.

8.1 Der Regierungsrat hielt in der Spitalplanung 97 fest (S. 12 f.), dass das Leistungsangebot der Klinik A. für die Bevölkerung des Kantons Schwyz von marginaler Bedeutung sei. Auf Grund des für die Schweiz einzigartigen Leistungsangebots im biologisch-medizinischen Bereich werde die Klinik jedoch auf die Spitalliste genommen. Damit werde auch der Forderung des KVG, die Komplementärmedizin zu berücksichtigen, Rechnung getragen. Da jedoch die Überkapazitäten nicht nach üblichen Methoden eruiert werden könnten, werde gestützt auf einen Ermessensentscheid eine Bettenreduktion von 42 auf 40 Betten angeordnet. Gestützt darauf führte der Regierungsrat die Klinik A. in der Spitalliste unter den innerkantonalen Akutspitalern mit dem Leistungsauftrag Grund- und Spezialversorgung im Bereich Komplementärmedizin in der Hauptkategorie Medizin auf. Die Bettenzahl zog er nicht in die Berechnung der innerkantonalen Kapazitäten ein (vgl. Erw. 5.3).

8.2 Der Beschwerdeführer stellt sich im Wesentlichen auf den Standpunkt, die Klinik A. müsse von der Spitalliste gestrichen werden, weil deren Bedarf für die Wohnbevölkerung des Kantons Schwyz nicht ausgewiesen sei. Weiter erbringe die Klinik Untersuchungs- und Behandlungsformen, denen die gesetzlich geforderte Wissenschaftlichkeit fehle. Abgesehen davon würden alternative Behandlungsformen grundsätzlich keinen stationären Aufenthalt erfordern.

8.3 Mit Änderung der Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV; SR 832.112.31) vom 9. Juli 1998 (AS 1998 2923) gelten verschiedene Behandlungsmethoden der Komplementärmedizin, wenn sie von Ärztinnen und Ärzten mit entsprechender Weiterbildung durchgeführt werden, seit dem 1. Juli 1999 befristet für fünf Jahre als Pflichtleistungen (vgl. Ziff. 10 des Anhangs 1 zur KLV).

8.3.1 Wie bereits das BSV in seiner Stellungnahme festgehalten hat, können diese Leistungen in ambulanter oder stationärer Form erbracht werden. In diesem Sinn ist der Bundesrat in verschiedenen Entscheiden betreffend kantonale Spitallisten ohne weiteres davon ausgegangen, dass die komplementärmedizinische Versorgung in stationärer Form erfolgen kann (vgl. u. a. Entscheid vom 17. Februar 1999 i. S. Zürcher Spitalliste 1998; Entscheid vom 23. Juni 1999 i. S. gemeinsame Spitalliste der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft). Der diesbezügliche und im Übrigen nicht weiter substantiierte Einwand des Beschwerdeführers geht somit fehl.

8.3.2 Allerdings hat der Bundesrat festgehalten, dass, wie bei der klassischen Schulmedizin (vgl. Erw. 3), auch im Bereich der Komplementärmedizin die Zulassung eines Leistungserbringers nur bei entsprechendem Bedarf und im Rahmen eines konkreten Leistungsauftrages möglich ist (Entscheid vom 23. Juni 1999 i. S. gemeinsame Spitalliste der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft). Bei der Bedarfserhebung muss berücksichtigt werden, dass dieser nach medizinischen Kategorien getrennt zu ermitteln und durch die Angebotsplanung abzudecken ist. Dabei knüpft die Definition der Bedarfskategorien vorrangig an die Diagnose an; die Kantone sind nicht verpflichtet, alle angebotenen Therapiemethoden zu berücksichtigen (Entscheid vom 20. März 2000 i. S. Spitalliste des Kantons Bern).

Spitäler, welche im komplementärmedizinischen Leistungsbereich tätig sind, bieten Leistungen an, welche in der Regel für die gleichen Diagnosefälle eine alternative oder ergänzende Therapiemethode zur Schulmedizin darstellen. Auf Grund solcher Parallelangebote kann die Zunahme des komplementärmedizinischen Angebots zu unerwünschten Leistungsausweitungen und damit verbundenen Kostensteigerungen führen. Nach Ansicht des Bundesrates kann diese Gefahr mit einer präzisen Umschreibung des Leistungsbereichs der komplementärmedizinisch tätigen Spitäler vermieden werden. «Komplementärmedizin» stellt jedoch – so wenig wie «Schulmedizin» – im Sinne des KVG eine genügende Umschreibung eines Leistungsauftrages dar. Vielmehr muss der Leistungsauftrag bedarfsgerecht an konkreten, bestimmten Diagnosekategorien beziehungsweise Patienten-

gruppen zugeordneten Leistungsbereichen anknüpfen (z. B. Disziplinen im Akutbereich, Rehabilitation, Langzeitpflege).

Schliesslich muss die Zulassung des Leistungserbringers im Grundversicherungsbereich auf komplementärmedizinische Verfahren beschränkt sein, für welche – wie im Übrigen auch für Verfahren der klassischen Schulmedizin – eine Leistungspflicht besteht, indem der Nachweis der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erbracht worden ist. Das Eidgenössische Departement des Innern hat in Ziffer 10 des Anhangs 1 zur KLV die Verfahren Akupunktur, Anthroposophische Medizin, Chinesische Medizin, Homöopathie, Neuraltherapie und Phytotherapie als Massnahmen aufgezählt, für die – ausgenommen für die Akupunktur – eine vorerst statuierte zeitliche Begrenzung der Leistungspflicht bis zum 30. Juni 2005 besteht. Da die Aufzählung gemäss einleitenden Bemerkungen zum Anhang 1 nicht abschliessend ist, besteht für andere komplementärmedizinische Leistungen eine Vergütungspflicht nur im Rahmen des Nachweises der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Mit den Leistungsaufträgen ist demnach sicherzustellen, dass Leistungserbringer nur mit qualifizierten komplementärmedizinischen Verfahren zugelassen werden (vgl. Entscheid vom 23. Juni 1999 i. S. gemeinsame Spitalliste der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft).

8.4 Unbestritten ist, dass die Klinik A. für die Wohnbevölkerung des Kantons Schwyz gemessen am Gesamtbedarf nur marginale medizinische Leistungen erbringt und aus diesem Grund nicht in die innerkantonale Spitalplanung einbezogen worden ist. Der Regierungsrat hat die Klinik jedoch mit der Begründung auf die Liste aufgenommen, sie erbringe ein für die Schweiz einzigartiges Leistungsangebot im komplementärmedizinischen Bereich und erfülle damit eine Zentrumsfunktion.

8.4.1 Eine eigentliche Bedarfsanalyse, welche nach dem Gesagten auch für Spitäler, die im komplementärmedizinischen Leistungsbereich tätig sind, durchzuführen ist, hat der Regierungsrat indessen nicht vorgenommen. Der Verweis auf die Zentrumsfunktion vermag die nach der Praxis des Bundesrates notwendige Bedarfsabklärung entgegen der Ansicht des Regierungsrates und der Klinik A. keineswegs zu ersetzen, wäre doch andernfalls darin geradezu eine Einladung zu sehen, nicht beziehungsweise nicht mehr bedarfsgerechte Kapazitäten umzufunktionieren und neu unter dem Titel Zentrumsfunktion anzubieten oder in diesem Bereich ausserhalb der Spitalplanung neue Kapazitäten zu schaffen. Da im Übrigen die Klinik A. hauptsächlich mit ihrem Angebot zur Versorgung der allgemein Versicherten auf die Spitalliste des Kantons Schwyz will, die Planungspflicht jedoch

bewirkt, dass der freie Wettbewerb im Grundversicherungsbereich stark eingeschränkt ist (Erw. 3 in fine), kann entgegen der Ansicht der Klinik von einem Markt, der über die Nachfrage für einen Ausgleich Sorge, keine Rede sein. Ebenso ist mit dem BSV dafürzuhalten, dass sich aus der vom Regierungsrat ins Recht gelegten Univox-Studie nichts Konkretes über den Bedarf an Leistungen der Klinik A. ableiten lässt, gibt diese Studie doch lediglich in allgemeiner Weise ein Umfrageergebnis über die Einstellung der befragten Personen zu alternativen Heilmethoden wieder.

8.4.2 Zudem vermag auch der Umstand, dass der innerkantonale Bedarf an den medizinischen Leistungen der Klinik A. gering ist, den Regierungsrat nicht von seiner Planungspflicht zu befreien. Will er die Klinik gestützt auf ihre Leistungen für ausserkantonale Patientinnen und Patienten auf seine Spitalliste aufnehmen, so muss er in Abstimmung mit den anderen Kantonen eine Bedarfserhebung vornehmen und dem Spital die entsprechenden Kapazitäten zuweisen. Denn es müssen Doppelspurigkeiten im interkantonalen Bereich vermieden werden, indem bestimmte Gruppen von Patientinnen und Patienten von mehreren Kantonen gleichzeitig in ihre Spitalplanung einbezogen werden, was Überkapazitäten schaffen würde. Stellt sich dabei heraus, dass das Spital bereits in einem oder mehreren Kantonen als ausserkantonaler stationärer Leistungserbringer auf der Liste namentlich erwähnt ist und damit entsprechende Kapazitäten bereits reserviert sind, so hat der Standortkanton diesem Umstand bei der Zuweisung der Kapazitäten Rechnung zu tragen (vgl. Erw. 6.5.2).

Zwar kann der Kanton Schwyz von Bundesrechts wegen nicht verpflichtet werden, bei seiner Entscheid die Spitalplanungen der anderen Kantone zu berücksichtigen. Soweit eine solche interkantonale Koordination nicht zustande kommt, muss sich seine Spitalliste jedoch auf die Deckung des Bedarfs der eigenen Bevölkerung beschränken, sollen Überkapazitäten vermieden werden (Entscheid des Bundesrates vom 3. November 1999 i. S. Zürcher Spitalliste).

8.4.3 Was den Einwand des Beschwerdeführers angeht, gewissen Untersuchungs- und Behandlungsformen der Klinik A. fehle es am gesetzlich geforderten Nachweis der Wissenschaftlichkeit, so hat, wie gesehen (Erw. 8.3.2), der Regierungsrat mit den Leistungsaufträgen sicherzustellen, dass die Klinik A. – wie auch jeder andere Leistungserbringer – nur mit jenen Therapieverfahren im Grundversicherungsbereich zugelassen ist, für die gemäss Anhang 1 zur KLV eine Vergütungspflicht besteht oder für die der Nachweis der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erbracht worden ist. Für die in Ziffer 10 des Anhangs 1 zur KLV aufgeführten

Massnahmen der Komplementärmedizin besteht eine solche Leistungspflicht. Ob eine bestimmte von der Klinik A. erbrachte Untersuchungs- und Behandlungsform dem Leistungsauftrag entspricht beziehungsweise ob für sie eine Vergütungspflicht im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung besteht, ist indessen, wie der Regierungsrat und die Klinik A. zu Recht angeführt haben, jeweils im konkreten Einzelfall und nicht im Rahmen der Spitalplanung zu prüfen.

8.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Regierungsrat seiner Planungspflicht bezüglich der Klinik A. nicht nachgekommen ist und sich im Übrigen auch sein Ermessensentscheid, deren Betten von 42 auf 40 abzubauen, mangels Bedarfserhebung als willkürlich erweist.

Fazit:

Die Beschwerde ist demnach in diesem Punkt gutzuheissen und die Liste der Akutspitäler ist hinsichtlich der Klinik A. aufzuheben. Da es nicht Aufgabe des Bundesrates ist, auf Beschwerde hin eine Spitalplanung und ein Evaluationsverfahren durchzuführen, ist die Sache insoweit an den Regierungsrat zurückzuweisen, damit er im Sinne der vorstehenden Erwägungen, insbesondere jener über die interkantonale Abstimmung (Erw. 8.4.2), über den Bedarf an komplementärmedizinischen Leistungen der Klinik A. neu befindet.

Zulassung von Spitälern zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Thurgauer Spitalliste 1998)

KV 183 Entscheid des Bundesrates vom 5. Juli 2000
in Sachen Verband Krankenversicherer
St. Gallen-Thurgau (KST), Klinik U, V, W, X, Y und Z
gegen Regierungsrat des Kantons Thurgau

Die Frage der Zulässigkeit einer kombinierten Bedarfskategorie bei der Spitalplanung fällt mit der Frage zusammen, ob die Spitalplanung bedarfsgerecht ist, da das Bundesrecht den Kantonen für die Planung keinen bestimmten Weg vorschreibt (Erw. II 3.1.1.1)

Somatische Bedarfsplanung: Der Ermittlung des Bettenbedarfes sind die richtigen Bedarfsdeterminanten zu Grunde zu legen (Erw. II 3.1.1.2). Die eigentliche Planung des Bedarfes beruht zwangsläufig auf Prognosen über die künftige Entwicklung. Die zu Grunde gelegten Bedarfsdeterminanten dürfen aber nicht zu hoch geschätzt werden, da sonst aus planerischer Sicht Überkapazitäten bestehen. Was die Bettenbelegung angeht, so ist der Planungswert von den Werten bei der Bestimmung der Spitalpauschalen zu unterscheiden (Erw. II 3.1.1.3).

Bedarfsplanung Rehabilitation und Psychiatrie: Die Festlegung einer normativen Kennziffer für den Bettenbedarf in der Rehabilitation und der Psychiatrischen Versorgung lässt sich nicht beanstanden. Die Kennziffer ist in solchen Fällen vorwiegend aus interkantonalen Vergleichen abzuleiten, wobei die besondere Lage im Versorgungsgebiet zu berücksichtigen ist (Erw. II 3.1.1.7 und 3.1.2).

Patientenexport: Für den ausserkantonalen Bedarf besteht grundsätzlich die Pflicht, geeignete ausserkantonale Leistungserbringer zu evaluieren und in die Spitalliste aufzunehmen (Erw. II 3.2.1.2). Keine Verpflichtung zur Evaluation und Aufnahme von ausserkantonalen Spitälern besteht für kleine Kantone oder marginale Versorgungslücken (Erw. II 3.2.1.3 und 3.2.1.4). Die Pflicht zur Evaluation der Spitäler beschränkt sich auf den Bedarf an Leistungen der allgemeinen Abteilung. Soweit die SDK-Empfehlungen zur Spitalliste den Umfang der kantonalen Planungspflicht enger fassen als die Praxis des Bundesrates, ist eine Berufung darauf für die Standortklausel nicht möglich (Erw. II 3.2.1.5).

Die Berücksichtigung der Spitalplanung von anderen Kantonen beim Entscheid eines Kantones über die Aufnahme oder Nichtaufnahme eines Spitals in seine Liste ist zwar wünschenswert, kann aber von Bundesrechts wegen nicht zur Pflicht gemacht werden. Soweit

eine solche Koordination zwischen den betroffenen Kantonen nicht zustande kommt, müssen deren Spitallisten sich daher auf die Deckung des Bedarfs der eigenen Bevölkerung beschränken. Dies muss in den Leistungsaufträgen an die Spitäler der Liste A angemessen zum Ausdruck kommen (Erw. II 4.2.1).

Zur Formulierung und Detaillierung der Leistungsaufträge (Erw. II 4.2.2 und 4.2.3).

Zu einer bedarfsgerechten Spitalplanung gehört, dass den einzelnen Spitälern beziehungsweise Abteilungen bestimmte Kapazitäten zugeordnet werden, wobei nach Praxis des Bundesrates dieses Erfordernis nur für Spitäler mit Standort im Kanton gilt. Bei einem System mit unterteilter Spitalliste ist die Bettenzuweisung für die Liste A nach dem Bedarf an Leistungen der einzelnen Spitäler in der allgemeinen Abteilung auszurichten (Erw. II 4.2.4 bis 4.2.4.2).

Nach der Praxis des Bundesrates ist die Liste B Bestandteil der Spitalliste und entfaltet damit die Rechtswirkungen, welche ihr die Artikel 35 und 39 Absatz 1 KVG zuschreiben. Auch Spitäler, welche bloss auf der Liste B figurieren, sind daher zur Behandlung von KVG-Versicherten zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen (Erw. II 4.3.3).

Zur Frage der Entstehung von Überkapazitäten wegen der Unterteilung der Spitallisten (Erw. II 4.3.5).

Angesichts des Wettbewerbsgedanken, der in der Zusatzversicherung herrscht, wäre es unverhältnismässig, wenn Halbprivat- und Privatabteilungen in allen Wohnortkantonen der Patientinnen und Patienten in der Liste B figurieren müssten. Ein Bedarf für die Aufnahme der Halbprivat- und Privatabteilungen ausserkantonaler Spitäler besteht somit nicht (Erw. II 4.4).

Betreffend Aufnahmegesuch von Privatspitälern in die Liste A ist zu berücksichtigen, dass ein Kanton gemäss Bundesrecht einen Abbau der Überkapazitäten an Spitalbetten in der allgemeinen Abteilung anstreben muss. Dies gilt auch dann, wenn ein Kanton in einer neuen Spitalliste die Leistungsaufträge von Spitälern gegenüber der alten und provisorischen Spitalliste einschränkt (Erw. II 7.1.1 – 7.1.2). Für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung können sich die Spitäler nicht auf die Handels- und Gewerbefreiheit und die daraus abgeleiteten Garantien berufen. Die mit der Handels- und Gewerbefreiheit verbundenen Abstriche an der staatlichen Bedarfsplanung wären mit den Zielen des KVG nicht vereinbar (Erw. II 7.1.3). Privatspitäler sind dann in die Evaluation für die Liste A einzubeziehen, wenn sie bisher zur stationären Versorgung der Bevölkerung in der allgemeinen Abteilung beigetragen ha-

ben und dafür auch in Zukunft benötigt werden, d. h. die Aufnahme ist vom Nachweis des Bedarfes abhängig (Erw. II 7.1.4). Soweit die integrale oder teilweise Nichtaufnahme der allgemeinen Abteilungen von Spitälern nötig ist, um die Ziele des KVG und namentlich den Abbau von Überkapazitäten zu erreichen, sind die damit verbundenen wirtschaftlichen Einbussen den betroffenen Spitälern zuzumuten und daher nicht unverhältnismässig (Erw. II 7.1.5).

La question de l'admissibilité d'une catégorie combinée de besoins dans la planification hospitalière revient à se demander si la planification hospitalière correspond aux besoins, car le droit fédéral ne prescrit pas aux cantons un mode de faire particulier pour leur planification (cons. II 3.1.1.1).

Planification somatique des besoins: dans le calcul des besoins en lits, il s'agit de se baser sur les facteurs appropriés déterminant les besoins (cons. II 3.1.1.2). Au stade de la planification des besoins, on se fonde forcément sur des pronostics sur l'évolution future. Les facteurs déterminant les besoins ne doivent cependant pas être surévalués car une surévaluation comporte des surcapacités du point de vue de la planification. En ce qui concerne l'occupation des lits, la valeur planifiée doit être distinguée des valeurs utilisées pour déterminer les forfaits hospitaliers (cons. II 3.1.1.3).

Planification des besoins pour la réadaptation et la psychiatrie: la fixation d'un indice normatif pour les besoins en lits dans le domaine de la réadaptation et des soins psychiatriques n'est pas contestable. L'indice doit alors s'appuyer sur des comparaisons intercantionales et il faut tenir compte de la situation particulière existant dans le territoire de distribution des soins (cons. II 3.1.1.7 et 3.1.2).

Exportation de patients: pour les besoins en dehors du canton, il existe en principe une obligation d'évaluer et d'inscrire sur la liste des fournisseurs de prestations adéquats en dehors du canton (cons. II 3.2.1.2). Par contre, il n'existe pas d'obligation pour les petits cantons d'évaluer et de prendre en compte les hôpitaux ayant leur siège à l'extérieur du canton ou les lacunes mineures dans la couverture en soins. L'obligation d'évaluer des hôpitaux se limite aux besoins en prestations de la division commune. Dans la mesure où les recommandations de la CDS concernant la liste des hôpitaux réduisent la portée de l'obligation cantonale de planifier par rapport à la pratique du Conseil fédéral, il n'est pas possible de les invoquer pour la clause du siège (cons. II 3.2.1.5).

La prise en considération de la planification hospitalière d'autres cantons dans une décision cantonale sur l'admission ou le refus d'un hôpital dans la liste est certes souhaitable, mais ne peut être érigée en obligation de par le droit fédéral. Dans la mesure où une telle

coordination entre les cantons concernés n'intervient pas, leur liste d'hôpitaux doit se limiter alors à la couverture des besoins de leur propre population. Cela doit être exprimé de manière appropriée dans les mandats de prestations donnés aux hôpitaux de la liste A (cons. II 4.2.1).

Comment formuler et détailler les mandats de prestations (cons. II 4.2.2 et 4.2.3).

Il appartient à une planification hospitalière qui tient compte des besoins d'attribuer certaines capacités aux divers hôpitaux ou divisions, étant précisé que, selon la jurisprudence du Conseil fédéral, cette exigence ne vaut que pour les hôpitaux situés dans le canton. Dans un système qui connaît une liste d'hôpitaux séparée, l'attribution de lits pour la liste A doit se faire d'après les besoins en prestations des divers hôpitaux dans la division commune (cons. II 4.2.4 à 4.2.4.2).

Selon la jurisprudence du Conseil fédéral, la liste B fait partie intégrante de la liste des hôpitaux et déploie ainsi les effets juridiques que lui donnent les articles 35 et 39 alinéa 1 LAMal. Même les hôpitaux qui ne figurent que sur la liste B sont dès lors admis pour le traitement des assurés LAMal à la charge de l'assurance obligatoire des soins (cons. II 4.3.3).

Au sujet de l'apparition de surcapacités en raison de la séparation des listes d'hôpitaux (cons. II 4.3.5).

Au vu de l'idée de concurrence dont est empreinte l'assurance complémentaire, il serait disproportionné que les divisions semi-privées et privées dans tous les cantons de domicile des patients doivent figurer dans la liste B. Il n'existe ainsi pas un besoin d'admettre les divisions semi-privées et privées des hôpitaux hors du canton (cons. II 4.4).

Concernant la demande d'admission d'hôpitaux privés dans la liste A, il faut tenir compte du fait que, selon le droit fédéral, un canton doit s'efforcer de supprimer les surcapacités en ce qui concerne les lits d'hôpitaux dans la division commune. Cela vaut aussi lorsqu'un canton limite dans une nouvelle liste d'hôpitaux les mandats de prestations attribués à certains hôpitaux par rapport à l'ancienne liste provisoire (cons. II 7.1.1–7.1.2). Pour être admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, les hôpitaux ne peuvent pas invoquer la liberté du commerce et de l'industrie ni les garanties qui en découlent. Les exigences de la liberté du commerce et de l'industrie à l'égard de la planification étatique des besoins ne seraient pas conciliables avec les buts de la LAMal (cons. II 7.1.3). Les hôpitaux privés doivent donc être inclus dans l'évaluation à faire pour établir

la liste A lorsqu'ils ont contribué jusqu'ici à fournir des soins hospitaliers à la population dans la division commune et qu'ils seront encore nécessaires à l'avenir pour fournir de tels soins, c'est-à-dire que l'admission dépend de la preuve des besoins (cons. II 7.1.4). Dans la mesure où le refus total ou partiel de faire figurer des divisions communes d'hôpitaux est nécessaire pour atteindre les buts de la LAMal et notamment pour supprimer des surcapacités, les hôpitaux concernés doivent accepter les conséquences économiques en résultant, conséquences qui ne sont pas disproportionnées (cons. II 7.1.5).

La questione dell'ammissibilità di una categoria combinata di fabbisogno nella pianificazione ospedaliera coincide con la questione della conformità al fabbisogno della pianificazione ospedaliera, dal momento che il diritto federale non prescrive ai Cantoni direttive precise quanto alle modalità della medesima (cons. II 3.1.1.1).

Pianificazione del fabbisogno di cure per disturbi somatici: il calcolo del fabbisogno di letti va basato su fattori appropriati (cons. II 3.1.1.2). La pianificazione del fabbisogno è necessariamente fondata sull'evoluzione prevista per il futuro. Per evitare sovracapacità i fattori che determinano il fabbisogno non devono essere stimati ad un valore troppo alto. Per quanto riguarda i letti occupati, il valore pianificato va distinto dai valori utilizzati per determinare le diarie ospedaliere (cons. II 3.1.1.3).

Pianificazione del fabbisogno per riabilitazione e psichiatria: la fissazione di un indice normativo per il fabbisogno in letti di riabilitazione e di cura psichiatrica non può essere criticata. L'indice va derivato soprattutto da confronti intercantionali tenuto conto però della situazione specifica del territorio in questione (cons. II 3.1.1.7 e 3.1.2).

Pazienti curati fuori Cantone: per il fabbisogno extracantonale vi è in linea di principio l'obbligo di valutare ed ammettere nell'elenco degli ospedali fornitori di prestazioni extracantonali adeguati (cons. II 3.2.1.2). L'obbligo è limitato al fabbisogno di prestazioni del reparto comune e non sussiste per piccoli Cantoni o lacune marginali delle cure ospedaliere (cons. II 3.2.1.3 e 3.2.1.4). Nella misura in cui le raccomandazioni della CDS in oggetto all'elenco degli ospedali riducono la portata dell'obbligo di pianificazione dei Cantoni rispetto alla prassi del Consiglio federale, non si può invocarle per la clausola della sede (cons. II 3.2.1.5).

Che un Cantone, all'atto di decidere se ammettere o meno un ospedale sul proprio elenco, tenga conto della pianificazione ospedaliera di altri Cantoni è certo auspicabile, ma non può essere reso obbligatorio dal diritto federale. Fintanto che non si sarà giunti ad un tale coordinamento tra i Cantoni interessati, i singoli elenchi degli

ospedali dovranno limitarsi a coprire il fabbisogno della popolazione cantonale. Questo punto deve trovare adeguata espressione nei mandati di prestazioni agli ospedali dell'elenco A (cons. II 4.2.1).

Formulazione e dettaglio dei mandati di prestazioni (cons. II 4.2.2 e 4.2.3).

In una pianificazione ospedaliera conforme al fabbisogno devono essere stabilite determinate capacità per i singoli ospedali o i singoli reparti, sia pure, secondo la prassi del Consiglio federale, limitatamente agli ospedali con sede nel Cantone. In un sistema che prevede un elenco separato degli ospedali, l'attribuzione dei letti all'elenco A va fondata sul fabbisogno di prestazioni del reparto comune dei singoli ospedali (cons. II 4.2.4 – 4.2.4.2).

Secondo la prassi del Consiglio federale l'elenco B è parte integrante dell'elenco degli ospedali e sviluppa gli effetti giuridici di cui agli articoli 35 e 39 capoverso 1 LAMal. Anche gli ospedali che figurano soltanto sull'elenco B sono quindi autorizzati a dispensare cure ad assicurati LAMal a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (cons. II 4.3.3).

Sovracapacità come conseguenza degli elenchi separati degli ospedali (cons. II 4.3.5).

Considerata l'idea di concorrenza che caratterizza le assicurazioni complementari, sarebbe sproporzionato se i reparti semiprivati e privati in tutti i Cantoni di domicilio dei pazienti dovessero figurare sull'elenco B. Non vi è dunque l'esigenza di ammettere i reparti semiprivati e privati di ospedali extracantonali (cons. II 4.4).

Per quanto concerne le richieste di ammissione all'elenco A da parte di cliniche private, va considerato che, giusta il diritto federale, i Cantoni sono tenuti a ridurre le sovracapacità di letti del reparto comune. Questo vale anche se un Cantone in un nuovo elenco limita i mandati di prestazioni attribuiti ad alcuni ospedali rispetto all'elenco precedente e provvisorio (cons. II 7.1.1 – 7.1.2). Per essere autorizzati a praticare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie gli ospedali non possono appellarsi alla libertà di industria e commercio ed alle garanzie che ne derivano. Il ridimensionamento della pianificazione statale del fabbisogno in ragione della libertà di industria e commercio sarebbe incompatibile con gli obiettivi della LAMal (cons. II 7.1.3). Le cliniche private devono essere valutate per l'elenco A se hanno contribuito finora a fornire cure ospedaliere alla popolazione nel reparto comune e se il loro contributo sarà necessario anche in futuro: l'ammissione dipende cioè dalla prova del fabbisogno (cons. II 7.1.4). Se l'esclusione o l'esclusione parziale dei reparti comuni degli ospedali dall'elenco è necessaria ad ottenere gli obiet-

tivi della LAMaI, in particolare la soppressione di sovracapacità, gli ospedali interessati devono accettare le conseguenze economiche che ne derivano, che non sono quindi sproporzionate (cons. II 7.1.5).

Anmerkung der Redaktion: Der Volltext dieses Entscheides ist ca. 58 Seiten lang. Er ist unter <http://www.bsv.admin.ch/publikat/> in RKUV 5/2001 (pdf-Datei) abrufbar.

Note de la rédaction : Le texte complet de cette décision compte environ 58 pages. Il peut être consulté sous <http://www.bsv.admin.ch/publikat/> dans le RAMA 5/2001 (Document-pdf).

Nota della redazione: Il testo integrale della presente decisione è di circa 58 pagine e può essere consultato all'indirizzo <http://www.bsv.admin.ch/publikat/> nella RAMI 5/2001 (documento pdf).

Verlängerung eines Tarifvertrages durch die Kantonsregierung

KV 184 Entscheid des Bundesrates vom
18. Oktober 2000 in Sachen Verband Krankenver-
sicherer St. Gallen-Thurgau gegen den Regierungs-
rat des Kantons Thurgau und Spital Thurgau AG

Artikel 47 Absatz 3 schränkt die Autonomie der Vertragsparteien insoweit ein, als die Zuständigkeit zur Vertragsverlängerung nicht durch Parteiabrede aufgehoben werden kann. Dass dem Regierungsrat als Tariffestsetzungsbehörde beim Entscheid über die Vertragsverlängerung ein Auswahlermessen zusteht, vermag daran nichts zu ändern. Falls nämlich das Auswahlermessen vertraglich in dem Sinne eingeschränkt werden könnte, dass der Regierungsrat in bestimmten Fällen (wie beispielsweise im Fall einer vertraglichen Kündigungsklausel) den Vertrag nicht verlängern könnte, so liefe dies im Ergebnis darauf hinaus, dass er in diesen Fällen seine gesetzliche Zuständigkeit zur Vertragsverlängerung nicht ausüben könnte. Dies wäre mit dem zwingenden Charakter der Bestimmung nicht vereinbar (Erw. II 3.2.).

Dass eine Vertragsverlängerung nach dem Scheitern von Verhandlungen von vornherein ausgeschlossen ist und somit in jedem Fall der Wille der Vertragsparteien zur Fortführung der Verhandlungen erforderlich ist, trifft nicht zu. Vorausgesetzt wird vielmehr und nur die Absicht der Kantonsregierung, den Tarifpartnern eine zusätzliche Chance zur vertraglichen Regelung einzuräumen. Es versteht sich, dass die Kantonsregierung sich dabei auf vertretbare Gründe stützen können muss und der Wille der Vertragsparteien zur Fortführung der Verhandlungen als solcher Grund gelten darf. Solche Gründe können sich aber auch aus objektiven Umständen ergeben, die ausserhalb des Parteiwillens liegen, beispielsweise daraus, dass in naher Zukunft Entscheide des Bundesrates oder richterlicher Behörden zu erwarten sind, die Fragen regeln, welche für die hoheitliche oder vertragliche Festsetzung des neuen Tarifs von Belang sein können. Denkbar sind aus dieser Sicht auch noch weitere Gründe, die eine Vertragsverlängerung rechtfertigen können, so etwa der Umstand, dass binnen Jahresfrist neues und besseres Zahlenmaterial zu erwarten ist, welches eine angemessenere Tarifierung erlaubt. Wenn eine Kantonsregierung aus solchen Gründen einen Vertrag verlängert, so verstösst sie nicht gegen Artikel 47 Absatz 3 KVG, auch dann nicht, wenn im Zeitpunkt der Verlängerung die Vertragsverhandlungen gescheitert sind und die Parteien nicht weiter verhandeln wollen (Erw. II 4.1.).

L'article 47, alinéa 3, LAMal limite l'autonomie des parties contractuelles dans la mesure où celles-ci ne peuvent pas supprimer par un accord entre parties la compétence de prolonger une convention tarifaire. Le fait que le Conseil d'Etat, qui est l'autorité compétente pour fixer les tarifs, ait le pouvoir d'opter pour une prolongation de la convention ne change rien à l'affaire. Si, en effet, les parties pouvaient par accord limiter le pouvoir d'opter et empêcher que dans certains cas (par ex. lorsqu'une clause de résiliation a été convenue) le gouvernement cantonal ne prolonge la convention, il en résulterait que ce dernier se verrait privé dans ces cas d'une compétence légale. Une telle entrave ne serait pas compatible avec le caractère impératif de cette disposition (cons. II 3.2).

Il est faux d'affirmer qu'une prolongation de la convention après l'échec des négociations est a priori exclue et que la volonté des parties est dès lors indispensable pour poursuivre les négociations. Seulement, au contraire, l'intention du gouvernement cantonal d'accorder aux partenaires tarifaires une chance supplémentaire de trouver une solution négociée. Il va de soi que, pour prendre sa décision, le gouvernement cantonal doit pouvoir se fonder sur des raisons valables et l'on peut admettre que la volonté des parties de poursuivre les négociations en est une. Mais il existe aussi d'autres raisons découlant de faits objectifs qui échappent à la volonté des parties; tel est le cas par ex. s'il y a lieu de s'attendre, à brève échéance, à une décision du Conseil fédéral ou des autorités judiciaires susceptibles de régler des questions qui peuvent avoir une importance pour la fixation imposée ou négociée d'un nouveau tarif. On peut encore imaginer d'autres raisons qui peuvent justifier la prolongation d'une convention: le fait par ex. de pouvoir s'attendre dans l'année à des données chiffrées plus précises permettant d'obtenir une tarification mieux adaptée. Lorsqu'il existe de telles raisons, le gouvernement cantonal est parfaitement en droit de prolonger une convention sans enfreindre l'art. 47, al. 3, LAMal, même si, au moment de la prolongation, les négociations ont échoué et que les parties n'entendent pas les reprendre (cons. II 4.1).

L'articolo 47 capoverso 3 limita l'autonomia delle parti alla convenzione nella misura in cui la competenza per la proroga della convenzione non può essere soppressa mediante accordo tra le parti. Il fatto che al governo cantonale quale autorità competente per stabilire le tariffe venga conferito potere discrezionale per decidere della proroga di una convenzione non ha alcun influsso. Di fatto, se si potesse limitare il potere discrezionale per convenzione impedendo al governo cantonale di prorogare la convenzione in alcuni casi (p. es. in caso di clausola di disdetta della convenzione), esso non vi potrebbe esercitare la sua competenza, prevista dalla legge, per la proroga della con-

venzione. Ciò non sarebbe compatibile con il carattere vincolante della disposizione (cons. II 3.2.).

In seguito al fallimento delle trattative una proroga della convenzione non è esclusa a priori e, di conseguenza, non è sempre richiesta la volontà delle parti di continuare le trattative. Viene invece richiesta esclusivamente l'intenzione del governo cantonale di dare ai partner tariffali una possibilità supplementare di disciplina contrattuale. Ciò significa che il governo cantonale deve potersi fondare su motivi sostenibili e che la volontà delle parti di continuare le trattative può essere considerata un motivo. Questi motivi possono però essere costituiti anche da circostanze oggettive, indipendenti dalla volontà delle parti, come dal fatto che in un futuro prossimo il Consiglio federale o autorità giudiziali prenderanno presumibilmente decisioni che regoleranno questioni di rilievo per la fissazione della nuova tariffa da parte dell'autorità o mediante convenzione. Da questa prospettiva sono possibili anche altri motivi che giustificano una proroga, per esempio il fatto che entro la fine dell'anno saranno presumibilmente disponibili dati nuovi e migliori che consentiranno una tariffazione più adeguata. Dovesse un governo cantonale prorogare una convenzione per uno di questi motivi, non violerebbe l'articolo 47 capoverso 3 LAMal nemmeno se, al momento della proroga, le trattative fossero fallite o le parti non volessero continuarle (cons. II 4.1.).

I.

Übersicht – *Condensé*

A. – Mit Beschluss vom 9. Dezember 1997 hat der Regierungsrat des Kantons Thurgau einem Tarifvertrag zwischen dem Kanton Thurgau (als Träger des Leistungserbringers) und dem KST (als Versichererverband) für die Psychiatrische Klinik Münsterlingen (PKM) und den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst Weinfelden zugestimmt (Art. 43 Abs. 4 KVG). Die Vertreter des KST hatten den Vertrag am 3. Dezember 1997 unterzeichnet. Mit Beschluss vom 4. August 1998 hat der Regierungsrat als Genehmigungsbehörde gemäss Artikel 46 Absatz 4 KVG den Tarifvertrag mit Wirkung ab 1. Januar 1998 genehmigt, nachdem alle vom KST zum Beitritt eingeladenen Krankenversicherer ihren Beitritt zum Vertrag erklärt hatten. Der KST hat mit Schreiben vom 29. Juni 1999 an den Regierungsrat den Tarifvertrag auf den 31. Dezember 1999 gekündigt.

B. – Nachdem sich die Parteien nicht auf einen neuen Vertrag hatten einigen können, hat der Regierungsrat mit Beschluss vom 14. Dezember 1999 den Tarifvertrag um ein Jahr, längstens jedoch bis zu einer vertraglichen Einigung, verlängert (Art. 47 Abs. 3 KVG).

C. – Dagegen führt der KST Beschwerde an den Bundesrat und beantragt, den angefochtenen Beschluss vollumfänglich aufzuheben und die Tarife für die PKM hoheitlich festzusetzen. Die Vorinstanz und die Spital Thurgau AG beantragen, die Beschwerde abzuweisen, desgleichen das BSV in seiner Vernehmlassung zur Beschwerde. Die Preisüberwachung hat im vorinstanzlichen und vorliegenden Verfahren keine Einwände gegen die Vertragsverlängerung erhoben.

A. – *Par arrêté du 9 décembre 1997, le gouvernement cantonal thurgovien a donné son accord (art. 43, 4^e al. LAMal) à la conclusion d'une convention tarifaire entre le canton de Thurgovie (en tant responsable du fournisseur de prestations) et la KST (en tant que fédération d'assureurs) pour la clinique psychiatrique de Münsterlingen et le service psychiatrique pour enfants et adolescents de Weinfelden. Les représentants de la KST avaient signé la convention en date du 3 décembre 1997. Par arrêté du 4 août 1998, le gouvernement cantonal thurgovien a, en sa qualité d'autorité d'approbation au sens de l'article 46, 4^e alinéa LAMal, approuvé la convention avec effet au 1^{er} janvier 1998, après que tous les assureurs invités par la KST à adhérer à dite convention aient déclaré leur adhésion. Par courrier du 29 juin 1999, la KST a signifié au gouvernement cantonal thurgovien qu'elle résiliait la convention pour le 31 décembre 1999.*

B. – *Les partenaires n'ayant pu s'entendre sur la conclusion d'une nouvelle convention, le gouvernement cantonal thurgovien a, par arrêté du 14 décembre 1999, prolongé la convention tarifaire d'une année, mais en tous cas jusqu'à la survenance d'un accord (art. 47, 3^e al. LAMal).*

C. – *Dans son recours au Conseil fédéral, la KST conclut à l'annulation de cet arrêté et à la fixation d'un tarif par le gouvernement pour la clinique psychiatrique de Münsterlingen. L'autorité intimée et la SA Spital Thurgau proposent le rejet du recours, tout comme le fait l'OFAS dans ses observations. La Surveillance des prix n'a quant elle émis aucune objection à la prolongation de la convention tant devant l'instance inférieure que dans la présente procédure.*

II.

Der Bundesrat hat die Beschwerde aus folgenden Gründen abgewiesen:

...

3. Die Kantonsregierung kann einen bestehenden Tarifvertrag um ein Jahr verlängern, wenn sich Leistungserbringer und Versicherer nicht auf die Erneuerung des Vertrages einigen können (Art. 47 Abs. 3 KVG). Statt den

Vertrag zu verlängern, kann sie in diesem Fall aber auch selber einen Tarif festsetzen (Art. 47 Abs. 1 KVG), wie der KST dies im vorliegenden Fall beantragt.

3.1 Beim Entscheid, selbst einen Tarif festzusetzen oder einen bestehenden Vertrag zu verlängern, verfügt der Regierungsrat nach der Praxis des Bundesrates über ein weites Auswahlmessen, in welches der Bundesrat nicht ohne Not eingreifen wird (RKUV 4/1997 230 Erw. 3¹). Der Regierungsrat darf insbesondere berücksichtigen, dass den Vertragsparteien mit der Vertragsverlängerung eine zusätzliche Chance zur autonomen Konfliktlösung geboten wird (KVG-Botschaft, BBl 1992 I 181), weil der autonomen Gestaltung der Tarife in Verträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern gemäss Artikel 43 Absatz 4 KVG Vorrang zukommt (KVG-Botschaft, BBl 1992 I 172). Nur wenn auf diesem Wege kein Tarif vereinbart werden kann, sieht das Gesetz die hoheitliche Festsetzung des Tarifs durch die Kantonsregierung vor (Art. 47 Abs. 1 KVG).

3.2 Der KST macht vorab geltend, dass auf Grund der Parteiautonomie die Befugnis der Parteien zur Kündigung des Tarifvertrages (Kündigungsklausel; Ziff. 14) der gesetzlichen Kompetenz des Regierungsrates zur Vertragsverlängerung vorgehe. Mit dem Abschluss des Vertrages und der Zustimmung zur Kündigungsklausel habe der Regierungsrat auf diese Kompetenz verzichtet, was zulässig sei, weil Artikel 47 Absatz 3 KVG nach Sinn und Geist «dispositives» Recht sein müsse. Die Vertragsverlängerung sei daher aus diesem Grunde ausgeschlossen.

Wenn dies zutrifft, so hiesse dies, dass der Regierungsrat auf eine Zuständigkeit verzichten könnte, die ihm das KVG für den vertragslosen Zustand zuweist. Zuständigkeitsregelungen sind grundsätzlich zwingender Natur und können nicht durch Abreden zwischen Partei und Behörde oder zwischen Parteien aufgehoben oder geändert werden, soweit das Bundesrecht nicht ausdrücklich anderes bestimmt (vgl. Art. 7 Abs. 2 VwVG; ferner BGE 99 Ib 485 Erw. 2a). Eine solche andere Bestimmung findet sich im Bundesrecht über die Krankenversicherung nicht. Dies bedeutet, dass Artikel 47 Absatz 3 KVG die Autonomie der Vertragsparteien insoweit einschränkt, als die Zuständigkeit zur Vertragsverlängerung nicht durch Parteiabrede aufgehoben werden kann. Dass dem Regierungsrat als Tariffestsetzungsbehörde beim Entscheid über die Vertragsverlängerung ein Auswahlmessen zusteht, vermag daran nichts zu ändern. Falls nämlich das Auswahlmessen vertraglich in dem Sinne eingeschränkt werden könnte, dass der Regierungsrat in bestimmten Fällen (wie beispielsweise im Fall ei-

¹ siehe Nr. KV 8 (1997) dieser Sammlung

ner vertraglichen Kündigungsklausel) den Vertrag nicht verlängern könnte, so liefe dies im Ergebnis darauf hinaus, dass er in diesen Fällen seine gesetzliche Zuständigkeit zur Vertragsverlängerung nicht ausüben könnte. Dies wäre mit dem zwingenden Charakter der Bestimmung nicht vereinbar. Im vorliegenden Fall bindet daher die Kündigungsklausel im Tarifvertrag den Kanton Thurgau zwar insofern, als dieser als Vertragspartei die Kündigung des Tarifvertrags durch den KST gegen sich gelten lassen muss. Sie kann jedoch nichts daran ändern, dass der Regierungsrat als Tariffestsetzungsbehörde kraft Gesetz sein Auswahlermessen und seine Kompetenz zur Vertragsverlängerung behält. Die Kündigungsklausel kann daher entgegen der Auffassung des KST nicht in dem Sinne ausgelegt werden, dass der Regierungsrat mit dem Abschluss des Tarifvertrages und der Zustimmung zur Kündigungsklausel auf die ihm gesetzlich eingeräumte Kompetenz zur Vertragsverlängerung verzichtet hat.

4. Der KST rügt weiter, es habe keine Aussicht auf eine Einigung unter den Vertragsparteien bestanden, die eine Vertragsverlängerung gerechtfertigt hätte. Er beruft sich hierfür auf die Praxis des Bundesrates und macht geltend, dass eine Vertragsverlängerung nur angezeigt sei, wenn die Parteien ihren Konflikt selbstständig zu lösen gewillt seien und binnen Jahresfrist mit einem Vertragsabschluss gerechnet werden dürfe. Wenn auch nur eine Partei nicht weiter verhandeln wolle, so müsse ihr Entscheid respektiert und von einer Vertragsverlängerung abgesehen werden. Diese Voraussetzung sei im vorliegenden Fall erfüllt, habe doch der KST mit Schreiben vom 30. November 1999 an das Departement für Finanzen und Soziales (DFS) die Verhandlungen als gescheitert erklärt und eine hoheitliche Festsetzung der Tarife verlangt.

4.1 Strittig zwischen den Parteien ist somit, unter welchen Voraussetzungen eine Vertragsverlängerung zulässig ist. Für den KST ist der erklärte Wille aller Vertragsparteien zur Fortführung der Verhandlungen unerlässlich, während für den Regierungsrat auch andere Elemente eine Vertragsverlängerung rechtfertigen können.

Es trifft zu, dass der Bundesrat in einzelnen Fällen am Parteiwillen angeknüpft hat, um die Aussichten auf eine vertragliche Einigung abzuschätzen. Wenn man daraus indes ableiten wollte, dass eine Kantonsregierung einen gekündigten Vertrag stets nur bei allseitiger Zustimmung der Parteien zur Fortführung der Verhandlungen gemäss Artikel 47 Absatz 3 KVG verlängern dürfe, so entspräche dies nicht der Praxis und der Meinung des Bundesrates. So hat er einen Vertrag in einem Fall verlängert, in welchem der beschwerdeführende Kassenverband sich der Verlängerung im Verfahren vor der Kantonsregierung widersetzt und in der Beschwerde dem Bundes-

rat beantragt hatte, es sei hoheitlich ein Tarif festzusetzen, der mit Blick auf Artikel 49 Absatz 1 KVG höchstens 50 % der anrechenbaren Kosten betrage (BRE vom 23.9.1996 i. S. KTK gegen Regierungsrat des Kantons Thurgau betr. Vertragsverlängerung für das Spital H.). Dass er in einem anderen Entscheid demgegenüber auf den Parteiwillen abgestellt hat, ist für den vorliegenden Fall nicht schlüssig, weil sich die Vertragsverlängerung ohnehin aus einem anderen Grunde aus unzulässig erwies, nämlich deshalb, weil der Regierungsrat nicht befugt war, den gekündigten Tarifvertrag teilweise weiter gelten zu lassen und gleichzeitig die Tarife zu erhöhen (BRE vom 28.9.1998 i. S. KSK gegen Regierungsrat des Kantons St. Gallen betr. Vertragsverlängerung für das Spital O.). Wie zu entscheiden wäre, wenn sich die Vertragsverlängerung unter diesem Aspekt nicht beanstanden lässt und es allein auf den Parteiwillen ankommt, wie dies vorliegend zutrifft, blieb im Entscheid offen. Für den vorliegenden Fall nicht heranziehen lässt sich auch der Entscheid des Bundesrates vom 10. Mai 2000 i. S. KKV gegen den Regierungsrat des Kantons Schaffhausen i. S. MRI-Tarif, weil dort die Verlängerung einer provisorischen Übergangsregelung strittig war und sich die Verlängerung zudem in Tat und Wahrheit als eine Tariffestsetzung im Sinne von Artikel 47 Absatz 1 KVG erwies, welche anderen Regeln untersteht als die Vertragsverlängerung.

Der KVG-Botschaft (BBI 1992 I 181) lässt sich zur Tragweite des Parteiwillens entnehmen, dass eine Kantonsregierung im Falle gescheiterter Vertragsverhandlungen nach der Kündigung eines bestehenden Vertrages auch (d. h. statt den Tarif hoheitlich festzusetzen) beschliessen könne, den gekündigten Vertrag um ein Jahr zu verlängern, um den Tarifpartnern eine zusätzliche Chance zur autonomen Lösung ihres Konfliktes einzuräumen. Dass eine Vertragsverlängerung nach dem Scheitern von Verhandlungen von vornherein ausgeschlossen ist und somit in jedem Fall der Wille der Vertragsparteien zur Fortführung der Verhandlungen erforderlich ist, trifft demnach nicht zu. Vorausgesetzt wird in der Botschaft vielmehr und nur die Absicht der Kantonsregierung, den Tarifpartnern eine zusätzliche Chance zur vertraglichen Regelung einzuräumen. Es versteht sich, dass die Kantonsregierung sich dabei auf vertretbare Gründe stützen können muss und der Wille der Vertragsparteien zur Fortführung der Verhandlungen als solcher Grund gelten darf. Solche Gründe können sich aber auch aus objektiven Umständen ergeben, die ausserhalb des Parteiwillens liegen, beispielsweise daraus, dass in naher Zukunft Entscheide des Bundesrates oder richterlicher Behörden zu erwarten sind, die Fragen regeln, welche für die hoheitliche oder vertragliche Festsetzung des neuen Tarifs von Belang sein können. Denkbar sind aus dieser Sicht auch noch weitere Gründe, die eine

Vertragsverlängerung rechtfertigen können, so etwa der Umstand, dass binnen Jahresfrist neues und besseres Zahlenmaterial zu erwarten ist, welches eine angemessenere Tarifierung erlaubt. Wenn eine Kantonsregierung aus solchen Gründen einen Vertrag verlängert, so verstösst sie nicht gegen Artikel 47 Absatz 3 KVG, auch dann nicht, wenn im Zeitpunkt der Verlängerung die Vertragsverhandlungen gescheitert sind und die Parteien nicht weiter verhandeln wollen. In diesem Sinne kann es auch nicht darauf ankommen, ob und wie weit die Vertragsparteien zu diesem Zeitpunkt an einer Vertragsverlängerung interessiert sind.

4.2 Im vorliegenden Fall weist der Regierungsrat darauf hin, dass sich der KST im Schreiben vom 9. November 1999 an das DFS bereit erklärt hat, über Anpassungen zu diskutieren, sobald der Entscheid des Bundesrates über die Beschwerde gegen die Verlängerung des Vertrages für die öffentlichen Spitäler des Kantons Thurgau vorliegt. Dieser Entscheid ist am 13. Dezember 1999 ergangen und war dem Regierungsrat noch nicht bekannt, als er am 14. Dezember 1999 über die Verlängerung des Tarifvertrages entschieden hat.

Angesichts dieser Umstände durfte der Regierungsrat bei seinem Entscheid davon ausgehen, dass der KST seinen Standpunkt nach der Eröffnung des fraglichen bundesrätlichen Entscheides überprüfen würde und die Verhandlungen gegebenenfalls weitergeführt werden könnten. Diese Bereitschaft zur Überprüfung des Standpunktes im Lichte des bundesrätlichen Entscheides konnte der KST mit dem Schreiben vom 30. November 1999 gegenüber dem DFS nicht einseitig zurücknehmen. So oder anders kommt hinzu, dass den Vertragsparteien auf Grund des KVG eine Verhandlungspflicht obliegt, die dazu führen kann, dass sie nach dem Scheitern von Verhandlungen auf ihre Positionen zurückkommen müssen, wenn neue Umstände eintreten (vgl. RKUV 2/1999 174 Erw. 3–5²). Der vorgenannte Bundesratsentscheid darf als solcher Umstand betrachtet werden, der den Regierungsrat berechtigte, den Vertragsparteien eine zusätzliche Chance zur autonomen Lösung einzuräumen. Ob der Kanton Thurgau als Partei des Tarifvertrages im Dezember 1999 ein Interesse an einer Vertragsverlängerung hatte, nicht aber der KST, wie dieser behauptet, kann offen bleiben, weil es auf diesen Aspekt unter den genannten Umständen nicht ankommen kann.

Der Regierungsrat durfte daher im Rahmen des ihm zustehenden weiten Ermessens mit Beschluss vom 14. Dezember 1999 den Tarifvertrag verlängern, ohne gegen Artikel 47 Absatz 3 KVG zu verstossen.

² siehe Nr. KV 70 (1999) dieser Sammlung

4.3 In separaten Eingaben vom 18. August 2000 haben das DFS und die Spital Thurgau AG zum Abschluss des Instruktionsverfahrens und des Schriftenwechsels daran festgehalten, dass die Vertragsverhandlungen nicht gescheitert seien und am 28. Juni 2000 ein Workshop mit den Vertragsparteien stattgefunden habe, an dem auch die Frage der Tarife 2000 für die PKM nochmals erläutert worden sei. Der Bundesrat sieht keinen Anlass, für den vorliegenden Entscheid auf diese Vorbringen abzustellen. Für die Beurteilung des strittigen RRB 1021 ist primär massgeblich, wie sich die Verhältnisse im Dezember 1999 präsentierten, als der Regierungsrat den Vertrag verlängerte. Das schliesst nicht aus, dass in Ausnahmefällen auch die spätere Entwicklung der Dinge zu berücksichtigen ist. Im vorliegenden Fall liegt für den Bundesrat ein solcher Fall jedoch nicht vor, weshalb auch kein Grund bestand, den KST mit diesen Eingaben zu bedienen und dazu anzuhören.

4.4 Nach der Praxis des Bundesrates zu Artikel 47 Absatz 3 KVG muss die Kantonsregierung – im Gegensatz zur Vertragsgenehmigung (Art. 46 Abs. 4 KVG) und zur Tariffestsetzung (Art. 47 Abs. 1 KVG) – nicht prüfen, ob der zu verlängernde Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit vereinbar ist. Die behördliche Überprüfung des Vertragsinhaltes und gegebenenfalls die hoheitliche Festsetzung eines neuen Tarifs durch den Regierungsrat würde angesichts des damit verbundenen aufwändigen Verfahrens in keinem Verhältnis zur kurzen Dauer der Verlängerung stehen und könnte der Zielsetzung des KVG, den Abschluss von Verträgen zu fördern, hemmend entgegen stehen. Der Gesetzgeber hat mit Blick auf eine mögliche vertragliche Regelung unter den Tarifparteien und im Hinblick auf die Befristung der Vertragsverlängerung auf ein Jahr in Kauf genommen, dass ein bestehender Vertrag nicht mehr in allen seinen Teilen den gesetzlichen Anforderungen und Zielsetzungen entspricht, weshalb dieser Aspekt einer Vertragsverlängerung nicht grundsätzlich im Wege steht (BRE vom 10. 5. 2000 i. S. KKV gegen Regierungsrat des Kantons Schaffhausen i. S. MRI-Tarif – Nr. 99-41-0038³). Der Bundesrat lehnt nach seiner Praxis eine Vertragsverlängerung daher nur dann ab, wenn es um einen Bereich geht, in dem das KVG den Umfang und die Vergütung von Leistungen zwingend und abschliessend regelt, sodass dieser Bereich einer vertraglichen Regelung zwischen den Tarifparteien entzogen ist und ein tarifloser Zustand nicht eintreten kann. In diesem Sinne hat er die Verlängerung eines Vertrages insoweit verweigert, als dieser mit der zwingend anwendbaren Analysenliste des Bundes (Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 1 KVG) nicht mehr vereinbar war (BRE vom 13. 3. 2000 i. S. H. gegen

³ siehe Nr. KV 179 (2001) dieser Sammlung

Diese Voraussetzung ist im vorliegenden Fall nicht erfüllt. Was der KST gegen die im Tarifvertrag geregelten stationären und ambulanten Tarife der PKM vorbringt, beschlägt im Wesentlichen und schwergewichtig Fragen der Wertung und der Tarifierung, bei denen naturgemäss ein erheblicher Spielraum besteht und die in einem aufwändigen Verfahren erst geklärt werden müssten, was nach der Praxis des Bundesrates bei Tariffestsetzungen geboten sein kann, nicht aber grundsätzlich bei Vertragsverlängerungen. Dies gilt zum einen für die vom KST beantragte Staffelung der stationären Tarife nach Aufenthaltsdauer und Spitalabteilungen sowie mit Bezug auf die Höhe der Tarife. Nicht anders verhält es sich mit dem Taxpunktwert für ambulante Behandlungen. Dass andere Spitäler tiefere Taxpunktwerte kennen als die PKM, ist nicht schlüssig, weil die Verhältnisse an den fraglichen Spitälern (öffentliche St. Galler Spitäler, Humaine Klinik Zihlschlacht) nicht ohne weiteres vergleichbar sind und daher erst näher abgeklärt werden müssten. Dies gilt auch für den vom KST angestellten Vergleich mit den Pauschaltaxen in Psychiatrischen Kliniken des Kantons Graubünden.

4.5 Die Vertragsverlängerung durch den Regierungsrat ist demnach nicht zu beanstanden und die Beschwerde des KST abzuweisen.

Abzuweisen sind auch die beweisrechtlichen Anträge des KST. Was insbesondere den von der Preisüberwachung verlangten Bericht angeht, ist festzustellen, dass diese in Kenntnis der Argumente des KST im Verfahren vor dem Bundesrat am 6. April 2000 ihren im kantonalen Verfahren vertretenen Standpunkt bestätigt hat, wonach sie gegen die Verlängerung des Tarifvertrages nichts einzuwenden habe. Der Bundesrat sieht auch keinen Anlass, das Instruktionsverfahren auf die vom KST in den Schlussbemerkungen genannte Erhebung der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz über die Kosten und Abgeltungen im ambulanten Spitalbereich sowie auf die von der Spital Thurgau AG mit den Schlussbemerkungen eingereichte Betriebsabrechnung 1999 der PKM auszudehnen. In Frage steht die Verlängerung des Vertrages für ein Jahr, weshalb aus zeitlichen und sachlichen Gründen ein rascher Beschwerdeentscheid geboten und daher in Kauf zu nehmen ist, dass ein bestehender Vertrag allfällige Widersprüche zu den Anforderungen und Zielen des KVG aufweist (Ziff. II/4.4 hiavor). Für die Frage, ob der Verlängerungsbeschluss vor dem Bundesrecht standhält, ist daher grundsätzlich auf den Stand der Dinge abzustellen, wie er sich dem Regierungsrat im Dezember 1999 präsentierte (Ziff. II/4.3 hiavor). Daher

⁴ siehe Nr. KV 177 (2001) dieser Sammlung

verbietet es sich im vorliegenden Fall, am Ende des Schriftenwechsels und des Instruktionsverfahrens zusätzliche Beweismittel beizuziehen und damit das Verfahren zu verlängern. Es ist den Vertragsparteien selbstverständlich unbenommen, die genannten Beweismittel in der Verhandlungsrunde für die Tarife 2001 zu berücksichtigen.

Einzelleistungstarif für Leistungen der Physiotherapie: Festsetzung des Taxpunktwertes auf kantonaler Ebene im vertragslosen Zustand nach der Genehmigung einer gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur für Leistungen der Physiotherapie durch den Bundesrat
KV 185 Entscheid des Bundesrates vom 18. Oktober 2000 in Sachen Schweizerischer Physiotherapeutenverband, Sektion St. Gallen/Appenzell (SPV/SG/AI/AR), und Kantonalverband Appenzellischer Krankenkassen (KVAK) gegen die Beschlüsse des Regierungsrates des Kantons Appenzell Auser rhoden sowie der Standeskommission des Kantons Appenzell Inner rhoden

Der Grundsatz der Kostenneutralität bei Tarifrevisionen ergibt sich aus dem KVG, das vorschreibt, dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird. Das bedeutet, dass eine neue Tarifstruktur, die in etwa das gleiche Leistungsangebot umfasst wie früher, grundsätzlich zu keinen Kostensteigerungen führen darf. Kann das allein mit der neuen Tarifstruktur nicht erreicht werden, so bleibt noch ein gewisser Raum für Korrekturen bei der Festsetzung des nationalen Taxpunktwertes als Ausgangswert für die kantonalen Werte (Erw. II 8.1).

Im vorliegenden Fall sind zwei Korrekturen im Zusammenhang mit dem Gebot der Kostenneutralität vorzunehmen (Erw. II 8.3.2 und 8.3.3). Die beiden Anpassungen ergeben einen Modelltaxpunktwert als nationale Ausgangsgrösse (Erw. II 8.4).

Zur Festsetzung des kantonalen Taxpunktwertes folgt der Bundesrat der Methode, welche die Preisüberwachung vorgeschlagen hat, und verwendet die kantonalen Lohn- und Mietindizes, weil diese die lokalen Lebenskosten und Gegebenheiten wesentlich besser wiedergeben und dadurch die kostenneutrale Tarifeinführung sichergestellt wird (Erw. II 9.2 und 9.3).

Le principe de la neutralité des coûts en cas de révisions tarifaires découle de la LAMal qui commande aux partenaires tarifaires et aux autorités compétentes de veiller à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible. Il s'ensuit qu'une nouvelle structure tarifaire, dont l'offre de prestations est à peu près analogue à l'ancienne, ne doit en principe pas

conduire à des augmentations de coûts. Si cet objectif ne peut simplement être atteint avec la nouvelle structure tarifaire, il reste toutefois une certaine marge de manœuvre pour apporter des correctifs lors de la fixation de la valeur du point sur le plan suisse en tant que base de calcul des valeurs cantonales (cons. II 8.1.).

Dans le cas concret, deux correctifs en rapport avec l'exigence de la neutralité des coûts doivent être apportés (cons. II 8.3.2. et 8.3.3.). Les deux adaptations fournissent une valeur-modèle du point qui sert de référence au niveau national (cons. II 8.4.).

Pour la fixation de la valeur du point cantonale, le Conseil fédéral suit la méthode proposée par le Surveillant des prix qui est basée sur l'indice général cantonal des salaires et des loyers car elle reflète mieux le coût de la vie et les circonstances locales et elle garantit ainsi l'introduction d'un tarif qui est neutre en termes de coûts (cons. II 9.2 et 9.3.).

Il principio della neutralità dei costi in caso di revisioni tariffali deriva dalla LAMal, che prescrive ai partner tariffali ed alle autorità competenti di vigilare affinché si conseguano cure appropriate e di alto livello qualitativo, a costi il più possibile convenienti. Una nuova struttura tariffale, costituita da press'a poco la stessa offerta di prestazioni della precedente, non può quindi comportare, in linea di principio, un aumento dei costi. Se la nuova struttura tariffale non è di per sé sufficiente al raggiungimento di questo obiettivo, rimane tuttavia un certo margine di manovra per apportare dei correttivi all'atto di determinare il valore del punto a livello svizzero quale base per il calcolo dei valori cantonali (cons. II 8.1.).

Nella fattispecie devono essere apportati due correttivi in relazione all'esigenza di mantenere la neutralità dei costi (cons. II 8.3.2. e 8.3.3.). I due adeguamenti forniscono un valore modello del punto che servirà da riferimento a livello nazionale (cons. II 8.4.).

Per stabilire il valore del punto a livello cantonale, il Consiglio federale si attiene al metodo proposto dal Sorvegliante dei prezzi che è basato sull'indice generale cantonale dei salari e degli affitti, visto che questo, riflettendo meglio il costo della vita e le realtà locali, garantisce la neutralità dei costi dell'introduzione di una tariffa (cons. II 9.2. e 9.3.).

I.

Übersicht – *Condensé*

Am 1. September 1997 haben der Schweizerische Physiotherapeutenverband und das Konkordat Schweizerischer Krankenversicherer einen Ver-

trag abgeschlossen, in dem eine für ganze Schweiz einheitliche Tarifstruktur für Physiotherapieleistungen (Anzahl Taxpunkte je Leistung) vereinbart wurde. Der Vertrag sieht vor, dass der Wert des Taxpunktes, der, multipliziert mit der Anzahl Punkte der Leistung, deren Preis ergibt, dort festgesetzt werden soll, wo die Leistung erbracht wird, das heisst auf kantonalem Niveau. In den vorliegenden Verfahren konnten sich der Schweizerische Physiotherapeutenverband, Sektion St. Gallen/Appenzell (nachfolgend SPV/SG/AI/AR) und der Kantonalverband Appenzellischer Krankenkassen (KVAK) nicht über den Taxpunktwert einigen, so dass die Regierungen der beiden Appenzell diesen auf Fr.–95 festgesetzt haben. In ihren Beschwerden beantragen der SPV/SG/AI/AR Fr. 1.– und der Kassenverband Fr.–82.

Le 1^{er} septembre 1997, la Fédération suisse des physiothérapeutes et le Concordat des assureurs-maladie suisses ont conclu une convention au plan fédéral établissant une structure tarifaire uniforme (nombre de points par prestation ou valeur dite abstraite) pour les prestations des physiothérapeutes indépendants. S'agissant de la valeur du point (valeur qui, multipliée par le nombre de points par prestation, leur donne leur prix), la convention renvoie à sa fixation au lieu où la prestation a été fournie, soit au niveau cantonal. En l'occurrence, la section SG/AI/AR des physiothérapeutes et la Fédération appenzelloise des assureurs-maladie n'ayant pu aboutir à un accord sur le plan cantonal, les gouvernements respectifs d'AI et AR ont fixé la valeur du point à 95 centimes. Dans leurs recours au Conseil fédéral, la section des physiothérapeutes demande qu'elle soit fixée à 1 franc, alors que la fédération cantonale des assureurs-maladie conclut à ce qu'elle soit réduite à 82 centimes.

II.

Auszug aus den Erwägungen:

...

7.1 Am 1. Juli 1998 hat der Bundesrat den Vertrag zwischen dem SPV und den Versicherern mit Wirkung ab 1. Januar 1998 genehmigt, mit dem gesamtschweizerisch eine einheitliche Tarifstruktur für Physiotherapieleistungen vereinbart worden ist. Gleichzeitig hat er das Tarifwerk mit den beiden Anhängen (Tarif und Ausführungsbestimmungen) auch für jene Physiotherapeuten und -therapeutinnen als anwendbar erklärt, die dem Vertrag nicht beigetreten sind. Die im Tarifvertrag vorgesehene Vereinbarung zur Qualitätssicherung war von den Vertragspartnern bereits per 31. Dezember 1997 unterzeichnet worden. Nach der neuen Tarifstruktur gilt demnach in der ganzen Schweiz stets dieselbe Anzahl Taxpunkte für dieselbe Leis-

tung. Eine kantonale Anpassung der Taxpunkte je Leistung ist damit ausgeschlossen.

7.2 Im Verlaufe der Tarifrevision wurde ein Modellphysiotherapieinstitut (MPI) geschaffen, auf dessen Basis die Taxpunktwertberechnungen vorgenommen werden. Dem MPI liegen ein Kosten- und ein Leistungsmodell zu Grunde. Die Daten, die zur Bildung des MPI herangezogen wurden, stammen aus Erhebungen bei 119 (Kostenbereich) beziehungsweise 125 (Leistungsbereich) privaten Physiotherapiepraxen sowie 30 Spitälern in der ganzen Schweiz und sind einer statistischen Bereinigung unterzogen worden. Auf dieser Grundlage werden die Kosten einer durchschnittlichen privaten Praxis ermittelt. Die Anzahl Punkte pro Leistungsposition sind ausgehend von den Minutenkosten (abgeleitet von den Gesamtkosten des MPI) und in Abhängigkeit der erforderlichen Zeit für das Erbringen der verschiedenen Leistungen berechnet worden («Minutage» der einzelnen Leistungen oder Leistungsgruppen). Das Kostenmodell geht von einem Taxpunktwert von Fr. 1.– aus und ergibt Gesamtkosten für das MPI von Fr. 242 306.– pro Jahr.

Auf Empfehlung der Preisüberwachung sind vor der Genehmigung der Tarifstruktur durch den Bundesrat die Daten zum Lohn für die Institutsleitung beim Kostenmodell mit dem einseitigen 2-Sigma-Test einer zusätzlichen Überprüfung unterworfen worden, worauf die Vertragsparteien diese Kostenstelle von Fr. 80 599.– auf 78 039.– senkten. Eine Korrektur wurde auch im Leistungsmodell vorgenommen. Weiteren Empfehlungen der Preisüberwachung sind die Vertragsparteien nicht gefolgt.

7.3 Ebenfalls am 1. Juli 1998 hatte dem Bundesrat eine Vereinbarung der Parteien über einen Taxpunktwert von Fr. 1.– zur Genehmigung vorgelegen. Die Parteien hatten vorgesehen, dass für die Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung ein Taxpunktwert von Fr. 1.– gilt, währenddem für die Krankenversicherung der Wert am Ort der Leistungserbringung ausschlaggebend sein soll. Der Betrag von Fr. 1.– sollte daher als Ausgangswert zur Ermittlung der kantonalen Taxpunktwerte dienen. Nachdem im Vorfeld der Verhandlungen die Preisüberwachung in verschiedenen Punkten Korrekturen im Leistungs- und im Kostenmodell verlangt hatte, denen die Parteien nur teilweise gefolgt waren, verblieb schliesslich eine Differenz von knapp 9 % zwischen den Vorstellungen der Vertragsparteien und der Preisüberwachung über die Höhe des Taxpunktwertes. Da ein gesamtschweizerischer Taxpunktwert nur dann vom Bundesrat zu genehmigen ist, wenn er als solcher von den Tarifpartnern auch vereinbart wurde, was in diesem Fall nicht zutraf, hat der Bundesrat die Vereinbarung nicht genehmigt. Die Einwände

der Preisüberwachung könnten bei der Festsetzung des Taxpunktwerts auf kantonaler Ebene berücksichtigt werden.

7.4 In den hier zu beurteilenden kantonalen Tariffestsetzungen hat die Preisüberwachung zwar aus Kapazitätsgründen formal keine Empfehlung abgegeben. Sie hat jedoch zu Handen der Vorinstanzen auf ihre früheren Empfehlungen von Juni und November 1997 in derselben Sache verwiesen und an diesen festgehalten. Materiell lag somit eine Stellungnahme der Preisüberwachung im erstinstanzlichen Verfahren vor, nämlich jene, die den Bundesrat am 1. Juli 1998 veranlasst hat, die Vereinbarung der Vertragsparteien über einen Taxpunktwert von Fr. 1.– nicht zu genehmigen. Denn er ging damals davon aus, dass die noch offenen Fragen durch die Vertragsparteien oder die Vorinstanzen jeweils bei der Festsetzung des kantonalen Taxpunktwerts bereinigt würden, was nur teilweise der Fall ist, wie sich aus den angefochtenen Beschlüssen ergibt.

7.5 Das EJPD als Instruktionsbehörde hat deshalb richtigerweise die Preisüberwachung erneut eingeladen, sich zu der Sache im Rahmen der vorliegenden Beschwerden zu äussern. Diese hält vorab vollumfänglich an ihren früheren Einwendungen und Anträgen fest. In diesem Umfang liegen somit Empfehlungen der Preisüberwachung im Sinne des Gesetzes vor, denen die zuständigen Behörden bis anhin ohne Begründung beziehungsweise ohne genauere Ausführungen nicht oder nur teilweise gefolgt sind (Art. 14 Abs. 2 PüG). Da die Beschwerdeinstanz grundsätzlich in der Sache selbst entscheidet und die Angelegenheit nur ausnahmsweise mit verbindlichen Weisungen an die Vorinstanz zurück weist (Art. 61 VwVG), prüft der Bundesrat im Folgenden die Empfehlungen der Preisüberwachung. Das betrifft den grundsätzlichen Einwand, Tarifrevisionen hätten kostenneutral zu sein, sowie die Beanstandungen zu drei Positionen im Kostenmodell des MPI (Einkommen «Institutsleitung», Dauer der Fort- und Weiterbildung für Diplomierte in Physiotherapie sowie die Höhe der Abschreibungen).

7.6 Nebst ihrer Stellungnahme zur Höhe des nationalen Taxpunktwerts hat sich die Preisüberwachung auch zu dessen Umrechnung auf das kantonale Niveau geäußert. In diesem Punkt ist ihr Vorschlag, der im erstinstanzlichen Verfahren den kantonalen Behörden nie unterbreitet worden ist, allerdings nicht als Empfehlung im Sinne des PüG einzustufen, sondern als einfacher Amtsbericht einer Fachstelle des Bundes einzustufen. Solche Auskünfte zu Fragen in hängigen Beschwerdeverfahren einzuholen, steht der Instruktionsbehörde des Bundesrates jederzeit frei, umso mehr als dieser der Officialmaxime, das heisst der Sachverhaltsermittlung von Amtes wegen verpflichtet ist (Art. 12 VwVG).

7.7 Im Zusammenhang mit Verfahren zu Tariffestsetzungen nach KVG ist schliesslich auf die Praxis des Bundesrates zu verweisen, dass Empfehlungen der Preisüberwachung ein besonderer Stellenwert zukommt, weil die zuständigen Behörden bei der Festsetzung von Tarifen diesen von Gesetzes wegen zu folgen oder aber ein Abweichen zu begründen haben. Die auf spezialisierte Sachkunde gestützten Stellungnahmen der Preisüberwachung haben deshalb ein entsprechendes Gewicht bei der Beurteilung strittiger Tarife (vgl. RKUV 1997 S. 343 ff., Erw. 4.6.¹). Er weicht zudem von Auffassungen in Amtsberichten als denjenigen einer Fachstelle des Bundes grundsätzlich nur dann ab, wenn jene auf einer falschen Auslegung des Bundesrechts beruhen beziehungsweise Irrtümer, Lücken oder Widersprüche enthalten (VPB 54.29 Erw. 2.b mit weiteren Hinweisen; vgl. auch *F. Gygi*, a. a. O., S. 276 f.).

8. In den vorliegenden Verfahren zur Festsetzung des Taxpunktwertes für Physiotherapieleistungen durch die Kantonsregierungen sind von den Beteiligten eine Reihe von Fragen grundsätzlicher Natur aufgeworfen worden, so dass sich der Bundesrat veranlasst sieht, dazu vorab in allgemeiner Form Stellung zu nehmen.

8.1 Die Preisüberwachung begründet ihre Empfehlungen mit der grundsätzlichen Forderung, die neue Tarifstruktur habe kostenneutral zu sein. Das wird von Seiten des SPV/SG/AI/AR generell mit dem Einwand bestritten, das Gesetz (Art. 43 Abs. 4 KVG) sehe eine betriebswirtschaftliche Bemessung der Tarife vor, was nicht zwingend Kostenneutralität bedeute. Im Übrigen finde sich dieser Begriff nirgends im KVG. Die Frage ist zuerst zu prüfen, denn je nach Antwort kommt den Empfehlungen der Preisüberwachung ein anderes Gewicht zu (vgl. Ziff. II, 7.6).

Es trifft zwar zu, dass der Ausdruck «kostenneutral» nirgends im KVG zu finden ist. Indessen haben die Vertragspartner und die zuständigen Behörden gemäss Artikel 43 Absatz 6 KVG darauf zu achten, dass die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung qualitativ hochstehend sowie zweckmässig ist und zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird. Ziel der neuen Tarifstruktur war es, die bisher erbrachten Physiotherapieleistungen in einer Art neu zu gewichten, welche die einzelnen Leistungen transparent und messbar erscheinen lassen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Gesamtkosten der alten Tarifstruktur grundsätzlich als betriebswirtschaftlich gerechnet gelten. Eine Tarifstruktur muss aber revidiert werden, wenn sich herausstellt, dass die Werte einzelner Leistungen so angesetzt sind, dass es zu Fehlentwicklungen bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten

¹ siehe Nr. KV 16 (1997) dieser Sammlung

kommt (z. B. unnötige Mengenausweitung) und deswegen die Leistungen nicht effizient im Sinne des Gesetzes erbracht werden.

Bei der Genehmigung der Tarifstruktur ist der Bundesrat denn auch davon ausgegangen, dass in dieser einerseits der tatsächliche Aufwand für die Leistungen abgedeckt wird und andererseits unnötige oder zu hohe Kosten ausgeschieden beziehungsweise gesenkt wurden. Das schliesst zwar höhere Kosten durch eine neue Tarifstruktur bei gleich bleibendem Angebot nicht von vornherein aus, doch müssen sich diese als gerechtfertigt im Sinne des Gesetzes (Art. 43 Abs. 6 KVG) erweisen. Keinen Sinn würde aber eine Tarifrevision machen, wenn damit einfach die Abgeltung für bisher erbrachte Leistungen erhöht wird. Ist daher das neue Leistungsangebot mehr oder weniger gleich wie das alte, so müssen sich Kostensteigerungen und Einsparungen grundsätzlich in etwa die Waage halten. Damit steht für den Bundesrat fest, dass solche Tarifrevisionen grundsätzlich auf Kostenneutralität abzielen haben, um den gesetzlichen Anforderungen an die Preisgestaltung zu genügen. Vermag die neue Tarifstruktur nicht zu erreichen, bleibt immer noch ein gewisser Spielraum, Korrekturen bei der Festsetzung des nationalen Taxpunktwertes als Ausgangswert für die kantonalen Werte oder bei einzelnen Aufwandsposten im gesamtschweizerisch repräsentativen Kostenmodell anzubringen. Die Medizinaltarifkommission (MTK) hat bereits früh auf höhere Kosten von rund 8,8 % durch die neue Struktur hingewiesen. Zudem haben sich die Tarifpartner für den Bereich des KVG nicht auf einen nationalen Taxpunktwert geeinigt, was Grund für den Bundesrat war, die Vereinbarung über einen solchen Taxpunktwert von Fr. 1.– im Bereich des KVG nicht zu genehmigen. Die Preisüberwachung ist daher bei ihren Empfehlungen zu Recht vom Grundsatz der Kostenneutralität für Tarifrevisionen ausgegangen.

8.2 Die Vorinstanzen haben den Taxpunktwert nach dem Kostenmodell des MPI berechnet und es in Anlehnung an die Praxis des Bundesrates zum Hebammenmodell abgelehnt, einzelne Abänderung an Kostenpositionen des Modellinstitutes zuzulassen, wie sie seitens des SPV/SG/AI/AR mit Hinweis auf kantonale Besonderheiten beantragt worden waren. Diese Sichtweise von Regierungsrat und Standeskommission ist grundsätzlich richtig, soweit sie sich auf den Aufbau des Kostenmodells des MPI bezieht. Die Neuberechnung der Kosten von kantonalen Modellinstituten ist in der Tat zu problematisch, vor allem in kleinen Kantonen. Das fängt bereits bei der Repräsentativität beziehungsweise der Qualität bei Umfang und Auswahl der Stichprobe an. Ist diese zu klein oder schlecht ausgewählt, besteht die Gefahr, dass die erhobenen Daten von geringem statistischem Wert sind und die Gegebenheiten im Kanton nicht korrekt wiedergeben. Dadurch

würde zudem das Risiko entstehen, dass die auf diese Weise ermittelten Kosten den Anforderungen des KVG nicht genügen.

Das gesamtschweizerische Kostenmodell des MPI bezieht sich auf empirisch ermittelte, normativ ergänzte und statistisch bereinigte Daten. Es ist somit, was im Übrigen auch dem Willen der Vertragsparteien entspricht, landesweit repräsentativ. Die Eckwerte des Kostenmodells für das MPI (Personal-, Sach- und Anlagenutzungskosten) bilden somit grundsätzlich die Ausgangspunkte für die Berechnung des kantonalen Taxpunktwertes.

8.3 Am 14. November 1997, bestätigt am 24. Februar 1998, hielt die Preisüberwachung zuhanden des BSV fest, dass ihre Empfehlungen vom Juni 1997 nur ungenügend und drei wesentliche Korrekturen überhaupt nicht berücksichtigt worden seien. Letztere betrafen das Einkommen des Institutsleiters, die Verminderung der Abschreibungskosten sowie die Reduktion der Anzahl Tage für Fort- und Weiterbildung. Sie verwies insbesondere darauf, dass der neue Tarif selbst nach Umsetzung einiger ihrer Empfehlungen gemäss Berechnungen der MTK zu einer Kostensteigerung bei den Physiotherapieleistungen von rund 8,8 % führt. Die Pue habe die Nettokosten des MPI unter Einbezug der von der MTK nicht übernommenen Empfehlungen nochmals berechnet und sei zum Schluss gekommen, dass der Stundenansatz im Vertrag um zusätzliche 9,5 % gesenkt werden müsste. Die Parteien sollten daher den Tarif so anpassen, dass insgesamt eine Kostenreduktion von mindestens 8,8 % resultiere. Der Einfachheit halber, um aufwändige Umrechnungen der Stundenansatzreduktion auf die einzelnen Tarifpositionen zu vermeiden, könne man auch den vereinbarten Taxpunktwert von Fr. 1.– auf Fr. –,91 senken.

8.3.1 Die Vorinstanzen sind zwar den Empfehlungen der Preisüberwachung zu den einzelnen Punkten im Kostenmodell ohne Angabe von Gründen nicht gefolgt. Sie stellten sich aber auf den zutreffenden Standpunkt, die neue Tarifstruktur dürfe keine Mehrkosten verursachen, und senkten den von ihnen errechneten kantonalen Taxpunktwert pauschal um 5 %. Bereits vor dem Genehmigungsverfahren für die Struktur des Tarifes hatte sich abgezeichnet, dass diese bei einem Taxpunktwert von Fr. 1.– mit hoher Wahrscheinlichkeit deutliche Mehrkosten verursachen wird. So hat die MTK in einer Simulationsübersicht einen Gesamtaufwand für Physiotherapie nach KVG errechnet, der rund 10 % höher ist als vor der Tarifrevision. Für die privaten Physiotherapiepraxen nach KVG kommt sie auf 9,46 % mehr. Gleichzeitig hat die Preisüberwachung in eigenen Untersuchungen höhere Kosten von 9,5 % vorausgesagt, falls ihre Empfehlungen nicht vollumfänglich befolgt würden. Diese Zahlen sind ohne Zweifel ein Indiz, dass die neue

Tarifstruktur teurer sein könnte als die alte, obwohl die Leistungen eigentlich gleich bleiben. Es handelt sich bei diesen Zahlen aber um Prognosen, bei denen nicht mit Sicherheit feststeht, dass sie sich später als richtig erweisen. Um jedoch eine pauschale Senkung des Taxpunktwertes von beinahe 10% vorzunehmen, wäre nach Auffassung des Bundesrates eine grössere Gewissheit erforderlich, als dies hier der Fall ist. Mit Blick darauf ist der Bundesrat nicht bereit, eine pauschale Senkung des Taxpunktwertes von 9% vorzunehmen, wie die Preisüberwachung das vorschlägt.

8.3.2 Auf die erste Empfehlung der Preisüberwachung vom Juni 1997 hin haben die Vertragsparteien im Kostenmodell den Mittelwert des Einkommens für die Stelle «Institutsleitung» von Fr. 80 599.– auf Fr. 78 039.– gesenkt. Die Preisüberwachung forderte aber noch eine weitere Überprüfung dieser Kostenstelle, weil ihre Erhebungen ergeben hätten, dass das Durchschnittseinkommen für Diplomierte in Physiotherapie in Privatinstituten bei gleicher Leistung deutlich höher sei als in Spitälern. Das sei offenbar Folge davon, dass das Verhältnis Leitung und diplomierte Angestellte jenem in den Spitälern nicht entspreche, weshalb der Lohn für die Leitung des MPI korrigiert werden müsse. Sie gehe nämlich davon aus, dass dieses ungünstige Verhältnis in der Privatpraxis (1,04 zu 0,81) sich unter Wettbewerbsbedingungen kaum aufrechterhalten lasse und letztlich über Vergrößerungen der Praxen oder tiefere Entschädigungen für die Leitung angepasst werde. Tatsache sei, dass die verantwortliche Person für die Leitung im MPI in erster Linie als Fachperson arbeite und entsprechend entlohnt werden sollte. Zur Bezifferung greift die Preisüberwachung auf das Verhältnis in den Spitälern (1,5 zu 9,22 bzw. 1 zu 6) zurück und schlägt vor, die Kostenstelle Institutsleitung aus $\frac{1}{6}$ Lohn für die Leitung und $\frac{5}{6}$ für die Arbeit als Diplomierte in Physiotherapie zu errechnen.

Die Personalaufwendungen im Kostenmodell bilden für die ganze Schweiz einen zentralen Ausgangspunkt zur Ermittlung des kantonalen Taxpunktwertes (vgl. vorne Ziff. II/8.2), weshalb, und zwar unabhängig von der Umrechnungsmethode, geklärt werden muss, ob die Kostenstelle «Institutsleitung» im Modell zu Recht mit dem Betrag von Fr. 78 039.– steht. Dieser Referenzlohn entspricht dem statistisch bereinigten Durchschnittseinkommen für die Leitung einer Physiotherapieabteilung mit 10,74 Personaleinheiten (davon 1,5 Leitung) in einem kleinen oder mittleren Spital. Das private MPI hingegen weist im Schnitt nur 1,85 Stellen für Diplomierte in Physiotherapie auf, wovon 1,04 auf die Leitung des Institutes entfallen. Das hat zur Folge, dass bei Annahme des erwähnten Referenzlohnes für die Leitung das Durchschnittseinkommen für Physiotherapiepersonal in der privaten Praxis rund 10% höher ist als im Spital, obwohl an beiden Orten

dieselben Leistungen erbracht werden. Dies lässt sich sachlich nicht rechtfertigen. Es ist aber insbesondere nicht nachvollziehbar, weshalb für das Vergleichseinkommen bei der privaten Institutsleitung von einem Verhältnis Vorgesetzte und Angestellte von 1 zu 6 wie in den Spitälern ausgegangen werden soll, wenn es doch tatsächlich 1,04 zu 0,81 beträgt. Der Leistungsaufwand im privaten MPI ist ohne Zweifel wesentlich kleiner als im Spital, so dass die Person, die die Institutsleitung hat, weit überwiegend als Diplomierte in Physiotherapie arbeitet.

Der Umstand, dass das MPI offenbar eine wirtschaftlich nicht sehr vorteilhafte Grösse aufweist, ändert nichts an der gesetzlichen Vorgabe, wonach die Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung so kostengünstig wie möglich zu erbringen sind. Eine angemessene Korrektur drängt sich daher auf.

Dabei darf aber nicht schematisch davon ausgegangen werden, die Führung einer Person verursache sechsmal weniger Aufwand als die von sechs Personen, und die Verantwortung sei entsprechend geringer. Vielmehr dürfte es sich so verhalten, dass es für die Leitungsperson vom Aufwand und der Verantwortung her praktisch keinen Unterschied macht, ob ihr eine oder zwei Personen unterstellt sind. Der Bundesrat kommt daher zum Schluss, dass der Aufwand für die Institutsleitung im MPI einen guten Drittel ausmacht von jenem für die Leitung einer Physiotherapieabteilung in einem kleinen oder mittleren Spital. Diese Umrechnung ist in der Praxis allerdings dauernd zu überprüfen und gegebenenfalls nach oben oder unten anzupassen, je nachdem wie sich die Durchschnittsgrösse des MPI entwickelt. In Zahlen ausgedrückt, ergibt sich demnach für das Vergleichseinkommen «Institutsleitung» (1,04 Stellen) im Kostenmodell des MPI ein Betrag von Fr. 69 639.– (35 % von Fr. 78 039.– und 65 % von Fr. 60 995.– mal 1,04).

8.3.3 Weiter hat die Preisüberwachung empfohlen, den für die 12. Investitionskategorie festgelegten Betrag nochmals zu überprüfen. Damit solle sichergestellt werden, dass darin nur Investitionen abgeschrieben werden, die für das Erbringen von Physiotherapieleistungen notwendig und nicht bereits in anderen Investitionskategorien enthalten sind. Falls die Nachuntersuchung nicht mehr möglich sei, müsse der vorgeschlagene Wert von Fr. 50 000.– auf die Hälfte reduziert werden. Die Vertragsparteien kamen der Empfehlung indessen nicht nach, mit der Begründung, es seien in dieser Kategorie keine laufenden Aufwendungen enthalten, sondern nur solche Investitionen, die tatsächlich noch nirgends erfasst und zum Erbringen von Physiotherapieleistungen erforderlich seien, wie etwa besondere

Bodenbeläge oder Beleuchtungen und dergleichen. Die Pue dagegen hat ihre Einwände vom Juni 1997 mit der Feststellung untermauert, dass bei der Nacherhebung zu «nicht in der Erhebung erfassten Investitionen» bei sieben Praxen nicht nur erhebliche Unterschiede bei den Kosten (Fr. 27 544.– bis Fr. 84 116.–) aufgefallen, sondern auch Aufwendungen (Lampen, Bilder etc.) der allgemeinen Infrastruktur aufgeführt worden seien, die normalerweise nicht abgeschrieben würden. Dem haben die Vertragsparteien zwar widersprochen, aber keine entsprechenden Belege beigebracht, und eine genügende Nacherhebung liegt noch nicht vor. Die Zweifel der Preisüberwachung erscheinen daher auch dem Bundesrat nicht ausgeräumt, weshalb ein Abzug wegen mangelnder Transparenz vorzunehmen ist. Der Wert für die 12. Investitionskategorie des MPI ist daher vorläufig, das heisst bis zum Beweis des Gegenteils, auf die Hälfte (Fr. 25 000.–) zu reduzieren und über zehn Jahre abzuschreiben, womit sich ein Gesamtabreibungsbetrag für das MPI von Fr. 13 833.– pro Jahr ergibt. Dementsprechend verringern sich auch die Zinsen bei den Anlagenutzungskosten auf Fr. 3409.–.

8.3.4 Schliesslich hat die Preisüberwachung empfohlen, die Anzahl der Fort- und Weiterbildungstage zu überprüfen und die notwendigen Anpassungen bei der Tarifberechnung vorzunehmen. Sie ist der Ansicht, dass maximal fünf solche Tage eingesetzt werden dürften, weil es sich das MPI mit 1,85 Beschäftigten wohl kaum leisten könne, während beinahe anderthalb Wochen auf Personal zu verzichten oder gar zu schliessen. Zudem sehe die Paritätische Kommission «Spitalleistungskatalog» 2 Tage vor und setzten die Spitäler 5,3 Tage ein. Die Einwände der Preisüberwachung sind an sich verständlich. Es ist indessen festzuhalten, dass der Bundesrat den Tarifvertrag in Kenntnis der damals bereits unterzeichneten Fort- und Weiterbildungsvereinbarung genehmigt hat. Er ist der Ansicht, dass der Qualitätssicherung grosse Bedeutung zukommt und diese zudem im Interesse der Versicherten liegt. Er hat deshalb auch keine Veranlassung, der Empfehlung der Preisüberwachung in diesem Punkt zu folgen.

8.4 Zusammengefasst ergeben die Korrekturen im bereinigten Kostenmodell zum MPI einen Taxpunktwert von 93,39 Rappen. Mit Blick darauf, dass die Beurteilung des Aufwandes der Institutsleitung nicht auf exakten Kriterien vorgenommen werden kann, erscheint dem Bundesrat ein Modelltaxpunktwert als nationale Ausgangsgrösse von Fr.–94 insgesamt als angemessen.

9. Regierungsrat und Standeskommission haben bei der Berechnung des Taxpunktwertes auf die bisherige Praxis des Bundesrates zur Festsetzung des Taxpunktwertes für Hebammen zurückgegriffen und sich an den

Löhnen für Diplomierte in Physiotherapie am Kantonsspital orientiert. Diese wurden in Beziehung zum Lohn im Kostenmodell gesetzt, woraus sich der kantonale Taxpunktwert ergab.

Die Preisüberwachung ihrerseits vertritt die Auffassung, dass die Anpassung des Taxpunktwertes an die kantonalen Verhältnisse nur jene Kosten betreffen dürfe, die durch lokale Märkte bestimmt würden und gleichzeitig die wichtigsten Kostenblöcke darstellten. Dies seien die Löhne sowie Mieten, welche vorliegend 79,3 % der Kosten des MPI abdeckten. Zur Umrechnung des Taxpunktwertes auf das kantonale Niveau seien die makroökonomischen Indizes in Form der Lohn- und Mietstrukturerhebung des BFS vorhanden. Das wirft die Frage nach der Umrechnungsmethode vom nationalen auf den kantonalen Taxpunktwert auf:

9.1 Der Bundesrat hat in seinen Entscheiden zum Taxpunktwert für Hebammen stets festgehalten, dass in Ermangelung anderer Zahlen zur Ermittlung eines kantonalen Referenzeinkommens im damaligen Zeitpunkt nur die kantonale Besoldungsordnung in Betracht komme (RKUV 2/3, 1998, S. 199²). Er hat dazu jedoch ergänzend ausgeführt, damit sei nicht gesagt, dass nicht inskünftig bei Vorliegen neuer Zahlen über die Löhne oder die Auswirkungen des neuen Tarifes eine andere Methode zur Berechnung des Taxpunktwertes zur Anwendung gelangen kann oder muss. Ein automatisches Abstellen auf kantonale Besoldungsordnungen bei der Festlegung von Referenzeinkommen für selbständig erwerbende Medizinalpersonen lehnte der Bundesrat ausdrücklich ab (a. a. O., S. 204).

Das BSV schlägt seinerseits vor, einen Taxpunktwert für die ganze Schweiz festzusetzen, weil seiner Ansicht nach die von der Preisüberwachung verwendeten Daten je Kanton zu wenig aussagekräftig seien, um die Unterschiede in genügender Art und Weise zu berechnen. Diese Argumentation zu Gunsten eines nationalen Taxpunktwertes überzeugt allerdings nicht. Denn sollten sich die Indizes der Preisüberwachung zur Feststellung der kantonalen Lebenskosten als untauglich beziehungsweise nicht zweckmässig erweisen, könnte ein solcher Taxpunktwert mangels besserer Daten vorübergehend immer noch in Anlehnung an die Praxis des Bundesrates zu den Taxpunktwerten der Hebammen ermittelt werden, wie das die Vorinstanzen getan haben. Zu prüfen ist somit, ob es überhaupt möglich ist, mit den Indizes der Preisüberwachung einen den tatsächlichen Verhältnissen entsprechenden kantonalen Wert zu ermitteln.

² siehe Nr. KV 29 (1998) dieser Sammlung

9.2 Bemängelt werden vom BSV vorab die von der Preisüberwachung verwendeten Zahlen zur Lohnstrukturerhebung grundsätzlich, weil diese sich auf sieben Grossregionen in der Schweiz bezögen und somit zu den Verhältnissen in den einzelnen Kantone nichts gesagt werden könne. Dieser Einwand ist schon im Verlaufe des Instruktionsverfahren entkräftet worden, denn die Preisüberwachung hat für ihre Berechnungen vom BFS eine Auswertung der Lohnstrukturerhebung nach Kantonen erstellen lassen.

Weiter wendet das BSV zu dieser Erhebung ein, damit würde das generelle Einkommensniveau, nicht jenes nach Berufsbranche, wiedergegeben, und zudem seien die Pendelbewegungen der Arbeitenden nicht berücksichtigt. Darauf erwidert die Preisüberwachung, dass sie sich bewusst für die Zahlen zum allgemeinen Lohndurchschnitt entschlossen habe, weil dieser ein Indikator sei, an dem sich lokale Lohnverhandlungen orientierten, dadurch das Lohnniveau in Physiotherapie nicht manipulierbar sei, und zudem erweise sich ein Abstützen auf andere Löhne im Gesundheitswesen als wenig sinnvoll, da diese nicht Resultat des Marktes seien. Sie verweist auch auf die Tatsache, dass das BFS bei insgesamt acht Kantonen wegen der kleinen Fallzahl gar nicht in der Lage ist, den Median/Mittelwert der monatlichen Bruttolöhne im Gesundheitswesen zu ermitteln. In Bezug auf die Pendelbewegungen der Arbeitenden stimmt die Preisüberwachung dem BSV grundsätzlich zu, zeigt jedoch am Beispiel Appenzell Ausserrhoden mit einem Anteil von rund 30 % Pendelnden, dass ihre Rechnung einen lediglich rund 2 % höheren Taxpunktwert als jene des BSV ergibt, was in einer vertretbaren Bandbreite liege.

Der Bundesrat seinerseits kommt zum Schluss, dass der Rückgriff auf die derzeitigen Einkommen von frei Praktizierenden derselben Branche je Kanton wenig geeignet ist als Richtgrösse für das kantonale Lohnniveau, weil jene Einkommen Resultat einer nicht mehr zeitgemässen Tarifstruktur sein können und mit deren Übernahme unter Umständen Resultate von Fehlentwicklungen in den neuen Tarif weitergereicht würden. Auch das Heranziehen durchschnittlicher Einkommen an Kantonsspitalern widerspiegelt das kantonale Lohnniveau nicht richtig, denn sie sind nicht gewichtet, das heisst sie tragen der ungleichen Lohnverteilung der Angestellten nicht Rechnung. Im Übrigen ist es, wie bereits erwähnt, bei insgesamt acht Kantonen wegen der kleinen Fallzahl gar nicht möglich, den Median/Mittelwert der monatlichen Bruttolöhne im Gesundheitswesen zu ermitteln. Zudem gibt der kantonale Lohnindex, weil er mit Ausnahme der Landwirtschaft alle Berufsgruppen umfasst, die Lebenskosten im Kanton besser wieder, als die kantonale Besoldungsordnung, und dadurch wird die kosten-

neutrale Tarifeinführung sichergestellt. Der Bundesrat erachtet daher den von der Preisüberwachung verwendeten allgemeinen Lohnindex als grundsätzlich wesentlich geeigneter für die Ermittlung des kantonalen Taxpunktwerthes als die Durchschnittseinkommen in Kantonsspitalern. Es besteht somit aus seiner Sicht kein Grund mehr, den kantonalen Taxpunktwert für Physiotherapieleistungen analog zu jenem für Hebammen zu errechnen.

Schliesslich erscheint dem Bundesrat das Vernachlässigen der Pendelnden auf Grund der minimalen Differenzen, die sich dabei ergeben, vertretbar. Die von der Preisüberwachung verwendeten Zahlen zur Lohnstrukturerhebung sind daher für den Bundesrat, stets unter dem Vorbehalt der laufenden Überprüfung und Anpassung, zweckmässig und demnach für die Ermittlung des kantonalen Taxpunktwerthes verwendbar.

9.3 Zum selben Resultat kommt der Bundesrat im Zusammenhang mit der Forderung des BSV, es müsste für das MPI der Index für Vier-Zimmer-Wohnungen angewandt werden. Wie der Erhebung bei den 119 Instituten zu entnehmen ist, gibt es die typische Wohnungsgrösse für diese Praxen gar nicht, so dass sich die Benutzung des Gesamtmietzinsindex zur Ermittlung des kantonalen Taxpunktwerthes aufdrängt.

9.4 Es ist schliesslich festzustellen, dass es nicht nur erklärte Absicht der Vertragsparteien war, einen kantonalen Taxpunktwert zu ermitteln, sondern dies auch, wie die Preisüberwachung und der SPV/SG/AI/AR zu Recht vermerken, im Rahmen der vom Gesetzgeber vorgesehenen Möglichkeiten liegt (vgl. Botschaft zur Revision der Krankenversicherung, 1991, Sonderdruck, S. 81). Wie gezeigt liegen brauchbare Indizes zur Ermittlung eines kantonalen Taxpunktwerthes vor. Es erübrigt sich daher für den Bundesrat eine weitere Auseinandersetzung mit den Argumenten für oder wider einen einheitlichen Taxpunktwert, wie sie von BSV und Regierungsrat vorgebracht wurden. Der Taxpunktwert für Physiotherapieleistungen ist demnach kantonal zu ermitteln.

10. Zusammenfassend ist demnach im Sinne eines Zwischenresultates festzuhalten, dass im Falle der Uneinigkeit zwischen den Tarifpartnern

- das Kostenmodell, das dem MPI zugrunde liegt, mit dem vom Bundesrat aufgerundeten Taxpunktwert als Ausgangsgrösse heranzuziehen ist und
- zur Umrechnung auf den kantonalen Wert die Lohn- und Mietstrukturerhebung der Preisüberwachung, beide Indizes je Kanton, zu benutzen sind.

Die Formel dazu lautet: $Tw_K = Tw_n (m \cdot M + I \cdot L + r \cdot 100) / 100$

Tw_K = Taxpunktwert Kanton

Tw_n = Taxpunktwert national

m = Mietindex Kanton (AI: 96; AR: 92)

M = Mietkostenanteil im MPI (11,4 %)

I = Lohnindex Kanton (AI: 93; AR: 97)

L = Lohnkostenanteil im MPI (67,9 %)

r = Restkostenanteil im MPI (20,7 %)

Dieses Vorgehen mag, wie der SPV/SG/AI/AR einwendet, auf den ersten Blick in der Tat etwas starr erscheinen. Der Grund dafür liegt allerdings nicht bei der Umrechnungsmethode, sondern beim MPI beziehungsweise dessen Kostenmodell. Dieses aber ist von den Parteien selber vereinbart worden, mit dem Ziel, die Ermittlung des Taxpunktwertes sachgerechter und vor allem auch transparenter sowie einfacher zu gestalten. Sodann ist anzufügen, dass die Werte des Modells und die Umrechnungsindizes nicht als starre Vorgaben zu betrachten sind, sondern als Ausgangslage für Verhandlungen dienen können, diese jedoch nicht ersetzen sollen.

10.1 Da die Parteien keine Einigkeit zum Taxpunktwert erzielen konnten, kommt die beschriebene Umrechnungsmethode mit dem Kostenmodell des MPI beziehungsweise dessen Taxpunktwert zur Anwendung. Das hat gleichzeitig zur Folge, dass eine Würdigung der übrigen Vorbringen der Parteien und Vorinstanzen, einzeln oder in ihrer Gesamtheit, hinfällig wird, denn sie können am rein rechnerischen Ergebnis nichts mehr ändern.

Nach der vorne (Ziff. II., 10.) erwähnten Formel umgerechnet, setzt der Bundesrat demnach unter Aufhebung der angefochtenen Beschlüsse der Vorinstanzen rückwirkend auf den 1. Januar 1998 den Taxpunktwert für Physiotherapieleistungen im Kanton Appenzell Innerrhoden auf Fr. –.89 und für den Kanton Appenzell Ausserrhoden auf Fr. –.91 fest. Zudem sind die Vorinstanzen einzuladen, dieses Resultat im jeweiligen kantonalen Amtsblatt zu veröffentlichen.

Die Beschwerden des SPV/SG/AI/AR mit den Anträgen zum Taxpunktwert von Fr. 1.– sind demnach ganz und jene des KVAK mit den Anträgen von Fr. –.82 teilweise abzuweisen.

Mit dem vorliegenden Entscheid fallen die Zwischenverfügungen des EJPD vom 26. März 1999 rückwirkend dahin. Die Berechtigten können bis zum 1. Januar 1998 zurück die Taxpunktwertdifferenz soweit nachfordern, als die neuen Werte von den in den Zwischenverfügungen festgesetzten beziehungsweise vom KVAK tatsächlich bezahlten Taxpunktwert abweichen (vgl. RKUV 1997, S. 371 ff.³).

³ siehe Nr. KV 16 (1997) dieser Sammlung

Tarifs des prestations de soins fournies par les établissements médico-sociaux et les divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation pour les années 1998, 1999 et 2000

KV 186 Décision du Conseil fédéral du 20 décembre 2000 dans la cause opposant divers recourants au Conseil d'Etat du canton de Vaud

Répartition des compétences entre le Tribunal fédéral et le Conseil fédéral (cons. II 1.1.3 à 1.1.5).

Consultation des associations de résidents en EMS. Application par analogie de l'article 43, 4^e alinéa 3^e phrase LAMal, aux cas où l'autorité fixe le tarif, afin que les organismes intéressés soient entendus indépendamment du mode d'élaboration du tarif, que ce soit par convention ou par fixation par l'autorité (cons. II 3.2).

Prestations de soins dispensés dans les EMS et principes de tarification (confirmation de la jurisprudence publiée dans RAMA 4/1999 KV 86 p. 371) (cons. II 4).

Analyse de l'outil PLAISIR dans le canton de Vaud dès 1998 (cons. II 7). Les tarifs fixés en application de la méthode PLAISIR, fondée sur des soins requis par l'état de santé du patient en fonction de standards de soins, exprimés en minutes de soins par jour et valorisés par un salaire horaire moyen, correspondent à une norme tarifaire théorique. Ce procédé viole les principes de la LAMal relatifs à l'élaboration des tarifs, qui doivent obéir aux règles utilisées en économie d'entreprise et se baser sur les coûts effectifs des prestations établis notamment grâce à une comptabilité analytique (art. 43, al. 4 et 49, al. 6, LAMal).

La fixation d'un tarif uniforme rend difficile, voire impossible toute comparaison entre les établissements telle que l'exige l'article 49, alinéa 7, LAMal, autorisant une réduction du tarif applicable à un EMS dont les coûts seraient nettement plus élevés que ceux d'un EMS comparable (cons. II 7.4.1).

Tarifs applicables selon le Conseil fédéral (cons. II 8.2). Non-admissibilité d'une augmentation de tarif et respect des tarifs-cadre prévus à l'article 9a, alinéa 2, OPAS (cons. II 8.3). Solution finale retenue par le Conseil fédéral pour raisons pratiques (cons. II 8.4).

Non-admissibilité du report des prestations de soins non pris en charge par les assureurs-maladie sur les tarifs SOHO (socio-hôtelier)

(cons. II 10). Les soins pris en charge, au moins partiellement, par l'assurance de base en vertu de l'article 7, alinéa 2, OPAS ou d'autres dispositions de la loi fédérale sont soumis à la protection tarifaire selon l'article 44, alinéa 1, LAMal, qui vise à éviter que les assurés ne reçoivent une facture supplémentaire pour des prestations accordées selon la LAMal. Le principe de la protection tarifaire s'applique également en relation avec les tarifs-cadre de l'article 9a, alinéa 2, OPAS. La prise en charge des prestations par les assureurs-maladie ne saurait donc excéder le montant résultant de l'application des tarifs convenus ou fixés (cons. II 10.3). Les prestations complémentaires (PC) ne sont pas destinées à couvrir la part des frais non prise en charge par les assureurs-maladie s'agissant de prestations octroyées en application de la LAMal (cons. II 10.4).

L'application de la disposition figurant dans l'arrêté querellé du Conseil d'Etat vaudois (fixant pour 1998 les tarifs des prestations de soins et des prestations socio-hôtelières) et visant à ce que les personnes en séjour de longue ou de courte durée au bénéfice d'une allocation pour impotent de l'AVS, de l'AI ou de la LAA, totale ou partielle, versent à l'établissement qui les héberge un supplément égal au montant de l'allocation mensuelle, en raison de l'aide et de la surveillance particulière dont elles ont besoin, est confirmée par le Conseil fédéral (cons. II 11.3). A cet égard, il y a lieu de préciser que cette décision, qui reprend la solution déjà adoptée au même titre par le Conseil fédéral pour l'année 1997 (voir RAMA 4/1999 KV 86 p. 371 ss), constitue une solution transitoire pour l'année 1998; sur le principe, cette pratique est toutefois interdite. Pour les années 1999 et 2000, c'est au Tribunal fédéral, compétent en la matière pour cette période, qu'il appartiendra de trancher la question (cons. II 11.6).

Kompetenzausscheidung zwischen dem Bundesgericht und dem Bundesrat (Erw. II 1.1.3 bis 1.1.5).

Anhörung von Organisationen für die Interessenvertretung von Pflegeheimpatienten. Analoge Anwendung von Art. 43 Abs. 4 Satz 3 KVG für den Fall der behördlichen Tariffestsetzung, um den betroffenen Organisationen die Möglichkeit zur Anhörung sowohl bei vereinbarten wie auch bei behördlich festgesetzten Tarifen einzuräumen (Erw. II 3.2).

In Pflegeheimen erbrachte Pflegeleistungen und Tarifgestaltung (Bestätigung der in der RKUV 4/1999 KV 86 S. 371 publizierten Rechtsprechung) (Erw. II 4).

Analyse der PLAISIR-Methode im Kanton Waadt seit 1998 (Erw. II 7). Die PLAISIR-Methode stützt sich auf die Pflegeleistungen, die ein Patient auf Grund seines Gesundheitszustands und zufolge

von Pflegenormen benötigt. Diese Normen setzen sich aus der Anzahl täglicher Pflegeminuten und deren Abgeltung durch einen durchschnittlichen Stundenansatz zusammen. Die daraus angewandten Tarife entsprechen somit bloss einer theoretischen Tarifnorm. Dieses Vorgehen verletzt die im KVG enthaltenen Grundsätze zur Tariffestsetzung, die betriebswirtschaftlichen Regeln entsprechen und sich auf die tatsächlichen, insbesondere durch eine Kostenrechnung ausgewiesenen Kosten für die Leistungen stützen müssen (Art. 43 Abs. 4 und 49 Abs. 6 KVG).

Die Festsetzung eines einheitlichen Tarifs erschwert oder verunmöglicht gar die in Art. 49 Abs. 7 KVG vorgeschriebenen Betriebsvergleiche, welche dann eine Ermässigung des für ein Pflegeheim anwendbaren Tarifs ermöglichen, wenn dessen Kosten deutlich über denen einer vergleichbaren Einrichtung liegen (Erw. II 7.4.1).

Gemäss Bundesrat anwendbare Tarife (Erw. II. 8.2). Unzulässigkeit einer Tarifierhöhung und Einhaltung der in Artikel 9a Abs. 2 KLV vorgesehenen Rahmentarife (Erw. II. 8.3). Vom Bundesrat aus praktischen Gründen gewählte abschliessende Lösung (Erw. II 8.4).

Unzulässigkeit des Übertrags von Pflegeleistungen, die nicht vom Krankenversicherer übernommen werden, auf die Hotellerie- und Lebenshilfekosten (Erw. II. 10). Die von der Grundversicherung, zumindest teilweise, getragenen Pflegeleistungen im Sinne von Art. 7 Abs. 2 KLV oder anderen Bestimmungen des Bundesgesetzes unterliegen dem Tarifschutz gemäss Art. 44 Abs. 1 KVG, der verhindern soll, dass die Versicherten für Leistungen gemäss KVG keine zusätzliche Rechnung erhalten. Der Grundsatz des Tarifschutzes ist auch auf Rahmentarife im Sinne von Art. 9 Abs. 2 KLV anwendbar. Die Leistungspflicht der Krankenversicherer darf den aus der Anwendung der vereinbarten oder festgelegten Tarife resultierenden Betrag nicht übersteigen (Erw. II 10.3). Die Ergänzungsleistungen (EL) bezwecken nicht die Deckung des von den Krankenversicherern nicht übernommenen Kostenanteils, da es sich um im Rahmen des KVG erbrachte Leistungen handelt (Erw. II 10.4).

Der Bundesrat bestätigt die Anwendung der im angefochtenen Entscheid des Waadtländer Staatsrats enthaltenen Bestimmung, die für das Jahr 1998 die Tarife für Pflege-, Hotellerie- und Lebenshilfeleistungen festsetzt und bezweckt, dass Personen mit kurzem oder längerem Aufenthalt, welche eine (ganze oder teilweise) Hilflosenentschädigung der AHV, IV oder UV erhalten, der aufnehmenden Pflegeeinrichtung auf Grund der besonderen Pflege und Überwachung einen zusätzlichen Beitrag in der Höhe der monatlichen Zulage entrichten (Erw. II 11.3). In dieser Hinsicht gilt es darauf hinzuweisen, dass dieser Entscheid die vom Bundesrat in diesem Zusammenhang bereits für das Jahr 1997 getroffene Lösung bestätigt (vgl. RKUV

4/1999 KV 86, S. 371 ff.) und für das Jahr 1998 eine Übergangslösung darstellt, denn, grundsätzlich betrachtet, ist diese Praxis unzulässig. Für die Beurteilung dieser Frage für die Jahre 1999 und 2000 wird das Bundesgericht zuständig sein (Erw. II 11.6).

Ripartizione delle competenze tra Tribunale federale e Consiglio federale (cons. II 1.1.3–1.1.5).

Consultazione delle associazioni di persone che soggiornano in una casa di cura. Applicazione per analogia dell'articolo 43 capoverso 4 3^a frase LAMal ai casi in cui l'autorità fissa la tariffa di modo che le associazioni interessate siano sentite a prescindere dal modo in cui viene elaborata la tariffa, ovvero sia se stabilita per convenzione sia se fissata dall'autorità (cons. II 3.2).

Cure dispensate nelle case di cura e principi di tariffazione (conferma della giurisprudenza pubblicata in RAMI 4/1999 KV 86 p. 371 (cons. II 4).

Analisi dello strumento PLAISIR nel Canton Vaud dal 1998 (cons. II 7). Le tariffe fissate in applicazione del metodo PLAISIR, basato sulle cure richieste dalle condizioni di salute del paziente secondo norme di cure espresse in minuti di cura al giorno e valorizzate mediante un salario orario medio, corrispondono ad una norma tariffale teorica. Questo procedimento viola i principi della LAMal concernenti l'elaborazione delle tariffe, le quali devono essere stabilite secondo le regole dell'economia e poggiare sui costi effettivi delle prestazioni stabiliti in particolare grazie ad una contabilità analitica (art. 43 cpv. 4 e 49 cpv. 6 LAMal).

La fissazione di una tariffa uniforme rende difficile o addirittura impossibile il confronto tra istituti previsto all'articolo 49 capoverso 7 LAMal. Detto articolo autorizza una riduzione della tariffa applicabile ad una casa di cura se i costi di quest'ultima sono sensibilmente superiori a quelli di case di cura comparabili (cons. II 7.4.1).

Tariffe applicabili secondo il Consiglio federale (cons. II 8.2). Negata l'ammissibilità di un aumento tariffale e osservanza delle tariffe limite previste all'articolo 9a capoverso 2 OPre (cons. II 8.3). Soluzione finale considerata dal Consiglio federale per motivi pratici (cons. II 8.4).

Negata l'ammissibilità del riporto delle prestazioni di cura non assunte dagli assicuratori-malattie sulle tariffe SOHO (socio-alberghiere) (cons. II 10). Le cure prese a carico, almeno in parte, dall'assicurazione di base conformemente all'articolo 7 capoverso 2 OPre o ad altre disposizioni della legge federale sono sottoposte alla protezione tariffale giusta l'articolo 44 capoverso 1 LAMal, volta ad evitare che

gli assicurati ricevono una fattura supplementare per prestazioni concesse in virtù della LAMal. Il principio della protezione tariffale si applica anche alle tariffe limite previste all'articolo 9a capoverso 2 OPre. L'assunzione delle prestazioni da parte degli assicuratori-malattie non può quindi superare l'importo derivante dall'applicazione delle tariffe convenute o fissate (cons. II 10.3). Le prestazioni complementari (PC) non mirano a coprire la parte delle spese non assunta dagli assicuratori-malattie se si tratta di prestazioni concesse in applicazione della LAMal (cons. II 10.4).

Il Consiglio federale conferma l'applicazione della disposizione menzionata nel contestato decreto del Consiglio di Stato del Canton Vaud (che fissa per il 1998 le tariffe delle prestazioni di cura e delle prestazioni socio-alberghiere), la quale prevede che, a causa dell'aiuto e dell'assistenza particolare di cui hanno bisogno, le persone beneficiarie di un assegno per grandi invalidi dell'AVS, dell'AI o della LAINF, intero o parziale, che soggiornano per un lungo o un breve periodo versino all'istituto che li ospita un supplemento pari all'importo dell'assegno mensile (cons. II 11.3). Al riguardo occorre precisare che questa decisione, che conferma la soluzione già adottata dal Consiglio federale per il 1997 (vedi RAMI 4/1999 KV 86 p. 371 segg.), rappresenta una soluzione transitoria per il 1998, ma che per principio questa prassi è vietata. Per il 1999 e il 2000 spetta al Tribunale federale, competente in materia per questo periodo, pronunciarsi in merito (cons. II 11.6).

Note de la rédaction: Le texte complet de cette décision compte environ 80 pages. Il peut être consulté sous <http://www.bsv.admin.ch/publikat/> dans le RAMA 5/2001 (Document-pdf).

Anmerkung der Redaktion: Der Volltext dieses Entscheides ist ca. 80 Seiten lang. Er ist unter <http://www.bsv.admin.ch/publikat/> in RKUV 5/2001 (pdf-Datei) abrufbar.

Nota della redazione: Il testo integrale della presente decisione è di circa 80 pagine e può essere consultato all'indirizzo <http://www.bsv.admin.ch/publikat/> nella RAMI 5/2001 (documento pdf).