

JAAC 66.78

Auszüge aus einer Entscheidung des Bundesrates vom 19. Dezember 2001 in Sachen Verband Zürcher Krankenversicherer (VZKV) gegen Regierungsrat des Kantons Zürich, ausführlichere Publikation in Rechtsprechung und Verwaltungspraxis zur Kranken- und Unfallversicherung [RKUV] 4/2002 KV 9 vorgesehen

Art. 49 LAMal. Recours contre l'établissement de forfaits pour les prestations hospitalières en division commune des hôpitaux publics ou subventionnés du canton de Zurich.

- **Compétence du gouvernement cantonal pour régler les modalités de mise en œuvre du modèle tarifaire choisi (tarification par processus de prestation [Prozessleistungstarifierung]), et compétence du Conseil fédéral pour apprécier ces modalités en cas de litige (consid. 1.3.2).**
- **Les coûts imputables selon le tarif sont déterminés au moment de la conclusion de la convention tarifaire. En cas de fixation d'autorité des tarifs en régime sans convention, la date déterminante est celle de l'adoption du tarif (consid. 1.6.2).**
- **Pouvoir d'examen du Conseil fédéral lorsque dans une procédure de recours la Surveillance des prix a remis un rapport et que l'instance inférieure a refusé de suivre ses recommandations (consid. 4.3).**
- **Les factures des hôpitaux doivent être aussi transparentes que possible afin de faire ressortir les coûts de la division commune. En attendant l'introduction d'instruments de calcul uniformes (comptabilité analytique d'exploitation et statistiques des prestations), des preuves de transparence conformes à la nouvelle LAMal ne peuvent être exigées pour l'appréciation d'un tarif (consid. 6).**

- En cas de changement du mode de calcul pour les soins en milieu hospitalier, les assurances-maladie peuvent invoquer le principe de neutralité des coûts si, par rapport à l'ancien, le nouveau modèle n'améliore pas la transparence des coûts et qu'aucun élément ne justifie une hausse des coûts imputables (consid. 8.2.6).

Art. 49 KVG. Beschwerde gegen die Festsetzung von Pauschalen für stationäre Leistungen in der allgemeinen Abteilung der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler des Kantons Zürich.

- Zuständigkeit der Kantonsregierung zur Regelung der Modalitäten der Umsetzung des gewählten Tarifmodells (Prozess-Leistungs-Tarifierung, PLT) und - im Beschwerdefall - Zuständigkeit des Bundesrates zur Beurteilung dieser Modalitäten (E. 1.3.2).

- Die auf die Spitaltarife anrechenbaren Kosten werden bei Vertragsabschluss ermittelt. Als massgeblicher Zeitpunkt ist, wenn die Tarife im vertragslosen Zustand hoheitlich festgesetzt werden, sinngemäss das Datum des Erlasses des Tarifs zu Grunde zu legen (E. 1.6.2).

- Kognition des Bundesrates, wenn die Preisüberwachung im Beschwerdeverfahren einen Amtsbericht erstattet und die Vorinstanz es ablehnt, den Empfehlungen der Preisüberwachung zu folgen (E. 4.3).

- Die Spitäler müssen die Rechnungen so weit als möglich transparent ausgestalten, so dass die Kosten der allgemeinen Abteilung ersichtlich sind. Bis zur Einführung der einheitlichen Instrumente (Betriebsabrechnung und Leistungsstatistik) bei der Beurteilung von Tarifen kann jedoch noch kein den Bestimmungen des neuen KVG entsprechender Nachweis der Transparenz verlangt werden (E. 6).

- Auf das Gebot der Kostenneutralität können sich die Krankenversicherer bei einem Wechsel des Rechnungsmodells in der stationären Versorgung dann berufen, wenn das neue Modell die Kostentransparenz gegenüber früher nicht verbessert und wenn auch keine Faktoren vorliegen, die höhere anrechenbare Kosten rechtfertigen (E. 8.2.6).

Art. 49 LAMal. Ricorso contro la fissazione di tariffe forfettarie per prestazioni stazionarie nella divisione comune degli ospedali pubblici e sovvenzionati del cantone Zurigo.

- Competenza del governo cantonale di regolare le modalità d'applicazione del modello tariffale scelto (il cosiddetto modello PLT, Prozess-Leistungs-Tarifierung) e - in caso di ricorso - competenza del Consiglio federale di giudicare tali modalità (consid. 1.3.2).

- I costi fatturabili per le tariffe ospedaliere vengono calcolati al momento della conclusione della convenzione. Se le tariffe vengono fissate dall'autorità in situazione di regime senza convenzione, occorre considerare come momento decisivo la data in cui viene emanata la tariffa (consid. 1.6.2).

- Cognizione del Consiglio federale se la Sorveglianza dei prezzi ha presentato un rapporto durante la procedura ricorsale e l'autorità inferiore rifiuta di seguire le raccomandazioni della Sorveglianza dei prezzi (consid. 4.3).

- Gli ospedali devono presentare fatture il più possibile trasparenti, in modo che i costi della divisione comune siano riconoscibili. Fino all'introduzione di strumenti uniformi (calcolo d'esercizio e statistica delle prestazioni), nella valutazione delle tariffe non può però essere richiesta la prova della trasparenza corrispondente alle disposizioni della nuova LAMal (consid. 6).

- Gli assicuratori malattia possono invocare il principio della neutralità dei costi in caso di cambiamento del modello di fatturazione per le cure stazionarie, se il nuovo modello non migliora la trasparenza rispetto al modello precedente e anche se non vi sono fattori che giustificano i costi fatturabili più alti (consid. 8.2.6).

Zusammenfassung des Sachverhalts:

Der Regierungsrat des Kantons Zürich verfügte am 22. Dezember 1999 auf den 1. Januar 2000 für Zürcher Patientinnen und Patienten in der allgemeinen Abteilung der kantonalen und staatsbeitragsberechtigten Akutspitäler neue Tarife. Er stellte dabei gleichzeitig auf ein neues Rechnungsmodell, das so genannte PLT-Modell (Prozess-Leistungs-Tarifierung) um. Dieses unterscheidet sich vom bisherigen System vor allem dadurch, dass an die Stelle der Tages-Vollpauschale pro Spital eine Mischpauschale tritt, die nach Kliniken oder Fachbereichen unterscheidet und sich zudem aus zwei Teilpauschalen zusammensetzt. Die Kostenmodule Hotellerie/Services und Pflege werden mit einer Tages-Teilpauschale und die Kostenmodule Diagnostik und Therapie mit einer Fall-Teilpauschale abgegolten. Gegebenenfalls wird für die Benützung der Intensivpflegestation eine zusätzliche Tagespauschale erhoben (IPS-Pauschale). Schliesslich werden auch Implantate mit separaten Normpauschalen abgegolten (Implantats-Pauschale).

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

beantragt in der Vernehmlassung, die Beschwerde teilweise gutzuheissen und die Sache zur Klärung bzw. Ergänzung der offenen Fragen und zu neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen.

Der Bundesrat hat aus folgenden Erwägungen die Beschwerde teilweise gutgeheissen:

(...)

Aus den Erwägungen:

Eintretensfragen und Gegenstand des vorliegenden ersten Teilentscheides

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

Zuständig ist der Bundesrat dann, wenn die Modalitäten zum Tarif im Sinne von Art. 47 Abs. 1 und 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG, SR 832.10) gehören. Ein Tarif ist die Gesamtheit jener abstrakten Regeln, die es erlauben, im Einzelfall den für eine bestimmte Leistung geschuldeten Betrag zu errechnen und geltend zu machen (vgl. auch [BGE 116 V 133](#) E. 2a und [BGE 109 V 200](#) E. 2b). Er unterscheidet sich darin vom Preis, der ein Entgelt für einen bestimmten, unveränderlichen Gegenstand oder eine stets gleiche Dienstleistung ist. Genügt es daher, als Preis für einen bestimmten Gegenstand - beispielsweise eine Packung von 20 Tabletten einer namentlich spezifizierten Arznei - den blossen Frankenbetrag anzugeben, erschöpft sich ein Tarif für die Vergütung medizinischer Behandlungen nicht darin; er umfasst zwingend auch die abstrakte Umschreibung der mit diesem Betrag abgegoltenen Leistungen und jene übrigen Vorschriften, die bei der Ausstellung einer Rechnung im Einzelfall berücksichtigt werden müssen, damit die Höhe des geschuldeten Betrages ordnungsgemäss errechnet und geltend gemacht werden kann.

In diesem Sinne hat der Bundesrat gestützt auf Art. 47 Abs. 1 KVG im Entscheid vom 14. April 1999 in Sachen Verband Basellandschaftlicher Krankenkassen und Konsorten gegen Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft betreffend Spitaltaxverordnung 1998 grundsätzlich seine Zuständigkeit für die Überprüfung von Vorschriften in einem Tariferlass bejaht, welche erst die korrekte Abrechnung im Einzelfall ermöglichen. Soweit der Bundesrat allerdings seine Zuständigkeit für Vorschriften verneint hat, die - wie die Angabe der Diagnose in der Schlussrechnung - auf die Höhe des Rechnungsbetrages keinen direkten Einfluss haben, kann daran nach erneuter Prüfung nicht festgehalten werden. Nach Bundesrecht muss der Leistungserbringer dem Schuldner der Vergütung eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Im System des «tiers payant» erhält die versicherte Person eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist. (...) [\[165\]](#)

(...)¹

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

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

Der Kommentar in der KVG-Botschaft macht deutlich, dass gemäss Art. 49 Abs. 1 Satz 3 KVG nur jene Kosten anzurechnen sind, die bei Erlass der strittigen Pauschalen rechnerisch nachgewiesen waren, und spätere Änderungen bei den Kosten nicht zu berücksichtigen sind. Ein Beschwerdeführer kann freilich in der Beschwerde an den Bundesrat rügen, dass der Regierungsrat bei Erlass des angefochtenen Tarifs die damals auf die Spitalpauschalen anrechenbaren Kosten nicht korrekt ermittelt habe. In diesem Sinne sind auch jene Kosten zu berücksichtigen, die bei Erlass der strittigen Pauschalen nachgewiesen worden wären, wenn der Regierungsrat das Bundesrecht fehlerfrei angewendet und den rechtserheblichen Sachverhalt richtig und vollständig ermittelt hätte (Art. 49 Bst. a und b des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 [VwVG], SR 172.021). Die im vorliegenden Fall bei Erlass des strittigen Tarifs im Dezember 1999 angerechneten Kosten basieren grundsätzlich auf den Zahlen der Kostenrechnungen 1998 der Spitäler, wobei die dannzumal bereits ausgewiesenen und im Tarifjahr wirksamen Kostensteigerungen einbezogen worden sind. Hinzu kommen im Sinne der hier vertretenen Lesart jene Kosten, die sich auf das Basisjahr 1998 beziehen und bei Erlass des Tarifs ausgewiesen worden wären, wenn die Vorinstanz richtig vorgegangen wäre. Falls eine Partei erst nach dem Bundesratsentscheid von solchen Kosten oder den einschlägigen Beweismitteln erfährt, kann sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen eine Revision dieses Entscheides verlangen (vgl. Art. 66 Abs. 2 Bst. a und b und Art. 67 VwVG). Wenn sie dagegen während des Beschwerdeverfahrens davon erfährt, obliegt es ihr, diese Gründe im Verfahren vor dem Bundesrat geltend zu machen (Art. 66 Abs. 3 VwVG), und dieser wird gegebenenfalls die Tarifberechnungen korrigieren (Art. 61 und 62 VwVG).

(...)[166]

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

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

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

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

Mit Wirkung für jene anderen Spitäler, die Lohnnachzahlungen leisten, kann der Bundesrat zum anderen aber auch jene Streitfragen rechtskräftig beurteilen, die vorrangig mit der Festsetzung der Pauschalen zu tun haben (Zulässigkeit des PLT-Modells; Qualität der Datenbasis; Bestimmung der anrechenbaren Kosten sowie des Grades der Kostendeckung durch die Krankenversicherer). Weil die Pauschalen selber erst im zweiten Teilentscheid rechtskräftig festgesetzt werden können, handelt es sich insoweit beim ersten Teilentscheid um einen Vorentscheid. Ein (verbindlicher) Vorentscheid ist zulässig, wenn er im einschlägigen Verfahrensrecht vorgesehen ist (BGE 117 Ib 27 E. 6). Die bundesrechtliche Grundlage findet sich für den vorliegenden Fall in Art. 25 Abs. 1 VwVG. Danach kann die in der Sache zuständige Behörde über den Bestand, den Nichtbestand oder den Umfang öffentlichrechtlicher Rechte oder Pflichten von Amtes wegen oder auf Begehren eine Feststellungsverfügung treffen. Im vorliegenden Fall ist der Vorentscheid als Feststellungsverfügung zu betrachten, weil er sich in der Feststellung erschöpft, wie die genannten Streitfragen im Lichte des KVG zu beurteilen sind, ohne dass bereits eine Leistungs- oder Gestaltungsverfügung über die strittigen Pauschalen erlassen werden kann. Mit der Feststellungsverfügung lässt sich die Ausgangslage für den zweiten Teilentscheid klären, was im Interesse der Beteiligten (Krankenversicherer, Spitäler und Vorinstanz) liegt. Damit ist das für eine Feststellungsverfügung generell erforderliche Feststellungsinteresse (BGE 121 II 480 E. 2d) gegeben, was den Bundesrat zum Erlass einer Feststellungsverfügung in Form eines Vorentscheides berechtigt. Insoweit sind auch jene anderen Spitäler, die Lohnnachzahlungen leisten und für die das Verfahren sistiert ist, als

Gegenparteien und damit Adressaten des ersten Teilentscheides zu betrachten, weshalb auch ihnen der erste Teilentscheid zu eröffnen ist (Art. 61 Abs. 3 VwVG).

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

(...)[167]

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

Soweit eine kantonale Vorinstanz als erste Instanz verfügt hat, wie dies vorliegend der Fall ist, steht dem Bundesrat grundsätzlich volle Prüfungsbefugnis in Tat- und Rechtsfragen zu; er kann insbesondere die Angemessenheit des angefochtenen Entscheides prüfen (Art. 49 VwVG).

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

Grundsätzlich nicht anders mit der Kognition des Bundesrates kann es sich dann verhalten, wenn die Vorinstanz es ablehnt, den Empfehlungen der Preisüberwachung zu folgen, wie dies im vorliegenden Fall zum Teil zutrifft, weshalb der Bundesrat seine Praxis bei der Überprüfung hoheitlich verfügt

KVG-Tarife in diesem Sinne präzisiert hat (für die vertraglichen Tarife vgl. [VPB 56.44](#) S. 333 ff. und [VPB 56.45](#) S. 347 ff.; für hoheitlich verfügte Tarife vgl. Rechtsprechung und Verwaltungspraxis zur Kranken- und Unfallversicherung [RKUV] 6/1997 353 E. 4.6). Auch bei dieser Konstellation hat die auf Sachkunde gestützte Empfehlung der Preisüberwachung massgebliches Gewicht bei der Beurteilung der strittigen Tarife. Damit wird auch gewährleistet, dass die Anwendung des für die Berechnung der Tarife massgeblichen Bundesrechts grundsätzlich nach bundesweit einheitlichen Massstäben erfolgt, soweit nicht besondere Gründe (wie z. B. örtliche Verhältnisse) es rechtfertigen, davon abzuweichen.

(...)[168]

6. Anforderungen an die Datenbasis

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

6.2. Eine transparente und nachvollziehbare Tarifgestaltung setzt aussagekräftige Unterlagen voraus; nur so lässt sich die vom KVG angestrebte Kostendämpfung verwirklichen. Der deutsche Wortlaut des Art. 49 Abs. 6 KVG gibt allerdings nicht den wahren Sinn dieser Bestimmung wieder, denn die vom Gesetz geforderte Kostentransparenz kann allein mittels Kostenstellenrechnung und Leistungsstatistik nicht erreicht werden. Entsprechend dem französischen und italienischen Wortlaut, wonach zur Ermittlung der Spitalkosten nebst der Leistungsstatistik «une comptabilité analytique» beziehungsweise «una contabilità analitica» geführt werden muss, sind die Spitäler gemäss Art. 49 Abs. 6 KVG gehalten, nebst der Leistungsstatistik eine Betriebsabrechnung vorzulegen, welche die Kostenrechnung (bestehend aus der Kostenarten-, Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung) sowie die Ermittlung des Betriebserfolges umfasst.

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

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

6.4. Solange von den Spitälern die Betriebsabrechnung und die Leistungsstatistik im Sinne von Art. 49 Abs. 6 KVG nicht verlangt werden können, lässt sich gemäss dem erwähnten Grundsatzentscheid des Bundesrats (RKUV 6/1997 S. 356 ff.) die maximale Deckungsquote von 50% der anrechenbaren Kosten nur und erst dann rechtfertigen, wenn

praktisch volle Kostentransparenz besteht. Was volle Kostentransparenz bedeutet, ist durch Auslegung von Art. 49 Abs. 1 KVG zu gewinnen. Bei dieser Übergangslösung handelt es sich nicht um ein Rechnungsmodell, das mathematisch genau angeben kann, wieviele Prozente im konkreten Fall die zulässige Deckungsquote beträgt. Vielmehr geht es darum, die verfügbaren Unterlagen zu bewerten und dabei abzuschätzen, wo sie Kostentransparenz bieten und wo noch Lücken bestehen. Diese Lücken in der Transparenz sind bei der Bestimmung der für die strittigen Tarife angemessenen Deckungsquote zu berücksichtigen.

6.5. Daraus folgt, dass auch in der Übergangszeit die Kosten der Spitäler ausgewiesen werden müssen, soweit sie auf die Spitalpauschalen angerechnet werden. Dass dieser Nachweis den Spitälern obliegt, folgt aus der allgemeinen Beweislastregel, wonach die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen hat, wer aus den behaupteten und unbewiesenen gebliebenen Tatsachen hätte Rechte ableiten können (*Fritz Gygi*, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 280 ff.). Wenn die Spitäler die Anrechnung der von ihnen behaupteten Kosten auf die Spitalpauschalen verlangen, obliegt es daher ihnen, das für den Nachweis nötige Zahlenmaterial vorzulegen, wenn sie vermeiden wollen, dass bei fehlendem Nachweis zu ihrem Nachteil entschieden wird (RKUV 6/1997 356 E. 7.1.3).

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

Immerhin müssen die Spitäler die Rechnungen bereits heute so weit als möglich transparent ausgestalten, so dass die Kosten der allgemeinen Abteilung ersichtlich sind. Der Tarifberechnung müssen daher Unterlagen zu Grunde gelegt werden, die eine transparente Ausscheidung der Kosten der allgemeinen Abteilung von den übrigen Kosten ermöglichen. Diese Forderung ergibt sich aus Art. 49 Abs. 1 KVG, der für die Tarifierung allein die Kosten der allgemeinen Abteilung zur Anrechnung zulässt. Soweit eine transparente Kostenausscheidung eine Kostenträgerrechnung erfordert, lässt sich diese Forderung daher nicht mit dem von der Gesundheitsdirektion erhobenen Einwand abwehren, dass Art. 49 Abs. 6 KVG nur eine Kostenstellenrechnung und eine Leistungsstatistik verlange (vgl. RKUV 6/1997 356 E. 7.2).

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

(...)[169]

8. Einwände gegen die Zulässigkeit des PLT-Modells

(...)[170]

Der Bundesrat teilt die Ansicht des BSV, dass die Aufteilung der Vergütung in Pauschalen Grenzen hat und sich Systeme mit einer hohen Anzahl kombinierbarer Pauschalen materiell der Einzelleistungstarifierung

annähern. Diese Grenze ist indes vorliegend nach Ansicht des Bundesrates nicht überschritten, weil im Einzelfall maximal vier Pauschalen (Tages-Teilpauschale und Fall-Teilpauschale sowie gegebenenfalls IPS-Pauschale und Implantats-Pauschale) verrechnet werden können.

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

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

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

verschärfen. Der Bundesrat wird daher alle Tarife und insbesondere auch jene des USZ, welche der Beschwerdeführer namentlich anvisiert, im Rahmen der ordentlichen Kognition überprüfen (vgl. E. 4.3 hiavor).

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

(...)[171]

Für die Beurteilung dieses Einwandes ist davon auszugehen, dass Tarife in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Tarifvertrag) vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt werden (Art. 43 Abs. 4 KVG). Der Bundesrat hat bereits dargelegt (E. 1.3 hiavor), dass die Kompetenz der Kantonsregierung, im vertragslosen Zustand den Tarif festzusetzen, sich nach Art. 47 Abs. 1 KVG nicht auf den Tarif auf solchen beschränkt. Um eine ordnungsgemässe und einheitliche Abrechnung der Einzelfälle zu gewährleisten, können sich auch weitere Vorschriften als nötig erweisen, so insbesondere über die Modalitäten der Rechnungstellung. Solche Vorschriften lassen sich wie der Tarif als solcher ebenfalls auf Art. 47 Abs. 1 KVG stützen. Soweit sich die Tarifpartner (Spitäler und Versicherer) darüber nicht einigen, verstösst eine kantonale Regierung nicht gegen Art. 47 Abs. 1 KVG, wenn sie die notwendigen Modalitäten im Rahmen der hoheitlichen Tariffestsetzung regelt. Dies gilt um so mehr dann, wenn das Tarifmodell nicht mit einfachen Tages-Vollpauschalen arbeitet, sondern differenzierte Ansätze verwendet, wie dies für das PLT-Modell zutrifft. Dass diese Modalitäten von der Regelungsdichte her nicht so weit wie ein Tarifvertrag gehen dürfen, wie der Beschwerdeführer geltend macht, trifft daher so nicht zu. Massgebend für die Zulässigkeit von Modalitäten ist vielmehr, ob diese die zwingenden Vorschriften des KVG beachten und sachlich notwendig sowie geeignet sind, um den angestrebten Zweck zu erreichen. Selbst wenn dies für einzelne Modalitäten nicht zutreffen sollte, so hiesse dies noch nicht, dass das PLT-Modell deswegen als Ganzes aufgehoben werden müsste. Der Grundsatz der Verhältnismässigkeit verpflichtet die verfügende Behörde, bei der Wahl der Mittel nicht über das hinauszugehen, was nötig ist, um den Zweck zu erreichen, durch den sie gedeckt sind (BGE 107 Ib 247 E. b und BGE 117 Ia 446 E. 4a). Für den Bundesrat als Beschwerdeinstanz folgt daraus, dass er das PLT-Modell nur im Sinne eines letzten Mittels kassieren wird, das heisst dann, wenn sich allfällige Mängel des Modells nicht anders beheben lassen, beispielsweise dadurch, dass einzelne Modalitäten geändert oder aufgehoben werden. (...)[172]

Falls der Beschwerdeführer mit dem Einwand, der neue Vertrag und das PLT-Modell seien nie fertig verhandelt worden, sagen will, der Regierungsrat hätte das PLT-Modell nur mit Zustimmung der Krankenversicherer einführen

dürfen, wäre dazu Folgendes zu bemerken: Den Akten (...) lässt sich entnehmen, dass die Tarifpartner bei den Verhandlungen im Jahre 1999 auch über das neue Tarifmodell diskutiert haben, sich aber nicht einigen konnten. Daher bestand Ende 1999 ein vertragsloser Zustand, der den Regierungsrat berechnete beziehungsweise verpflichtete, die neuen Spitaltarife hoheitlich festzusetzen (Art. 47 Abs. 1 KVG). Dass er dabei ein neues Tarifmodell eingeführt und die Tarife neu in Teilpauschalen aufgeteilt hat, ist mit Art. 49 Abs. 1 KVG grundsätzlich vereinbar, weil die Bestimmung nicht Tages-Vollpauschalen vorschreibt und daher andere pauschale Regelungen wie die Aufteilung in eine Tages- und eine Fall-Teilpauschale nicht ausschliesst. Daher trifft nicht zu, dass ein Systemwechsel nur im Einvernehmen mit den Versicherern erarbeitet werden kann.

8.2.3. Der Beschwerdeführer macht weiter geltend, das PLT-Modell sei von der Preisüberwachung nicht gebilligt worden. Diese habe nur ausgeführt, dass sie «grundsätzlich nichts gegen die Einführung neuer Tarifmodelle einzuwenden habe». (...) Die Preisüberwachung habe zwar die Missachtung von gesetzlichen Anforderungen und aktuellen Bundesratsentscheiden sowie andere Mängel festgestellt, aber dennoch grundsätzlich mit den Zahlen der Gesundheitsdirektion gerechnet. Bei der rechtlichen Zulässigkeit der autoritativen Anordnung eines Modellwechsels sei sie sogar bloss davon ausgegangen, die Gesundheitsdirektion habe dies abgeklärt. Somit könne aus der Stellungnahme der Preisüberwachung keine Billigung des Modell- bzw. Systemwechsels auf dem Verfügungswege herausgelesen werden.

Auf Anfrage der Instruktionsbehörde hat sich die Preisüberwachung mit Vernehmlassung vom 3. März 2000 zur Frage des Systemwechsels geäussert. Sie hält das PLT-Modell für grundsätzlich geeignet, KVG-konforme Pauschalen für stationäre Spitalbehandlungen festzusetzen. Es erlaube, tendenziell verursachergerechtere Tarife festzulegen, allerdings nur dann, wenn auf Gruppenpauschalen verzichtet werde und insgesamt die Anforderungen des Preisüberwachungsgesetzes vom 20. Dezember 1985 (PüG, SR 942.20) und des KVG sowie der bundesrätlichen Praxis erfüllt würden. Im Übrigen teile die Preisüberwachung die Auffassung des Beschwerdeführers, dass Tarifmodellwechsel grundsätzlich kostenneutral zu erfolgen hätten, das heisst nicht allein auf Grund des Systemwechsels höhere Kosten entstehen dürften. Sie erachte es daher als vordringlich, dass die Einführung des PLT-Modells mit wirkungsvollen flankierenden Massnahmen (z.B. Limitierung der Fallzahlen) abgesichert werde.

Den Vernehmlassungen der Preisüberwachung lässt sich entnehmen, dass diese gegen den Wechsel zum PLT-Modell keine grundsätzlichen Einwände erhebt und dieses insofern nicht in Frage stellt. Die Vorbehalte betreffen somit nicht das Modell als solches, sondern die flankierenden Massnahmen und damit die Modalitäten der Umsetzung des PLT-Modells. (...) **[173]**

(...)⁹

8.2.4. Aus der Sicht des Bundesrates versteht es sich, dass der Regierungsrat das PLT-Modell überprüfen wird, wenn das einschlägige Bundesrecht ändert. Dass es sich beim PLT-Modell um eine Zwischenlösung und nicht um eine definitive Lösung handelt und das Modell später durch das *AP-DRG-Modell* (=All Patients-Diagnosis Related Groups) abgelöst werden soll, wie auch der Beschwerdeführer einwendet, kann daher gegen das PLT-Modell als solches

zur Zeit nicht entscheidend ins Gewicht fallen. Die Gesundheitsdirektion weist in der Vernehmlassung vom 15. März 2000 zu Recht darauf hin, dass die wechselnden wirtschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen immer wieder Anpassungen bei den Rechnungsmodellen nötig machen werden und insofern jedes Modell übergangscharakter aufweist. Sie geht ferner davon aus, dass das PLT-Modell - bis zur Einführung von diagnosebezogenen Abgeltungsmodellen - im Kanton Zürich während mehrerer Jahre angewendet werde und deshalb nicht von einer bloss kurzfristigen Zwischenlösung gesprochen werden könne; das PLT-Modell sei lediglich deshalb als Übergangsmodell bezeichnet worden, weil die Tarifpartner bereits Weiterentwicklungen in Richtung AP-DRG-Tarifierung ins Auge fassten.

(...)[174]

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

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

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

Soweit das neue Modell gegenüber früher die Kostentransparenz verbessert, darf die Kantonsregierung gemäss Gesetz und nach der Praxis des Bundesrates den Kostendeckungsgrad erhöhen, ohne dass die Kassen sich dagegen auf das Gebot der Kostenneutralität des Systemwechsels berufen können (E. 6 hiavor).

Was weiter die anrechenbaren Kosten im Sinne von Art. 49 Abs. 1 KVG betrifft, fällt in Betracht, dass diese am Gebot der Wirtschaftlichkeit zu messen sind. Die Vertragspartner und die zuständigen Behörden müssen in diesem Sinne darauf achten, eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten zu erreichen (Art. 43 Abs. 6 KVG). Daraus folgt, dass ein Wechsel des Rechnungsmodells dann nicht zu höheren Abgeltungen für die erbrachten Leistungen und damit zu Mehrkosten führen darf, wenn Qualität und Menge der erbrachten Leistungen im Vergleich zum alten Modell mehr oder weniger gleich bleiben und somit keine Faktoren vorliegen, die höhere Kosten rechtfertigen. Auch wenn der Begriff der Kostenneutralität als solcher im Gesetz nicht vorkommt, muss daher ein Wechsel des Rechnungsmodells grundsätzlich kostenneutral erfolgen und darf für sich allein nicht zu Mehrkosten führen (vgl. BRE vom 18.10.2000 i.S. Physiotherapietarife Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden, auszugsweise abgedruckt in: Recht und Politik des Wettbewerbs [RPW], 2000/5, S. 873 und 876, E. 8.1). Anders verhält es sich indes dann, wenn Faktoren vorliegen, die Mehrkosten rechtfertigen. Mehrkosten können sich aus einer Verbesserung der Qualität der Behandlung (z. B. dank des medizinischen Fortschritts) oder aus einer begründeten Ausweitung der Menge der erbrachten Leistungen (z. B. infolge demographischer Veränderungen oder neuer Pflichtleistungen) ergeben. Solche Kosten sind auf die Kosten der stationären Versorgung und damit auf die Spitalpauschalen anrechenbar, und zwar selbst dann, wenn sie mit einem Wechsel des Rechnungsmodells zusammenfallen. Sie können daher von den Krankenversicherern nicht mit dem Hinweis auf das Gebot der Kostenneutralität abgelehnt werden und müssen von ihnen im Umfange ihrer Pflicht zur Kostenbeteiligung gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG übernommen werden. In einem solchen Fall hülfe es den Krankenversicherern daher auch nicht, wenn die Kantonsregierung die Fallzahlen auf dem bisherigen Stand einfriere oder bei Ueberschreitung der Fallzahlen beispielsweise eine degressive Fallpauschale vorsähe, wie dies der Beschwerdeführer fordert. Wenn die Fallzahlen und damit die Kosten wegen Faktoren steigen, die höhere anrechenbare Kosten rechtfertigen, so müssen sich die Krankenversicherer so oder anders an den Mehrkosten beteiligen und greift das Gebot der Kostenneutralität insoweit nicht. Dass die Spitalsubventionen im Kanton Zürich auf Grund von Globalbudgets ausgerichtet werden, bedeutet ebenfalls nicht, dass keine zusätzlichen medizinisch indizierten Fälle behandelt werden dürfen. Die erwarteten Fallzahlen stellen lediglich eine Planungsgrundlage für das Spital und eine Berechnungsgrundlage für den zu erwartenden Geldmittelfluss dar, wie die Gesundheitsdirektion zu Recht vorbringt.

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Krankenversicherer sich in der stationären Versorgung bei einem Wechsel des Rechnungsmodells dann auf das Gebot der Kostenneutralität berufen können, wenn das neue Modell die Kostentransparenz gegenüber früher nicht verbessert und wenn auch keine Faktoren vorliegen, die höhere anrechenbare Kosten rechtfertigen. Selbst wenn diese Voraussetzungen im vorliegenden Fall gegeben wären, so hiesse dies indes noch nicht, dass das PLT-Modell deswegen als Ganzes aufgehoben werden müsste. Aus dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit ergibt sich, dass der Bundesrat als Beschwerdeinstanz das PLT-Modell nur im Sinne des letzten Mittels kassieren kann, das heisst dann, wenn sich

die Kostenneutralität nicht anders erreichen lässt, beispielsweise durch Korrekturen beim Kostendeckungsgrad oder bei den anrechenbaren Kosten und den Modalitäten der Umsetzung des PLT-Modells. (...)

(...)[175]

10.5 Bildung von Gruppentaxen

(...)[176]

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

Wenn aber die Kosten für jedes Spital separat zu ermitteln sind, so folgt daraus, dass grundsätzlich auch die Pauschalen separat für jedes Spital zu berechnen sind. Ausnahmen sind grundsätzlich nur dort zulässig, wo die Spitäler bei entsprechender Struktur vergleichbare Kosten aufweisen. Soweit dies der Fall ist, dürfen gemeinsame Pauschalen festgesetzt werden und verstossen Gruppentaxen nicht gegen Art. 49 Abs. 1 KVG. Bisher hat der Bundesrat diese Ausnahmeregelung hinsichtlich des Kriteriums der vergleichbaren Kosten grosszügig interpretiert, weil die Instrumente zur einheitlichen Erfassung der Kosten noch nicht vorliegen und angewendet werden (vgl. etwa RKUV 6/1997 366 E. 9.2).

(...)[177]

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

(...)[178]

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

(...)[179]

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

(...)[180]

13. Grad der Kostendeckung durch die Krankenversicherer (Deckungsquote)

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

13.1. Der Regierungsrat führt im angefochtenen Beschluss zur Deckungsquote aus, der Bundesrat habe im Entscheid über die Zürcher Spitaltarife 1996 einen Kostendeckungsgrad von 46% zugestanden. Seither hätten die Zürcher Spitäler die Kostentransparenz deutlich verbessert, weshalb diese Prozentzahl den Ausgangspunkt für den Kostendeckungsgrad bei den Tarifen 2000 bilden müsse. Weiter sei festzuhalten, dass beispielsweise für Lehre und Forschung sowie für Mehrkosten von Zusatzversicherten jeweils Abzüge vorgenommen würden, die bereits Sicherheitsmargen aufwiesen, womit die anrechenbaren Kosten reduziert würden. Daher sei es nicht sachgerecht, diese Bereiche zusätzlich als Begründung für einen tieferen Kostendeckungsgrad heranzuziehen. Selbst der VZKV habe mit Schreiben vom 6. August und 1. September 1999 einen Kostendeckungsgrad von 47% als

vertretbar erachtet. Aus diesen Gründen und mit Blick auf die noch immer ausstehenden Richtlinien des Bundesrates erscheine - je nach Spital - ein Kostendeckungsgrad zwischen 47,5 und 48,5% als angemessen.

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

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

Nach Art. 49 Abs. 1 KVG decken die Pauschalen für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital (Art. 39 Abs. 1 KVG) für Kantonseinwohner und -einwohnerinnen bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern höchstens 50% der anrechenbaren Kosten je Patient oder Patientin oder je Versichertengruppe in der allgemeinen Abteilung (Deckungsquote). Die maximale Deckungsquote von 50% hat der Bundesrat allerdings bisher noch nie zugestanden. Im Entscheid vom 13. August 1997 in Sachen Zürcher Spitaltarife 1996 (RKUV 6/1997 343 und 367 E. 10.3) hat er eine Deckungsquote von 46% für angemessen erachtet. Er hat sich in der Folge stets an diese Quote gehalten, wenn die Datenbasis der Spitäler schon verhältnismässig gut war, die Kosten der allgemeinen Abteilungen jedoch wegen fehlender Kostenträgerrechnungen nicht transparent ausgeschieden werden konnten. Je näher bei ungenügender Kostentransparenz die Deckungsquote an das Maximum von 50% herangeführt wird, desto grösser wird die Gefahr, dass die Spitalpauschalen effektiv mehr als 50% der anrechenbaren Kosten decken. Die Spanne zwischen den 46% und der maximalen Deckungsquote von 50% soll dies verhindern und dient in diesem Sinne als notwendige Sicherheitsmarge.

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

Dies bedeutet, dass die vom Regierungsrat festgesetzten Pauschalen aufzuheben sind, weil sie auf höheren Deckungsquoten basieren. Dies gilt auch für jene Spitäler, die Lohnnachzahlungen leisten und deren Tarife daher erst im zweiten Teilentscheid festgesetzt werden können. Für jene Spitäler, die keine Lohnnachzahlungen leisten, (...), setzt der Bundesrat auf der Basis des Kostendeckungsgrades von 46% die Pauschalen reformatorisch neu fest (Art. 61 Abs. 1 VwVG). Auch für die übrigen Spitäler, die Lohnnachzahlungen leisten, werden im vorliegenden ersten Teilentscheid die Pauschalen auf der Basis von 46% ermittelt, wobei es sich einstweilen um rein rechnerische Werte handelt, weil die Pauschalen endgültig erst im zweiten Teilentscheid festgesetzt werden können.

[165]^[163] Vgl. RKUV 4/2002 KV 9.

[166]^[164] Vgl. RKUV 4/2002 KV 9.

[167]^[165] Vgl. RKUV 4/2002 KV 9.

[168]^[166] Vgl. RKUV 4/2002 KV 9.

[169]^[167] Vgl. RKUV 4/2002 KV 9.

[170]^[168] Vgl. RKUV 4/2002 KV 9.

[171]^[169] Vgl. RKUV 4/2002 KV 9.

[172]^[170] Vgl. RKUV 4/2002 KV 9.

[173]^[171] Vgl. RKUV 4/2002 KV 9.

[174]^[172] Vgl. RKUV 4/2002 KV 9.

[175]^[173] Vgl. RKUV 4/2002 KV 9.

[176]^[174] Vgl. RKUV 4/2002 KV 9.

[177]^[175] Vgl. RKUV 4/2002 KV 9.

[178]^[176] Vgl. RKUV 4/2002 KV 9.

[179]^[177] Vgl. RKUV 4/2002 KV 9.

[180]^[178] Vgl. RKUV 4/2002 KV 9.

JAAC 66.78 - Auszüge aus einem Entscheid des Bundesrates vom 19. Dezember 2001 in Sachen Verband Zürcher Krankenversicherer (VZKV) gegen Regierungsrat des Kantons Zürich, ausführlichere Publikation in Rechtsprechung und Verwaltungspraxis zur Kranken-...

In	Verwaltungspraxis der Bundesbehörden
Dans	Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération
In	Giurisprudenza delle autorità amministrative della Confederazione
Jahr	2002
Année	
Anno	
Band	66
Volume	
Volume	
Seite	---
Page	
Pagina	
Ref. No	150 005 687

Das Dokument wurde durch das Schweizerische Bundesarchiv und die Bundeskanzlei konvertiert.
Le document a été digitalisé par les Archives Fédérales Suisses et la Chancellerie fédérale.
Il documento è stato convertito dall'Archivio federale svizzero e della Cancelleria federale.