

Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich

Sitzung vom 16. März 2022

444. Krankenversicherung (TARMED-Taxpunktwert für freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte ab 1. Januar 2018; Tariffestsetzung)

I. Ausgangslage

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

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

Bis zum 31. Dezember 2016 war der auf kantonaler Ebene festzulegende TARMED-Taxpunktwert zwischen der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich (AGZ) und den drei Einkaufsgemeinschaften der Versicherer (Versicherer), bestehend aus der tarifsuisse ag (tarifsuisse), den CSS

Versicherern (CSS) und der Einkaufsgemeinschaft HSK AG (HSK), vertraglich vereinbart. Da sich die Tarifpartner nicht auf einen Taxpunktwert ab 1. Januar 2017 einigen konnten, verlängerte der Regierungsrat mit Beschluss Nr. 837/2017 die bisherigen Verträge samt Taxpunktwert von Fr. 0.89 um ein Jahr bis 31. Dezember 2017.

Mit Eingabe vom 27. Oktober 2017 beantragte die AGZ die Festsetzung eines provisorischen Taxpunkt werts von Fr. 0.92 ab 1. Januar 2018. In der Folge setzte der Regierungsrat im Sinne einer vorsorglichen Massnahme für die Dauer der Genehmigungs- oder Festsetzungsverfahren mit Wirkung ab 1. Januar 2018 provisorisch einen Taxpunkt wert von Fr. 0.89 gegenüber sämtlichen Versicherern fest, wobei die rückwirkende Geltendmachung einer allfälligen Differenz zwischen dem provisorischen und dem definitiven Tarif durch die Berechtigten vorbehalten blieb (RRB Nr. 1227/2017).

2. Verfahren und Anträge der Parteien

Mit Schreiben vom 28. August 2018 erklärte die AGZ die Vertragsverhandlungen betreffend TARMED-Taxpunkt wert gegenüber sämtlichen Versicherern als gescheitert und beantragte die Festsetzung eines Taxpunkt werts von Fr. 1.02 mit Wirkung ab 1. Januar 2018. Zur Berechnung des beantragten Taxpunkt werts stützt sich die AGZ auf Daten der «Rollenden Kostenstudie» (RoKo) und auf das «Gestehungskostenmodell 2.5 der Ärztekasse». Das Modell leite mittels verschiedener Annahmen die Gestehungskosten pro Arztpraxis her, die bei der Erbringung von TARMED-Leistungen anfallen. Gestützt auf diese Kosten und ein Referenzeinkommen von Fr. 229 397 (einschliesslich Arbeitgeberanteile und Sozialleistungen) wurde für jede Arztpraxis ein Taxpunkt wert bestimmt und ein Betriebsvergleich durchgeführt, wobei die AGZ den beantragten Taxpunkt wert von Fr. 1.02 gestützt auf das 45. Perzentil gewichtet nach Anzahl Arztpraxen ableitete.

In ihrer Stellungnahme vom 5. November 2018 beantragte die CSS die Festsetzung eines Taxpunkt werts von höchstens Fr. 0.89. Aufgrund der in den letzten Jahren gestiegenen Kosten im ambulanten Bereich sei eine Tarifierhöhung nicht angezeigt. Darüber hinaus seien zurzeit Bestrebungen im Gange, die Tarifstrukturen im ambulanten Bereich zu erneuern, was gegen eine Taxpunktwerterhöhung vor einer allfälligen Kostenneutralitätsphase sprechen würde. Zudem hätten sich die Rahmenbedingungen im Vergleich zum Jahr 2017 nicht wesentlich verändert; auch aufgrund des Tarifstruktureingriffs des Bundesrates im Jahr 2018 sei der Taxpunkt wert nicht zu erhöhen.

Die tarifsuisse beantragte mit Schreiben vom 14. November 2018 die Festsetzung eines Taxpunktwerts von höchstens Fr. 0.86. Sie legt anhand ihres Steuerungsmodells dar, dass im gesamtschweizerischen Vergleich im Kanton Zürich überdurchschnittlich viele TARMED-Leistungen je Patientin bzw. Patient abgerechnet würden und dass das Total der von der Ärzteschaft abgerechneten TARMED-Leistungen darüber hinaus in den letzten Jahren im schweizweiten Vergleich stark gestiegen sei. Zudem zeige sich, dass das Durchschnittseinkommen der Ärztinnen und Ärzte über dem geltend gemachten Referenzeinkommen liege. Falls trotz Bemühungen der Behörde keine genügend transparenten Daten beschafft werden könnten, sei der Tarif mittels alternativer Tarifierleitungsmethoden zu bestimmen. Darunter falle die Methode der Preisüberwachung, die Methode der Parallelisierung, die Preisfindungsmethode gemäss dem damaligen Vertrag zwischen santésuisse und der FMH betreffend Kontrolle und Steuerung von Leistungen und Kosten im Bereich TARMED (nationale Leistungs- und Kostenvereinbarung oder das Steuerungsmodell der tarifsuisse).

Mit Schreiben vom 30. November 2018 beantragte die HSK die Festsetzung eines TARMED-Taxpunktwerts von Fr. 0.89. Sie macht geltend, dass die ambulanten ärztlichen Kosten pro Erkrankte im Kanton Zürich in den letzten Jahren im Vergleich zu anderen Kantonen stark gestiegen seien. Sodann liege der bisher gültige Taxpunktwert über dem schweizweiten Median von Fr. 0.86, wobei die freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte im Kanton Zürich zudem selber Medikamente abgeben könnten. Weiter dürfe die Lohndifferenz zwischen den Grundversorgern und den Spezialistinnen und Spezialisten als Folge der verfehlten TARMED-Tarifstruktur nicht über den Taxpunktwert korrigiert werden. Darüber hinaus sei auch aufgrund der Tarifstrukturanpassung des Bundesrates und des damit angestrebten kostendämpfenden Effektes der Taxpunktwert nicht zu erhöhen.

Alle drei Versicherer hielten darüber hinaus fest, dass die RoKo-Daten sowie das Gestehungskostenmodell 2.5 mangelhaft und intransparent seien und somit eine Festsetzung gestützt auf diese Grundlagen die Anforderungen des KVG nicht erfüllen würde. Bemängelt wurde insbesondere, dass die Anzahl der an der RoKo-Studie teilnehmenden Arztpraxen massiv unter der tatsächlichen Anzahl abrechnender Arztpraxen liege und die Daten somit nicht als repräsentativ erachtet werden könnten. Bezüglich einer kostenbasierten Festsetzung und der damit verbundenen Wirtschaftlichkeitsprüfung erachteten die Versicherer das angewendete Benchmarking der AGZ auf dem 45. Perzentil als zu wenig streng.

3. Verfahren bis zum Zwischenentscheid

Mit Schreiben vom 15. März 2019 teilte die Gesundheitsdirektion den Tarifpartnern mit, dass die bisher eingereichten Unterlagen für eine datengestützte Festsetzung ungenügend seien und deshalb eine Datenerhebung und eine Instruktionssitzung geplant seien.

An der Instruktionssitzung vom 17. April 2019, an der sowohl die AGZ als auch die tarifsuisse, CSS und HSK vertreten waren, hielt die Gesundheitsdirektion fest, dass gemäss Art. 59c der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) zwecks Wirtschaftlichkeitsprüfung eines Tarifs transparente Kostendaten vorliegen müssten und dass in Tariffestsetzungsverfahren der Mitwirkungspflicht der Parteien erhebliche Bedeutung zukomme. Zur Beschaffung von transparenten Kostendaten stellte die Gesundheitsdirektion ein mögliches Datenerhebungstool vor, das bereits vorgängig mit Schreiben vom 2. April 2019 den Tarifpartnern zugestellt worden war. Das Datenerhebungstool sah eine Erhebung auf Ebene der einzelnen Arztpraxen vor, um Kostenrechnungen zu erstellen und die Aufwände und Erträge von erbrachten TARMED-Leistungen, die durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu vergüten sind (OKP-pflichtig), genau auszuweisen. Zur Plausibilisierung der Angaben und für die Wirtschaftlichkeitsprüfung hätten darüber hinaus gemäss Datenerhebungstool zusätzliche Angaben bezüglich weiteren Tätigkeiten der Ärztinnen und Ärzte, zur jeweiligen Anzahl Patientenkontakte und zu den Räumlichkeiten der Arztpraxen erhoben werden müssen.

Auf Nachfrage der AGZ erklärte die Gesundheitsdirektion, dass grundsätzlich auch eine Tariffestsetzung mittels RoKo-Daten möglich sei, sofern die im Datenerhebungstool der Gesundheitsdirektion abgebildeten und oben genannten Anforderungen bezüglich transparenter Kostendaten bestmöglich erfüllt würden. Hierzu müssten die RoKo-Daten zwingend mittels Zusatzerhebungen im Sinne des von der Gesundheitsdirektion erstellten Datenerhebungstools ergänzt werden. Bezüglich Repräsentativität äusserte sich die Gesundheitsdirektion dahingehend, dass sowohl eine Vollerhebung als auch eine repräsentative Stichprobe möglich sei.

Mit Schreiben vom 4. Juni 2019 erklärte die AGZ, dass die RoKo-Daten als Ausgangslage für die Tariffestsetzung verwendet werden sollten. Eine neue Erhebung, wie durch die Gesundheitsdirektion an der Instruktionssitzung vorgeschlagen, sowie eine Zusatzerhebung zu den RoKo-Daten sei abzulehnen. Die verfahrensrechtliche Mitwirkungspflicht gelte für die AGZ, nicht aber für die einzelnen Ärztinnen und Ärzte, womit Letztere nicht verpflichtet wären, zusätzliche Daten zu erheben. Jedoch gelte für die Ärztinnen und Ärzte eine Pflicht zur Datenbekanntgabe an das

Bundesamt für Statistik, das seinerseits die Daten an die Kantonsbehörde für die Beurteilung der Tarife weitergeben könne. Zudem sei eine Vollerhebung im ambulanten Bereich gesetzlich nicht vorgesehen und aufgrund der Anzahl freipraktizierender Ärztinnen und Ärzte unrealistisch. «Eine Stichprobenerhebung der vorhandenen Daten» sei zu begrüssen.

Die Gesundheitsdirektion hielt mit Schreiben vom 22. Juli 2019 gegenüber den Parteien nochmals fest, dass sie die im Sinne des Datenerhebungstools verlangten Ergänzungen zu den RoKo-Daten für eine Tariffestsetzung als notwendig erachte. Dementsprechend nannte die Gesundheitsdirektion folgende Anforderungen an die Kosten- und Leistungsdaten, welche sich nach ihrer Rechtsauffassung aus Art. 59c KVV ergäben:

- *Identifizierbarkeit: Die Daten jeder einzelnen Praxis müssen überprüfbar sein. Dies bedingt, dass die Daten in nicht aggregierter Form vorliegen und dass die einzelnen Praxen identifizierbar sind.*
- *Abgrenzung: Die Kosten zwischen einzelnen Praxen müssen abgegrenzt sein. Allfällige Gemeinkosten, die mehrere Praxen betreffen, sind anteilig zuzuordnen.*
- *Personalkosten: Die Personalkosten müssen detailliert aufgeführt werden. Für jede Berufsgruppe sind Anzahl Personen, Beschäftigungsgrad und Personalaufwand anzugeben. Die Sozialleistungen sind separat zum Bruttolohn aufzuführen.*
- *Vorsorge: Der Versicherungs- und Vorsorgeaufwand für auf eigene Rechnung praktizierende Ärztinnen und Ärzte ist aufzuführen.*
- *Sachkosten: Der Aufwand für Medikamente, Materialien der Mittel- und Gegenständeliste und Labormaterial ist separat auszuweisen. Weiter sind Raumaufwand, Kapitalaufwand und Abschreibungen auszuweisen.*
- *Ertrag: Für die Bereiche TARMED, Labor, Medikamente, MiGel und weitere Tätigkeiten wie Paramedizin ist der Ertrag separat auszuweisen. Dabei ist zwischen Ertrag aus KVG-Leistungen und Ertrag aus übrigen Leistungen (UVG/IVG/MVG, Zusatzversicherung, weitere) zu unterscheiden.*
- *Leistungen: Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte und Patientenkontakte in der Praxis sind anzugeben, differenziert zwischen KVG-Leistungen und nicht KVG-Leistungen.*
- *Finanzieller Erfolg: Das Praxisergebnis sowie die damit verbundenen Vergütungen, Vergünstigungen und Bezüge des Inhabers oder der Inhaberin müssen offengelegt werden.*
- *Kostenrechnungsmodell: Es muss präzisiert werden, nach welcher Methodik für jede Praxis die Kosten je TARMED Taxpunkt ermittelt werden.*

- *Kostenrechnung: Für jede Praxis muss eine transparent nachvollziehbare Kostenrechnung vorliegen, in welcher die angefallenen Kosten verursachergerecht dem Kostenträger TARMED-KVG sowie den übrigen Kostenträgern (Labor, Medikamente, Physiotherapie, Zusatzversicherungsbereich usw.) zugeordnet werden.*
- *Offenlegung der Quelle: Jede Variable ist präzise zu definieren und es ist im Detail anzugeben, aus welcher Quelle die entsprechende Angabe entnommen wird (RoKo, MAS, weitere).*
- *Repräsentativität: Die Daten müssen die Kostenstruktur der Zürcher Arztpraxen repräsentativ abbilden. Soll auf bestehende Datenquellen abgestützt werden, obliegt es der AGZ aufzuzeigen, dass ein so zusammengestellter Datensatz die genannten Kriterien einschliesslich der Repräsentativität erfüllt.*
- *Form: Daten und Tabellen sind in elektronisch verarbeitbarer, einheitlicher Form zu liefern (z. B. Excel).»*

Gleichzeitig wurde der AGZ Frist angesetzt, um die Daten entweder gemäss Datenerhebungstool der Gesundheitsdirektion oder einem alternativen Erhebungstool samt Kostenrechnungsmodell, das die verlangten Anforderungen erfüllt, einzureichen. Auf Ersuchen der AGZ erläuterte die Gesundheitsdirektion an der Sitzung vom 4. Oktober 2019, an der auch die Versicherer vertreten waren, die Anforderungen an diese Daten im Detail.

Am 4. November 2019 reichte die AGZ ein Kostenrechnungsmodell (Gestehungskostenmodell 2.6) ein, das wiederum auf den RoKo-Daten beruhte. Das Modell entsprach in seiner Methodik dem bereits mit dem Festsetzungsbegehren eingereichten Gestehungskostenmodell 2.5; es wurden lediglich verschiedene Parameter angepasst. Eventualiter beantragte die AGZ, den TARMED-Taxpunktwert auf der Grundlage der Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren des Bundesamtes für Statistik (= MAS-Daten; Medical Ambulatory Structure) festzusetzen, falls eine Festsetzung auf der Grundlage der RoKo-Daten nicht möglich sein sollte. Mit Schreiben vom 12. November 2019 wurde der AGZ Frist bis zum 31. Januar 2020 zur Einreichung der zum Modell zugehörigen Daten angesetzt und die Eingabe der AGZ vom 4. November 2019 samt Modell den Versicherern zugestellt. Die zugehörigen RoKo-Daten wurden von der AGZ sodann am 30. Januar 2020 eingereicht. Die AGZ wies darauf hin, dass die eingereichten Daten repräsentative Stichproben darstellten, und ersuchte um Gelegenheit zur Stellungnahme, falls die Gesundheitsdirektion diesbezüglich zu einem anderen Schluss kommen sollte. Ein Verbindungsschlüssel, mit dem eine eindeutige Zuordnung der RoKo-Daten zu den einzelnen Arztpraxen möglich gewesen wäre, wurde nicht mitgesandt. Diesbezüglich hatte die AGZ bereits am 4. November 2019 auf Geschäftsgeheimhaltungsinteressen der einzelnen Arzt-

praxen verwiesen und sich weiter dahingehend geäußert, dass aus der Verknüpfung der RoKo-Daten mit weiteren Daten keine Aussage über die Datenqualität möglich sei. Im Übrigen fehle eine rechtliche Grundlage dazu.

Da nicht auszuschliessen war, dass gestützt auf die eingereichten RoKo-Daten in Verbindung mit weiteren Datenquellen Rückschlüsse auf einzelne Arztpraxen und dementsprechend auf einzelne Personen möglich gewesen wären, wurden die Daten, wie von der AGZ beantragt, nicht an die Versicherer weitergeleitet. Zwecks Wahrung des rechtlichen Gehörs der Versicherer wurden die Parteien mit Schreiben vom 13. Februar 2020 eingeladen, bezüglich einer Dateneinsicht in den Räumlichkeiten der Gesundheitsdirektion und den dabei einzuhaltenden Modalitäten Stellung zu nehmen. Gleichzeitig kündigte die Gesundheitsdirektion an, dass ein anfechtbarer Zwischenentscheid gefällt würde, falls keine Einigung bezüglich Dateneinsicht zwischen den Parteien möglich wäre. In der Folge fanden mehrere Schriftenwechsel statt, wobei sich die Parteien nicht über die Schutzwürdigkeit der Daten und die Modalitäten bezüglich einer allfälligen Dateneinsicht einigen konnten. Mit Eingabe vom 2. Juni 2020 beantragte die AGZ schliesslich, die Anträge der Versicherer um Zustellung der Daten seien abzuweisen; im Falle einer Gutheissung der Anträge der Versicherer seien die Daten «aus dem Recht zu weisen und unwiderruflich auf allen Datenträgern zu löschen». Die Versicherer hielten zusammenfassend fest, dass die durch die Gesundheitsdirektion gestellten Anforderungen an eine datenbasierte Tariffestsetzung durch die RoKo-Daten nicht erfüllt seien.

Mit Schreiben vom 4. November 2020 bezog sich die AGZ auf den rechtskräftigen TARMED-Festsetzungsentscheid des Regierungsrates des Kantons Zug vom 25. August 2020 und führte aus, weshalb die Erwägungen dieses Entscheids, wonach RoKo-Daten für eine Festsetzung des TARMED-Taxpunktswerts ungeeignet seien, im Kanton Zürich keine Relevanz hätten. Gleichzeitig reichte sie ein überarbeitetes Benchmarking ein, bei dem sie die eingereichten Datensätze nach Strukturmerkmalen gewichtete, um die Repräsentativität der Daten zu verbessern.

Die Gesundheitsdirektion ersuchte daraufhin die AGZ mit Schreiben vom 11. November 2020, den Festsetzungsentscheid des Kantons Zug einzureichen, um diesen dann samt den weiteren Eingaben der AGZ den Versicherern zur Stellungnahme zuzustellen. Mit Schreiben vom 17. Dezember 2020 stellte die Gesundheitsdirektion die Eingaben der AGZ samt Festsetzungsentscheid den Versicherern zur Stellungnahme bis 3. Februar 2021 zu. In der Folge erstreckte die Gesundheitsdirektion auf Gesuch der HSK mit Schreiben vom 22. Januar 2021 die angesetzte Frist und stellte auf Anfrage der tarifsuisse den Parteien gegenseitig die bereits im vergangenen Jahr eingereichten Stellungnahmen bezüglich Dateneinsicht zur Kenntnisnahme zu.

Die CSS beantragte mit Schreiben vom 9. Februar 2021, die Frist zur Stellungnahme sei einstweilen aufzuheben und nach dem Zwischenentscheid neu anzusetzen. Zudem beantragte sie erneut, dass ihr im Rahmen des Zwischenentscheids die eingereichten Daten der AGZ zuzustellen seien. Die Gesundheitsdirektion nahm daraufhin mit Schreiben vom 17. Februar 2021 die gegenüber den Versicherern angesetzten Fristen einstweilen ab. Die tarifsuisse stellte mit Schreiben vom 18. Februar 2021 den Antrag, dass ihr im Rahmen des Zwischenentscheids alle nicht schutzwürdigen Eingaben der AGZ zuzustellen seien. Weiter rügte die tarifsuisse, dass der durch die AGZ eingereichte Festsetzungsentscheid des Kantons Zug auch der CSS und HSK zugestellt worden sei, und beantragte zudem, dass die Verfahren mit den anderen Versicherern nicht zu vereinigen bzw. fortan getrennt zu führen seien. Mit Eingabe vom 8. Februar 2021 beantragte die HSK erneut, dass ihr die durch die AGZ eingereichten Daten im Rahmen des Zwischenentscheids zuzustellen seien.

4. Zwischenentscheid vom 31. März 2021 bezüglich RoKo-Daten

Mit Zwischenentscheid vom 31. März 2021 (RRB Nr. 327/2021) hielt der Regierungsrat zusammenfassend fest, dass die eingereichten Daten, deren Repräsentativität und Qualität nicht sichergestellt seien, nicht für eine Tariffestsetzung geeignet seien. Die vorgenommene Plausibilisierung der Daten – die durch den fehlenden Identifikationsschlüssel zu den einzelnen Arztpraxen nur sehr eingeschränkt möglich sei – zeige zudem auch Mängel bezüglich Datenqualität auf. Weiter sei nicht sichergestellt, dass die eingereichten Daten in Verbindung mit dem Kostenrechnungsmodell die Kosten und Erträge bezüglich der OKP-pflichtigen TARMED-Leistungen realitätsnah abbilden würden. Nachdem die Gesundheitsdirektion bei den durchgeführten Instruktions- und Datenerhebungssitzungen sowie schriftlich auf die Notwendigkeit von Zusatzerhebungen hingewiesen habe, müsse davon ausgegangen werden, dass die AGZ diese Mängel nicht beheben könne. Es sei auch nicht ersichtlich, inwiefern die Mängel seitens der Festsetzungsbehörde behoben werden könnten, weshalb eine Tariffestsetzung auf dieser Datengrundlage ausgeschlossen sei. Entsprechend entschied der Regierungsrat, die von der AGZ am 30. Januar 2020 eingereichten Daten der «Rollenden Kostenstudie» sowie die Kennzahlen der NewIndex AG der Jahre 2016 und 2017 aus dem Recht zu weisen (Dispositiv I). Der Beschluss ist rechtskräftig.

5. Anhörung der Preisüberwachung

Bevor der Regierungsrat über die Festsetzung oder Genehmigung einer Preiserhöhung entscheidet, ist die Preisüberwachung anzuhören (Art. 14 Preisüberwachungsgesetz [PüG; SR 942.20]). Entsprechend wurde die Preisüberwachung mit Schreiben vom 15. Dezember 2020 eingeladen, zur Festsetzung des TARMED-Taxpunktwerths Stellung zu nehmen. In ihrer Stellungnahme vom 3. Mai 2021 empfahl die Preisüberwachung, den TARMED-Taxpunktwert für die freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte auf höchstens Fr. 0.89 festzusetzen. Die Preisüberwachung erklärte, dass die RoKo-Daten für eine Festsetzung nicht geeignet seien. Einerseits sei die Repräsentativität nicht sichergestellt, und andererseits würden die Daten auch nicht alle notwendigen Parameter wie Arbeitszeit und OKP-pflichtige Leistungen umfassen. Darüber hinaus seien die Daten auch nicht durch eine unabhängige Stelle kontrolliert und plausibilisiert worden. Aufgrund der mangelhaften Daten seien deshalb andere Kriterien zur Festsetzung heranzuziehen. Eine Möglichkeit hierzu sei die Parallelisierung des TARMED-Taxpunktwerths mit den Zürcher Spitälern, die Tarifverträge mit einem Taxpunktwert in der Höhe von Fr. 0.89 abgeschlossen hätten. Als weiteres Kriterium zog die Preisüberwachung die Entwicklung der abgerechneten ärztlich ambulanten Leistungen heran. Hierbei zeige sich, dass die Menge der abgerechneten Leistungen und damit die Kosten seit 2018 deutlich gestiegen seien. Aufgrund des Gebots der Kostendämpfung im Gesundheitswesen sei deshalb der Taxpunktwert nicht zu erhöhen. Zudem habe der Bundesrat im Rahmen der Tarifstrukturanpassung vom 1. Januar 2018 den Kantonsregierungen mitgeteilt, dass die Änderungen an der Tarifstruktur keine Anpassung der kantonalen Taxpunktwerthe verlangen würden. Diese Aufforderung sei so zu interpretieren, dass die Taxpunktwerthe nicht erhöht werden sollten. Eine weitere Methode zur Taxpunktwertbestimmung könne ein Preisbenchmarking mit den verschiedenen Taxpunktwerthen freipraktizierender Ärztinnen und Ärzte der anderen Kantone sein. Der dadurch berechnete Taxpunktwert auf dem 20. Perzentil liege bei Fr. 0.83. Alle herangezogenen Methoden würden gegen eine Taxpunktwertherhöhung sprechen, womit der Taxpunktwert auf höchstens Fr. 0.89 festzusetzen sei.

6. Weitere Stellungnahmen der Parteien

Mit Stellungnahme vom 14. Juni 2021 beantragte die AGZ wiederum, dass der Taxpunktwert datengestützt festzusetzen sei. Da die RoKo-Daten aus dem Recht gewiesen worden seien, sei stattdessen auf die MAS-Daten abzustützen. Zu den von der Preisüberwachung vorgeschlagenen alternativen Tariffestsetzungsmethoden hielt die AGZ fest, dass sich eine Mehrheit der Zürcher Spitäler ebenfalls in Festsetzungsverfahren über

den TARMED-Taxpunkt sei, weshalb es nicht sachgerecht sei, einige wenige Spitäler für eine Parallelisierung heranzuziehen. Zum Preisbenchmarking sei festzuhalten, dass in einigen anderen Kantonen ebenfalls Festsetzungsverfahren laufen würden und die im Benchmarking verwendeten Taxpunktwerte deshalb nicht als gegeben erachtet werden könnten. Zudem sei das von der Preisüberwachung festgelegte 20. Perzentil als Effizienzmassstab zu streng, da die durch die freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte erbrachten Leistungen im Rahmen der Rechnungskontrolle durch die Versicherer bereits einer Wirtschaftlichkeitsprüfung unterzogen worden seien. Auch das Abstellen auf die abgerechneten ärztlich ambulanten Leistungen sei nicht sachgerecht, da die Kostenentwicklung auch auf exogene Faktoren, wie beispielsweise den medizinischen Fortschritt und den demografischen Wandel, zurückzuführen sei. Zudem sei der Tarifstruktureingriff des Bundesrates und dessen damit verbundene Aussage, dass der Taxpunkt nicht erhöht werden solle, so zu verstehen, dass die Tarifstruktur und der Taxpunkt unabhängig voneinander zu beurteilen seien. Der Taxpunkt sei somit unabhängig von der Revision der Tarifstruktur festzusetzen.

In ihrer Eingabe vom 15. Juni 2021 beantragte die CSS neu, der Taxpunkt sei auf höchstens Fr. 0.86 festzusetzen. Die CSS stützte sich dabei auf ein neu eingereichtes eigenes Modell (Modell CSS). Dieses zeige, dass die Kosten pro Patientin und Patient seit 2008 stark angestiegen seien und auch nicht allein durch höhere Lohnkosten, ein allgemein höheres Preisniveau, den demografischen Wandel und den medizinischen Fortschritt erklärt werden könne – auch nicht unter zusätzlichem Einbezug einer Toleranzmarge. Die von der Preisüberwachung angewendete Parallelisierungsmethode lehnte die CSS ab, da aufgrund der geringen Leistungsmenge der Spitalambulatorien nicht auf die grosse Mehrheit der freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte geschlossen werden könne. Allerdings zeige das Preisbenchmarking der Preisüberwachung, dass ein Taxpunkt von höchstens Fr. 0.86 angemessen sei.

Die HSK unterstützte in ihrer Stellungnahme vom 16. Juni 2021 die Empfehlung der Preisüberwachung und damit den beantragten Taxpunkt von Fr. 0.89. Falls keine KVG-konformen Daten zur Verfügung stehen würden, sei eine Tarifikalkulation aufgrund anderer pragmatischer Kriterien vorzunehmen. Ein eigenes Tarifierungsmodell reichte die HSK nicht ein.

Mit Schreiben vom 28. Juni 2021 nahm die tarifsuisse Stellung zur Empfehlung der Preisüberwachung. Sie lehnte eine Parallelisierung des Taxpunktwerts zwischen den Spitalambulatorien und der freipraktizierenden Ärzteschaft ab, da sich ein beträchtlicher Teil der Spitäler im Kanton Zürich ebenfalls in einem tariflosen Zustand befinde und somit eine Parallelisierung nicht repräsentativ sei. Bezüglich der Kostenentwicklung

sowie des Preisbenchmarkings führte die tarifsuisse aus, dass sich daraus kein konkreter Taxpunktwert ableiten lasse. Bezüglich einer allfälligen Verwendung der MAS-Daten vertrat sie die Auffassung, dass – analog zu den RoKo-Daten – nur ein geringer Teil der Ärzteschaft in den Daten erfasst sei und die Daten zudem nicht repräsentativ seien. Darüber hinaus handle es sich nicht um Kosten- und Leistungsdaten, weshalb die MAS-Daten keine Tarifbestimmung ermöglichen würden. Zudem würde eine Gesetzesgrundlage fehlen, um die MAS-Daten für eine Taxpunktwertfestsetzung zu verwenden. Das Bundesamt für Statistik stelle diese Daten den Kantonen lediglich in einem beschränkten Umfang zur Verfügung.

Im Rahmen der Stellungnahmen zur Empfehlung der Preisüberwachung wurde den Parteien auch Gelegenheit eingeräumt, zu einer möglichen Verfahrensvereinbarung Stellung zu nehmen. Die Versicherer waren grundsätzlich mit einer Verfahrensvereinbarung einverstanden. Die AGZ erachtete die Weiterführung von drei separaten Verfahren als sachgerecht, wobei keine materiellen Gründe gegen eine Verfahrensvereinbarung angeführt wurden.

Mit Schreiben vom 8. November 2021 reichte die tarifsuisse der Gesundheitsdirektion ein früher angekündigtes Steuerungsmodell samt den dazugehörigen Daten ein und beantragte darauf basierend die Festsetzung des TARMED-Taxpunktswerts von Fr. 0.86. Weiter machte die tarifsuisse Geheimhaltungsinteressen an diesem Steuerungsmodell geltend, weshalb der AGZ nur in Räumlichkeiten der Gesundheitsdirektion und gegen Unterzeichnung einer Vertraulichkeitserklärung Einblick in die Daten zu gewähren sei. Mit Schreiben vom 23. November 2021 stellte die Gesundheitsdirektion das Schreiben der tarifsuisse (ohne Beilagen und Daten) der AGZ zur Kenntnisnahme zu. Die AGZ äusserte sich mit Stellungnahme vom 3. Dezember 2021 dahingehend, dass der Festsetzungsentscheid zeitnah zu fällen sei; das Modell der tarifsuisse sei für eine Festsetzung ungeeignet und hätte darüber hinaus bereits viel früher eingereicht werden können.

7. Endgültige Festsetzungsanträge der Parteien

Die Parteien sowie die Preisüberwachung beantragen die Festsetzung folgender TARMED-Taxpunktswerte ab 1. Januar 2018:

AGZ	Fr. 1.02
tarifsuisse	höchstens Fr. 0.86
HSK	Fr. 0.89
CSS	höchstens Fr. 0.86
Preisüberwachung	höchstens Fr. 0.89

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

8. Verfahrensvereinigung

Das Verwaltungsrechtspflegegesetz (VRG; LS 175.2) enthält keine Regelung über die Vereinigung von Verfahren. In der Praxis ist jedoch dieses Rechtsinstitut, das der Vereinfachung von Verfahren dient, anerkannt. Eine Verfahrensvereinigung ist zulässig, wenn diese prozessökonomisch sinnvoll erscheint (Martin Bertschi / Kaspar Plüss, in: Alain Griffl [Hrsg.], Kommentar zum Verwaltungsrechtspflegegesetz des Kantons Zürich [Kommentar VRG], 3. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2014, Vorbem. zu §§ 4–31 N. 50 ff.). Die Vereinigung von Verfahren rechtfertigt sich namentlich dann, wenn zwei Verfahren derselbe Sachverhalt zugrunde liegt und sich die gleichen oder ähnlichen Rechtsfragen stellen. Die instruierende Behörde verfügt in dieser Frage über einen grossen Ermessensspielraum und kann die Vereinigung in jedem Stadium des Verfahrens anordnen (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-4505/2013, C-4480/2013 vom 22. Juli 2016, E. 1.4).

Bei der Festsetzung von Tarifen hat die Festsetzungsbehörde den Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären, weshalb alle von den Versicherern eingereichten Akten einzubeziehen und zu beurteilen sind. Entsprechend hat der Entscheid auf denselben Fakten zu beruhen; gestützt auf die ermittelte Datenlage besteht aus Gründen der Rechtsgleichheit kein Spielraum für unterschiedliche Tarife für ein und dieselbe Leistung. Dies steht im Gegensatz zur Genehmigung von vertraglich vereinbarten Tarifen, wo das Verhandlungsprimat spielen darf. Hier besteht für den Regierungsrat ein gewisser Ermessensspielraum, sodass vertraglich vereinbarte Tarife zwischen den Einkaufsgemeinschaften der Versicherer differieren können.

Die AGZ hat gegenüber allen Versicherern die Festsetzung des TAR-MED-Taxpunkt werts ab 1. Januar 2018 beantragt. In der Folge wurden sodann die Instruktionssitzungen mit allen Parteien gemeinsam geführt, ohne dass die Parteien dabei opponiert hätten. Mit einer Verfahrensvereinigung können alle in den betroffenen Verfahren eingereichten Eingaben zusammengezogen und entsprechend berücksichtigt werden. Zudem müssen dieselben Argumente und Rechtsgrundlagen geprüft werden. Die Verfahren sind deshalb aus prozessökonomischen Gründen zu vereinigen. Hinsichtlich der Geheimhaltungsinteressen der tarifsuisse betreffend ihr Steuerungsmodell ist festzuhalten, dass zwar der eingereichte Beschrieb des Modells samt Berechnungen zusammenfassend aufzuzeigen ist; der am 14. November 2018 eingereichte detaillierte Beschrieb des Modells samt Daten und Berechnungen ist jedoch gegenüber der CSS und HSK nicht offenzulegen, womit die Interessen der tarifsuisse hinreichend gewahrt werden können. Im Übrigen ist festzuhalten, dass Regierungsratsbeschlüsse im Kanton Zürich grundsätzlich öffentlich sind (vgl. RRB Nr. 1981/2009). Bezüglich der weiteren, mit Schreiben vom 8. November

2021 eingereichten Unterlagen betreffend Steuerungsmodell ist auf die Ausführungen unter Ziff. 12.1 zu verweisen, wonach die Unterlagen aus dem Recht zu weisen sind.

9. Grundsätze der Tarifierung

Die Vergütung der Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfolgt nach Tarifen oder Preisen. Diese werden in Verträgen zwischen Leistungserbringern und Versicherern vereinbart (Tarifvertrag) oder von der zuständigen Behörde festgesetzt (Art. 43 Abs. 4 KVG). Nach Art. 46 Abs. 4 KVG bedürfen kantonale Tarifverträge der Genehmigung durch den Regierungsrat. Dieser hat zu prüfen, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht. Kommt zwischen Leistungserbringern und Versicherern kein Tarifvertrag zustande, setzt die Kantonsregierung nach Anhörung der Beteiligten den Tarif fest (Art. 47 Abs. 1 KVG). Weicht die Kantonsregierung von den Empfehlungen der Preisüberwachung ab, hat sie dies zu begründen (Art. 14 Abs. 2 PüG). Sowohl bei der Vereinbarung als auch bei der Festsetzung eines Tarifs ist auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und sachgerechte Struktur der Tarife zu achten (Art. 43 Abs. 4 KVG). Die Vertragspartner und die zuständigen Behörden achten zudem darauf, dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird (Art. 43 Abs. 6 KVG). Gemäss Art. 43 Abs. 7 KVG kann der Bundesrat Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen. Gestützt auf diese Bestimmung hat er Art. 59c KVV erlassen. Gemäss Art. 59c Abs. 1 KVV darf der Tarif höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung (Bst. a) sowie höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken (Bst. b). Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (vgl. dazu die Urteile C-1220/2012 vom 22. September 2015 und C-1918/2016 vom 16. November 2017) setzt eine transparente und nachvollziehbare Tarifgestaltung aussagekräftige Unterlagen voraus. Erst das Vorliegen transparenter Daten erlaubt es der Festsetzungsbehörde, den zweiten Prüfungsschritt nach Art. 59c Abs. 1 Bst. b KVV vorzunehmen, d. h., zu prüfen, ob die ausgewiesenen Kosten einer wirtschaftlichen Leistungserbringung entsprechen. Das KVG und dessen Ausführungsverordnungen geben keine Methode vor, wie ein Taxpunktwert im ambulanten Bereich zu bestimmen ist (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-2380/2012 vom 17. September 2015, E. 5.2). Es gibt auch kein einheitliches kostenbasiertes Berechnungsmodell für die Kosten im ambulanten Bereich, auf das abgestellt werden könnte. Die Rechtsprechung geht davon aus, dass in Tariffragen die Kosten einbezo-

gen werden sollten, sofern entsprechende Daten vorhanden sind oder erhältlich gemacht werden können (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-4505/2013, C-4480/2013 vom 22. Juli 2016, E. 73). Die Frage, wie ein Tarif aufgrund konkreter Daten unter Berücksichtigung einer effizienten Leistungserbringung genau zu ermitteln wäre, hat das Bundesverwaltungsgericht bisher nicht beantwortet. Es hat aber festgehalten, dass – selbst wenn transparente Kostendaten vorgelegt werden – diese nicht unbesehen übernommen werden können, sondern zu prüfen ist, ob die damit ausgewiesenen Kosten auf einer wirtschaftlichen Leistungserbringung beruhen (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-446/2018 vom 11. Februar 2019, E. 9.10.1 mit Verweisen). Nach welcher Methode diese Effizienzprüfung stattzufinden hat, hat das Bundesverwaltungsgericht bisher nicht entschieden.

Aus Gründen der Rechtssicherheit sind Tarife im Normalfall vor deren Inkrafttreten zu vereinbaren und zu genehmigen bzw. festsetzen zu lassen. Das setzt voraus, dass der Tarif des Jahres T im Jahr T–1 gestützt auf die neusten bekannten und bereits gesicherten Daten, also jene des Jahres T–2, fixiert wird. Als Grundlage für die Festsetzung eines Tarifs des Jahres T dienen deshalb grundsätzlich die ausgewiesenen Kosten des Jahres T–2 (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-4961/2010 vom 18. September 2013 E. 8.1.2). Die AGZ hat die Festsetzung des Taxpunktwerts ab 1. Januar 2018 beantragt. Dementsprechend sind grundsätzlich Kosten- und Leistungsdaten aus dem Datenjahr 2016 für die Tariffestsetzung heranzuziehen.

10. Eckwerte betreffend Tariffestsetzung

10.1 Festsetzung gestützt auf Vertragsverlängerungsentscheid von 2017 nicht möglich

Vor dem Hintergrund, dass die Vertragsverhandlungen zwischen der AGZ und den Versicherern gescheitert waren, hat der Regierungsrat mit Beschluss Nr. 837/2017 die bisherigen Tarifverträge mit den TARMED-Taxpunktwerten von Fr. 0.89 gestützt auf Art. 47 Abs. 3 KVG um ein Jahr bis am 31. Dezember 2017 verlängert.

Die CSS beantragt, den TARMED-Taxpunktwert unverändert bei Fr. 0.89 zu belassen, da sich die Rahmenbedingungen seit dem Beschluss des Regierungsrates vom 20. September 2017 nicht verändert hätten.

Nach Art. 47 Abs. 3 KVG «kann die Kantonsregierung den bestehenden Vertrag um ein Jahr verlängern. Kommt innerhalb dieser Frist kein Vertrag zustande, so setzt sie nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest.» Eine erneute Vertragsverlängerung ist deshalb nicht zulässig. Vielmehr ist selbst dann, wenn sich der Sachverhalt gegenüber dem Jahr 2017 nicht verändert haben sollte, der Tarif neu festzusetzen.

10.2 Abstellen auf künftige Änderungen im ambulanten Bereich nicht möglich

Auf nationaler Ebene laufen zurzeit verschiedene Bestrebungen der Tarifpartner, die Tarifstrukturen im ambulanten Bereich zu erneuern und sachgerechter zu gestalten. Im Juni 2020 haben curafutura einschliesslich SWICA zusammen mit der FMH die Tarifstruktur TARDOC beim Bundesrat zur Genehmigung eingereicht. Dieser hat im Juni 2021 festgestellt, dass die eingereichte Version der Tarifstruktur TARDOC die gesetzlichen Anforderungen nicht erfüllt und deshalb die Tarifpartner eingeladen, Nachbesserungen einzureichen (vgl. Antwort des Bundesrates zur Interpellation 21.3537 «Ablösung Tarmed ohne weitere Zeitverzögerung»). Parallel dazu entwickelten santésuisse zusammen mit H+ und der FMCH eine neue, auf Pauschalen basierende Tarifstruktur für die ambulante Spezialversorgung.

Vor diesem Hintergrund sowie dem Grundsatz, dass die Einführung einer neuen Tarifstruktur gemäss Art. 59c Abs. 1 Bst. c KVV keine Mehrkosten verursachen darf, rügt die CSS, dass die AGZ noch vor der angestrebten Einführung einer neuen Tarifstruktur und der damit verbundenen Kostenneutralitätsphase eine Tarifierhöhung durchsetzen wolle. Im Weiteren würden damit auch die Bestrebungen des Bundesrates unterlaufen, der momentan mit verschiedenen Massnahmen versuche, das Kostenwachstum im Gesundheitswesen zu bremsen.

Vorliegend ist der Tarif unabhängig von künftigen Tarifmodellen und weiteren Entwicklungen – deren Eckwerte noch nicht festgelegt wurden – mit Wirkung ab dem 1. Januar 2018 festzusetzen. Aus den Bestrebungen der Tarifpartner, eine neue Tarifstruktur (einschliesslich Kostenneutralitätsphase) einzuführen, kann jedenfalls kein Rechtsanspruch auf rückwirkendes «Einfrieren» des Tarifs geltend gemacht werden. Erst mit dem Vorliegen neuer Tarifstrukturen wird dannzumal pro futuro ein neuer Tarif, der keine Mehrkosten verursacht, festzulegen sein.

10.3 Kostenentwicklung und Mengenausweitung

Gemäss Berechnungen der CSS sind die Kosten im spitalambulanten Bereich in den letzten fünf Jahren im Durchschnitt um 6,5% pro Jahr gestiegen, wobei im Jahr 2016 die Kosten im ambulanten Bereich gesamthaft mehr als 70% der Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ausgemacht hätten. Entsprechend seien auch die Krankenkassenprämien in den letzten Jahren pro Jahr um 3,7% gestiegen, was dazu führe, dass immer mehr Personen – trotz steigender Prämienverbilligungen – die Prämien nicht bezahlen könnten. Eine Taxpunktwerterhöhung im von der AGZ beantragten Umfang würde zu einem zusätzlichen Prämienanstieg von 5% bis 6% führen.

Die tarifsuisse zeigt auf, dass im Kanton Zürich die zulasten der OKP abgerechneten TARMED-Leistungen zwischen 2013 und 2016 um 255 Mio. Franken (21,4%) auf 1,45 Mrd. Franken zugenommen haben. Zudem würden die freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte im Kanton Zürich im Vergleich zur gesamten Schweiz überdurchschnittlich viele Taxpunkte pro erkrankte Person und Jahr abrechnen. So hätten die verrechneten Leistungen pro erkrankte Person im selben Zeitraum um 7,1% auf Fr. 486 zugenommen, während der Anstieg schweizweit 6,1% – auf insgesamt Fr. 455 – betragen habe. Diesbezüglich biete Art. 55 KVG die Möglichkeit für die Behörden, die Tarife nicht zu erhöhen. Die Forderung nach einer Taxpunktwerterhöhung sei deshalb abzulehnen.

Die HSK zeigt auf, dass zwischen 2015 und 2017 die Kosten pro erkrankte Person im Kanton Zürich deutlich stärker angestiegen (2,1%) sind als in der restlichen Schweiz (1,6%). Unterscheide man zwischen Grund- und Spezialversorgung, so hätte bei den Zürcher Spezialistinnen und Spezialisten ein noch deutlicheres überproportionales Wachstum von 10,9% im gleichen Zeitraum stattgefunden. Die Bruttoversicherungsleistung der Ärztinnen und Ärzte im Kanton Zürich sei von 2015 bis 2017 um 9,3% gestiegen. Werde dies mit der Entwicklung des Landesindex der Konsumentenpreise und der Entwicklung des Reallohns verglichen, so werde deutlich, dass die Bedingung für die Anwendung von Art. 55 KVG erfüllt sei.

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

Vorab stellt sich die Frage, ob eine Anwendung der fraglichen Kann-Bestimmung im Rahmen der vorliegenden Tariffestsetzung grundsätzlich sachgerecht ist oder nicht. Gemäss dem Monitoring der Krankenversicherungskostenentwicklung (MOK-KE) des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) im Kanton Zürich stiegen die von der freipraktizierenden Ärzteschaft abgerechneten ärztlichen Leistungen zwischen den Jahren 2008 und 2018 zwar jährlich um rund 3% pro versicherte Person. Die Mengen- und Kostenentwicklung ist indessen von einer Vielzahl von Faktoren abhängig. So können neben der von den Versicherern angeführten «Überarztung» auch neue Therapiemöglichkeiten (medizinischer Fortschritt), der demografische Wandel (Alterung der Bevölkerung) oder auch

Präferenzen der Versicherten dazu beitragen, dass mehr ärztliche Leistungen bezogen werden, wobei diese Faktoren je nach Regionen bzw. Kantonen divergieren können. Dazu kommt, dass mit der Änderung vom 12. Juni 2017 des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes (LS 813.20) betreffend Förderung von ambulanten Behandlungen eine Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich erfolgte, was zu einem entsprechenden und insoweit gerechtfertigten Mengenwachstum im ambulanten Bereich führte.

Entsprechend kann – wie von der AGZ vorgebracht – die Kostenentwicklung, die auf dem Mengenwachstum beruht, nicht einfach einseitig über den Taxpunktwert zulasten der Ärzteschaft reguliert werden. Vor diesem Hintergrund erscheint es nicht sachgerecht, gestützt auf die Kann-Bestimmung von Art. 55 KVG einen Tarifstopp anzuordnen.

Soweit eine Mengenausweitung durch die Erbringung von unwirtschaftlichen Leistungen oder über den Behandlungszweck hinausgehenden Leistungen bemängelt wird, ist darauf hinzuweisen, dass nach Art. 32 KVG die erbrachten Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen. Diesbezüglich haben die Versicherer mit der Rechnungs-kontrolle und den Instrumenten gemäss Art. 56 KVG die Möglichkeit, die Vergütung für unwirtschaftliche Leistungen zu verweigern oder zu Unrecht bezahlte Vergütungen gegenüber den Leistungserbringern zurückzufordern. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass der Regierungsrat am 10. Dezember 2019 als Massnahme zur Eindämmung der Kostenentwicklung eine Einführungsverordnung (LS 832.14) erlassen hat (RRB Nr. 1175/2019). Damit wurde die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss Art. 55a KVG beschränkt. Entsprechend werden seit dem 13. Dezember 2019 im Kanton Zürich keine weiteren, freipraktizierenden Spezialistinnen und Spezialisten zugelassen, was die Mengenausweitung längerfristig dämpfen sollte.

10.4 Tarifstruktureingriff des Bundesrates

Der Bundesrat hat auf den 1. Oktober 2014 und auf den 1. Januar 2018 die Tarifstruktur TARMED hoheitlich angepasst. Bei der Anpassung ging es hauptsächlich darum, übertarifizierte Leistungen in verschiedenen Bereichen des TARMED zu korrigieren und dadurch die Tarifstruktur sachgerechter auszugestalten. Insbesondere wurde die Vergütung der technischen Leistungen gekürzt. Zudem sollten durch die Tarifstruktur entstandene Anreize zur vermehrten oder unsachgemässen Abrechnung verschiedener Positionen korrigiert werden (vgl. Faktenblatt Bundesamt für Gesundheit vom 16. August 2017, S. 2). Die erste Tarifstruktur-anpassung erfolgte kostenneutral, wobei Einsparungen bei den technischen Leistungen insbesondere hin zu den Hausärztinnen und Hausärzten um-

verteilt werden sollten. Durch die zweite Tarifstrukturanpassung versprach sich der Bundesrat Einsparungen von rund 470 Mio. Franken, wobei er von gleichbleibenden Taxpunktwerten ausging. Dementsprechend hatte sich der Bundesrat mit Schreiben vom 18. Oktober 2017 an die Kantonsregierungen und an die Tarifpartner dahingehend geäussert, dass Änderungen an der Tarifstruktur keine Anpassung der kantonalen Taxpunktwerte erfordern.

Die Versicherer machen geltend, dass bezüglich des zweiten Tarifstruktureingriffs mit Wirkung ab 1. Januar 2018 gemäss Bundesrat keine Anpassung des TARMED-Taxpunktwerts angezeigt sei. Gemäss tarifsuisse wurden mit dem Eingriff zudem gewisse Positionen für ärztliche Leistungen, die insbesondere die Grundversorger fakturieren, höher bewertet, was bei der Taxpunktwerberechnung zu berücksichtigen sei.

Nach Art. 43 Abs. 5^{bis} KVG kann der Bundesrat Anpassungen an der Tarifstruktur vornehmen, wenn sie sich nicht mehr als sachgerecht erweist und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können. Die Genehmigungspflicht für die Tarifstruktur eines Einzelleistungstarifs gemäss Art. 43 Abs. 2 Bst. b KVG führt zu einem Splitting des Genehmigungsverfahrens in ein bundesrechtliches für gesamtschweizerisch gültige Tarifstrukturen und ein kantonales für die Taxpunktwerte (vgl. Gebhard Eugster, Die obligatorische Krankenpflegeversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR Band XIV, 3. Aufl. 2016, Rz. 1139f. zit.: Soziale Sicherheit). Für die Festsetzung der Höhe des Taxpunktwerts ist somit ausschliesslich der Regierungsrat und für Tarifstruktureingriffe der Bundesrat zuständig. Dabei ist hinsichtlich der von den Versicherern sinngemäss verlangten kostenneutralen Umsetzung des Tarifstruktureingriffs festzuhalten, dass nach dem Wortlaut von Art. 59c Abs. 1 Bst. c KVV zwar ein Wechsel des Tarifmodells allgemein keine Mehrkosten verursachen darf. Ein Tarifmodellwechsel im Sinne dieser Bestimmung besteht indessen darin, dass ein altes Tarifmodell bzw. eine alte Tarifstruktur als Ganze durch ein neues Tarifmodell bzw. eine grossflächig neuartige Tarifstruktur abgelöst wird (Eugster, Soziale Sicherheit, Rz. 1115). Dies trifft für die beiden Eingriffe des Bundesrates nicht zu, zumal die Tarifstruktur TARMED dabei bezüglich Architektur nicht grundsätzlich verändert, sondern lediglich in eine neue Version mit derselben Struktur übergeführt wurde. Entsprechend kommt der für den «Wechsel des Tarifmodells» geltende Kostenneutralitätsgrundsatz nicht für die Festsetzung des Taxpunktwerts auf Ebene Kanton zur Anwendung. Entgegen der Auffassung der Versicherer sind somit die finanziellen Auswirkungen der beiden Tarifstruktureingriffe des Bundesrates bei der Ermittlung des kantonalen Taxpunktwerts nicht zu berücksichtigen.

10.5 Einkommen Ärztinnen und Ärzte

Die CSS stellt mit der vom BAG in Auftrag gegebenen und vom Büro BASS durchgeführten Studie «Einkommen, OKP-Leistungen und Beschäftigungssituation der Ärzteschaft 2009–2014» vom 28. August 2018 (BASS-Studie; bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/berufe-gesundheitswesen/medizinalberufe/statistiken/med/bericht-buero-bass-aerzte-einkommen-2009-2014.pdf.download.pdf/bericht-buero-bass-aerzte-einkommen-2009-2014.pdf) infrage, ob eine Tarifierhöhung in Anbetracht der Einkommenssituation gerechtfertigt sei. Immerhin läge das Medianeinkommen der selbstständigen Grundversorger bei Fr. 237 000 und das Durchschnittseinkommen bei Fr. 264 000. Die tiefsten Medianeinkommen seien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu verzeichnen (Fr. 183 000); die höchsten in der Neurochirurgie (Fr. 697 000). Auch die HSK und die tarifsuisse weisen gestützt auf diese Studie darauf hin, dass die tatsächlichen Einkommen der Ärzteschaft deutlich über den bisher publizierten Einkommenszahlen lägen. Insofern lägen die Einkommen bereits über dem TARMED-Referenzeinkommen von Fr. 229 397, das von der AGZ als Zielgrösse festgelegt worden sei. Die HSK weist zudem darauf hin, dass für die freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte im Kanton Zürich im Gegensatz zu vielen anderen Kantonen die Möglichkeit bestehe, Medikamente abzugeben (Selbstdispensation), was zu einem zusätzlichen Einkommen führe. Gemäss tarifsuisse zeigt die hohe Ärztedichte im ambulanten Sektor im Kanton Zürich zudem auf, dass die Einkommenssituation attraktiv und der Taxpunktwert zu hoch sei.

Vorab ist festzuhalten, dass die gemäss BASS-Studie erzielten Einkommen einerseits durch die Vergütung von erbrachten TARMED-Leistungen zustande kommen, andererseits aber auch die Vergütung von anderen Leistungen (beispielsweise Honorare aus belegärztlichen Tätigkeiten, die Abgabe von Medikamenten oder Mittel- und Gegenständen und die Durchführung von Analysen) Bestandteil der aufgeführten Einkommen sind. Insofern kann auf der Grundlage des Lohnniveaus und der Lohnentwicklung nicht im Detail auf die Ertragssituation im OKP-pflichtigen TARMED-Bereich geschlossen werden.

Zwischen 2009 und 2014 ist das Durchschnittseinkommen der freipraktizierenden Ärzteschaft schweizweit insgesamt um 2% gestiegen, wohingegen im gleichen Zeitraum das Durchschnittseinkommen der freipraktizierenden Ärzteschaft im Kanton Zürich um insgesamt 8% gesunken ist. Das Durchschnittseinkommen im Kanton Zürich bildete 2014 unter den sieben Grossregionen den Median und lag mit Fr. 321 557 (AHV-pflichtiges Einkommen; auf Vollzeit standardisiert) marginal über dem schweizerischen Durchschnitt (vgl. BASS-Studie Ziff. 6.1.4, Tabelle 55). Insofern hat die Zunahme der Leistungsmenge pro versicherte Person keine

steigenden Einkommen der Ärzteschaft im Kanton Zürich zur Folge. Zwar zeigt ein schweizweiter Vergleich der *allgemeinen* Lohnniveaus und der *allgemeinen* Lohnentwicklung, dass im Kanton Zürich in den Jahren 2010 bis 2018 im Durchschnitt schweizweit die höchsten Bruttolöhne gezahlt wurden und in diesem Zeitraum weiter angestiegen sind (vgl. Bundesamt für Statistik – Schweizerische Lohnstrukturerhebung). Vor diesem Hintergrund ist bezüglich der Aussage der Versicherer und der Preisüberwachung, wonach die Kostenentwicklung weit über der allgemeinen Lohn- und Preisentwicklung liege, festzuhalten, dass die Lohnentwicklung der Ärzteschaft im Kanton Zürich gemäss der BASS-Studie negativ war und entgegen dem (gesamt)volkswirtschaftlichen Trend verlief. Immerhin bleibt zu bemerken, dass die allgemeinen Durchschnittslöhne wesentlich unterhalb jener der Ärzteschaft liegen.

Die BASS-Studie zeigt weiter auf, dass die Einkommen zwischen den verschiedenen Facharztgruppen schweizweit stark divergieren (vgl. BASS-Studie Ziff. 6.1.1), was gemäss Versicherer auf Mängel in der Tarifstruktur hindeutet. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass die Kompetenz, angebliche oder tatsächliche Mängel der Tarifstruktur zu beheben, nicht dem Regierungsrat, sondern gestützt auf Art. 43 Abs. 5 KVG dem Bundesrat zusteht.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die Einkommenssituation für die Ärzteschaft im Kanton Zürich zwischen 2009 und 2014 im nationalen Vergleich gegenüber Ärztinnen und Ärzten aus anderen Kantonen negativ entwickelt hat. Die Durchschnittseinkommen der freipraktizierenden Ärzteschaft im Kanton Zürich bildeten im Jahr 2014 den schweizweiten Median, wohingegen über alle Berufsgruppen betrachtet im Kanton Zürich die höchsten Durchschnittslöhne gezahlt wurden. Gestützt auf das Einkommen der Ärzteschaft kann jedoch kein TARMED-Taxpunktwert abgeleitet werden.

10.6 Interkantonaler Vergleich

Die Preisüberwachung hat ein schweizweites Preisbenchmarking für freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte durchgeführt und gestützt auf das 20. Perzentil einen Taxpunktwert von Fr. 0.83 ermittelt. Sie beantragt deshalb, den Taxpunktwert für den Kanton Zürich nicht zu erhöhen. Die HSK macht geltend, dass der Taxpunktwert der freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte im Kanton Zürich seit 2016 über dem schweizweiten Median von Fr. 0.83 (nur Kantone mit Selbstdispensationsmöglichkeit) liege.

Der bisherige Taxpunktwert im Kanton Zürich liegt mit Fr. 0.89 sowohl über dem schweizerischen Durchschnitt von Fr. 0.87 als auch über dem schweizweiten Median von Fr. 0.86. Indessen werden zurzeit in einer Vielzahl von Kantonen Festsetzungsverfahren geführt, weshalb die he-

rangezogenen Taxpunktwerte nur provisorischen Charakter haben. So sind in den räumlich nahe gelegenen Kantonen beider Appenzell, Graubünden, St. Gallen, Schaffhausen und Thurgau, die im schweizweiten Vergleich allesamt tiefe (provisorische) TARMED-Taxpunktwerte anwenden, Tariffestsetzungsverfahren hängig. Ein interkantonaler Vergleich der Taxpunktwerte ist deshalb nur wenig aussagekräftig.

Anzumerken ist, dass die Abgabe von Medikamenten (Selbstdispensation) eine wesentliche Einnahmequelle für die Ärzteschaft darstellt, wobei sich die kantonalen Regelungen diesbezüglich unterscheiden. Gemäss der BASS-Studie (Ziff. 5.1) erzielen die freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte in den verschiedenen Grossregionen der Schweiz zwischen 3% und 32% ihres Einkommens durch Selbstdispensation. Der Anteil im Kanton Zürich liegt bei 21%. Da jedoch die Vergütung der Medikamentenabgabe hauptsächlich über die vom BAG erstellte Liste der pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel mit Preisen (Spezialitätenliste) wie auch die Liste der in der Rezeptur verwendeten Präparate, Wirk- und Hilfsstoffe mit Tarif und somit über ein separates Regelwerk erfolgt, muss bei einem interkantonalen Vergleich der TARMED-Leistungen nicht zusätzlich bezüglich Selbstdispensation differenziert werden.

Vor diesem Hintergrund sowie angesichts des Umstands, dass der bisherige Taxpunktwert im Kanton Zürich von Fr. 0.89 im Bereich des Durchschnitts der derzeit schweizweit angewendeten Taxpunktwerte von Fr. 0.82 bis Fr. 0.96 (vgl. gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/CH_Umfrage_TARMED_TPW_202108.pdf) liegt, lässt sich mittels interkantonalen Vergleichs weder eine Taxpunktwerterhöhung, noch -beibehaltung oder -erhöhung ableiten.

II. Tarifierleitung gestützt auf MAS-Daten nicht möglich

Der TARMED-Taxpunktwert ist ab dem 1. Januar 2018 festzusetzen. Dementsprechend sind für eine datenbasierte Festsetzung grundsätzlich Kosten- und Leistungsdaten aus dem Jahr 2016 heranzuziehen (vgl. Ziff. 9). Da im ambulanten Bereich keine etablierte Methodik und Datengrundlage zur Tarifbestimmung besteht, entwickelte die Gesundheitsdirektion wie erwähnt ein Datenerhebungstool, mit dem die Kosten pro TARMED-Taxpunkt in den Arztpraxen (Gestehungskosten) ermittelt werden sollten. Die AGZ lehnte die damit verbundene Datenerhebung ab und beantragte stattdessen eine Festsetzung auf der Grundlage der RoKo-Daten und des Gestehungskostenmodells der Ärztekasse. Der Regierungsrat wies in der Folge wie erwähnt mit Beschluss Nr. 327/2021 die eingereichten Kosten- und Leistungsdaten 2016 und 2017 (RoKo-Daten) aus dem Recht, da im eingereichten Datensatz die Repräsentation

tivität der Arztpraxen nicht sichergestellt war. Die AGZ beantragte eventueliter, dass die Tariffestsetzung gestützt auf die MAS-Daten erfolgen soll.

Die MAS-Daten umfassen, analog zu den RoKo-Daten, Finanzkennzahlen der Arztpraxen, wobei keine spezifischen Angaben bezüglich TARMED erhoben werden. Entsprechend müssten analog dem Gestehungskostenmodell der AGZ die TARMED-spezifischen Angaben mittels eines Modells hergeleitet bzw. geschätzt werden. Gemäss Art. 30b Bst. b Ziff. 2 KVV ist das Bundesamt für Statistik lediglich befugt, den Kantonen für Tariffestsetzungen Betriebsdaten, Leistungsdaten und Kostendaten für stationäre Leistungen (Art. 30 Bst. a, d und e KVV), nicht aber Finanzdaten gemäss Art. 30 Bst. f KVV weiterzugeben. Eine Festsetzung auf der Grundlage der MAS-Daten wäre deshalb nur dann möglich, wenn seitens der AGZ vollständige und repräsentative MAS-Daten eingereicht würden. Darüber hinaus wären wiederum Identifizierungsschlüssel der einzelnen Arztpraxen offenzulegen und Zusatzerhebungen durchzuführen. Nur unter diesen Voraussetzungen könnte ein neues oder angepasstes Gestehungskostenmodell entwickelt und validiert werden, um anschliessend einen TARMED-Taxpunktwert herleiten zu können.

Der Mitwirkungspflicht der Parteien kommt im Tariffestsetzungsverfahren ein grosses Gewicht zu, insbesondere bei Tatsachen, welche die Behörde ohne die Mitwirkung der Parteien nicht mit vernünftigem Aufwand selbst erheben könnte. Entsprechend ist die instruierende Behörde nicht verpflichtet, über die Untersuchungsmaxime hinaus eigene Erhebungen durchzuführen und mit grossem Aufwand weitere Daten erhältlich zu machen. Die AGZ konnte die letzten beiden Voraussetzungen bereits im Rahmen der RoKo-Datenlieferung nicht erfüllen, weshalb ein Abstützen auf MAS-Daten von vornherein nicht zielführend wäre.

Von weiteren Abklärungen sind somit keine verwertbaren Erkenntnisse zu erwarten, weshalb eine Tariffestsetzung auf der Grundlage der MAS-Daten nicht möglich ist.

12. Alternative Tarifherleitung

Mangels transparenter Kosten- und Leistungsdaten ist weiter zu prüfen, ob auf eine geeignete alternative Tarifherleitungsmethodik abgestellt werden kann.

12.1 Steuerungsmodell tarifsuisse

Die tarifsuisse beantragt die Festsetzung auf der Grundlage ihres Steuerungsmodells, das auf Daten der SASIS AG abstützt. Diese ist eine Tochtergesellschaft der santésuisse, bei der die Abrechnungsdaten der Krankenversicherer zusammenlaufen und in einem Datenpool aufbereitet werden. Das Steuerungsmodell der tarifsuisse beruht auf der «An-

zahl Taxpunkte pro Erkrankten», die durch die Ärzteschaft in Rechnung gestellt werden. Mit dem gültigen TARMED-Taxpunktwert lassen sich hiervon direkt die «Kosten pro Erkrankten» (Fallkosten) ableiten. Zur Tarifierleitung werden ein externer und ein interner Trend über mehrere Jahre berechnet: Der externe Trend setzt sich aus der gesamtschweizerischen Kostenentwicklung bezüglich des Landesindex der Konsumentenpreise und des allgemeinen Lohnkostenindex zusammen. Darüber hinaus werden zusätzlich Kostenentwicklungen aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts, der demografischen Entwicklung und ausserordentlicher Ereignisse berücksichtigt. Der interne Trend berechnet sich aus einem Fallkostenvergleich zwischen den Kantonen, indem einerseits das Kostenniveau und andererseits die Kostenentwicklung berücksichtigt wird. Der interne und externe Trend werden sodann gegenübergestellt, wobei der externe Trend einen Steuerungskorridor vorgibt. Bewegt sich der interne Trend eines Kantons ausserhalb dieses Korridors, impliziert das Modell eine Korrektur dieses kantonalen Taxpunktvalues. Gemäss tarifsuisse ist damit eine Effizienzmessung möglich, die den bisherigen Taxpunktvalue in Bezug auf Effizienz, Wirtschaftlichkeit und die zweckmässige Versorgung zu möglichst günstigen Kosten mittels aktueller Daten beurteilt.

Beim Steuerungsmodell der tarifsuisse handelt es sich nicht um ein Modell, das die Gestehungskosten der Ärzteschaft berücksichtigt. Analysiert werden das Niveau und die Entwicklung des Leistungsvolumens pro administrative Fall über die letzten Jahre. Die berechneten TARMED-Taxpunktvalues hängen massgeblich von den zugrunde liegenden Annahmen ab. So werden die externen Vergleichskennzahlen wie Lohnkosten, Konsumentenpreise, medizinisch-technischer Fortschritt und die demografische Entwicklung mit beliebig anpassbaren Skalierungsfaktoren in die Berechnung miteinbezogen, womit sich der Steuerungskorridor ebenso beliebig erweitern oder verkleinern lässt. Darüber hinaus ist auch der Beobachtungszeitraum von der Festlegung der Eckwerte durch die tarifsuisse abhängig. So wurde der TARMED-Taxpunktvalue von Fr. 0.89 zwischen santésuisse und der AGZ im Jahr 2008 vertraglich vereinbart, weshalb nicht klar ist, weshalb sich das Steuerungsmodell im vorliegenden Fall gerade auf die Jahre 2012 bis 2016 stützt. Entsprechend ist der hergeleitete Taxpunktvalue auch in dieser Hinsicht mittels des ausgewählten Beobachtungszeitraums beeinflussbar. Gemäss dem Modell werden sodann für den Fallkostenvergleich zwischen den Kantonen die jeweils abgerechneten Taxpunktvalues eingesetzt; aufgrund von Festsetzungsverfahren können diese Taxpunktvalues zudem provisorischen Charakter aufweisen, weshalb diese Taxpunktvalues nicht für die Tarifierleitung herangezogen werden können (vgl. hierzu auch die Ausführungen vorne unter Ziff. 10.6).

Entsprechend ist es nicht möglich, mit dem Steuerungsmodell der tarifsuisse einen betriebswirtschaftlich bemessenen Tarif herzuleiten. Das von der tarifsuisse mit Schreiben vom 8. November 2021 eingereichte Steuerungsmodells, das sich auf Daten der SASIS AG stützt, kann deshalb nicht für das vorliegenden Tariffestsetzungsverfahren verwendet werden. Da die tarifsuisse auch Geheimhaltungsinteressen geltend gemacht hat, ist das Steuerungsmodell samt dazugehörigen, am 12. November 2021 übermittelten Daten, aus dem Recht zu weisen.

12.2 Modell CSS

Das Modell der CSS beruht auf einem von der Preisüberwachung früher entwickelten Modell. Die CSS hat dieses weiterentwickelt und neu die demografische Entwicklung und den medizinischen Fortschritt berücksichtigt. Die Berechnungen beruhen auf der Entwicklung der jährlichen Kosten pro versicherte Person gemäss Zahlen des MOK-KE des BAG. Die Grundannahme des Modells besteht darin, dass steigende Kosten pro versicherte Person einen tieferen Taxpunktwert zur Folge haben müssten, um das Kostenwachstum zu stoppen. Um der allgemeinen Lohnkostenentwicklung, der Änderung des allgemeinen Preisniveaus, dem medizinischen Fortschritt und der demografischen Entwicklung jedoch Rechnung zu tragen, werden Änderungen der Kosten pro versicherte Person in einem bestimmten Ausmass toleriert. Diese Toleranzmarge setzt sich folgendermassen zusammen: Einerseits wird ein Faktor berechnet, welcher sich zu 70% aus der Lohnkostenentwicklung und zu 30% aus der allgemeinen Preisentwicklung zusammensetzt. Von 2007 bis 2016 stiegen diese Indizes gemäss Berechnungen der CSS kombiniert um 33%. Entsprechend wird für diesen Zeitraum eine Kostensteigerung von 33% toleriert (Szenario 1). Darüber hinaus wird in Szenario 2 zusätzlich eine jährliche Kostensteigerung von 1% toleriert, um dem demografischen Wandel und medizinischen Fortschritt Rechnung zu tragen. Demgegenüber umfasst Szenario 3 einzig eine jährliche Kostensteigerung von 2%, wobei dadurch alle Faktoren wie Lohnkosten, allgemeine Preisentwicklung, demografischer Wandel und medizinischer Fortschritt abgedeckt werden. Kostensteigerungen, die diese Faktoren übersteigen, müssen gemäss Modell mittels tieferen Taxpunktvalues korrigiert werden. Gemäss Berechnungen der CSS liegen die hergeleiteten Taxpunktvalues für alle drei Szenarien unter Fr. 0.80.

Analog dem Steuerungsmodell der tarifsuisse handelt es sich vorliegend um ein Modell, das sich nicht auf Gestehungskosten abstützt. Die jährlichen Kostensteigerungen an den Lohnkostenindex und den Preisindex zu koppeln mag zwar als bestmögliche Annahme plausibel erscheinen. Allerdings werden beide Indizes auf der Grundlage der gesamtschweizerischen Volkswirtschaft berechnet. Diese entwickelt sich jedoch

nicht zwingend parallel zum Gesundheitswesen in der Schweiz. Der Landesindex der Konsumentenpreise wird aus 290 gewichteten Teilindizes berechnet. Diese Teilindizes setzen sich beispielsweise aus Waren und Dienstleistungen zusammen, die im Ausland hergestellt oder erbracht werden. Deren Preise sind durch Währungseinflüsse in den letzten zehn Jahren teilweise gesunken. Demgegenüber werden die medizinischen Leistungen fast ausschliesslich in der Schweiz erbracht, wo beispielsweise die steigenden Immobilienpreise die Produktionskosten tendenziell erhöht haben. Diesbezüglich wird im Modell zwar eine zusätzliche Toleranzmarge eingebaut, wobei die Höhe der entsprechenden Faktoren jedoch – entgegen der Rechtsprechung – in keiner Weise begründet bzw. (datenbasiert) ermittelt wird (vgl. Urteile des Bundesverwaltungsgerichts C-446/2018 vom 11. Februar 2019, E. 13.3, und C-1220/2012 vom 22. September 2015, E. 75.2). Das Modell zeigt zwar plausibel auf, dass seit 2007 die Kostenentwicklung pro versicherte Person deutlich über der allgemeinen Preis- und Lohnentwicklung in der Schweiz lag. Hingegen ist es mit dem Modell nicht möglich, die Kosten einer effizient erbrachten Leistung zu beziffern, da die mit der Leistungserbringung verbundenen Kosten unberücksichtigt bleiben. Entsprechend kann mit dem Modell der CSS auch kein sachgerechter Tarif hergeleitet werden.

12.3 Tarifierleitung der Preisüberwachung

Die Preisüberwachung wendet drei alternative Methoden zur Tarifierleitung an. Einerseits wird die Entwicklung der Kosten pro Kopf durch Behandlungen der freipraktizierenden Ärzteschaft der Jahre 2016 bis 2019 herangezogen. Aufgrund der gestiegenen Kosten spricht sich die Preisüberwachung gegen eine Erhöhung des Taxpunktwerts aus, wobei daraus kein konkreter Taxpunktwert abgeleitet wird. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass alle äusseren Faktoren, welche die Kostenentwicklung mitbeeinflussen, völlig unbeachtet bleiben. Darunter fallen demografischer Wandel, medizinischer Fortschritt oder die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich, weshalb mangels Berücksichtigung dieser Faktoren kein sachgerechter Taxpunktwert festgesetzt werden kann.

Weiter wendet die Preisüberwachung ein Preisbenchmarking an, das sich auf die TARMED-Taxpunktwerte der freipraktizierenden Ärzteschaft aus allen Kantonen stützt. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass in einer Vielzahl von Kantonen seit mehreren Jahren lediglich provisorische Taxpunktwerte zur Anwendung kommen, weshalb sich mittels interkantonalen Vergleichs kein sachgerechter Taxpunktwert bestimmen lässt (vgl. dazu die Ausführungen vorne unter Ziff. 10.6). Eine alternative Möglichkeit wäre indessen, für das Benchmarking lediglich auf Kantone abzustützen, in denen vertraglich vereinbarte oder definitiv festgesetzte Taxpunktwerte zur Anwendung gelangen. Allerdings würde damit eine Viel-

zahl der geografisch nahe gelegenen Kantone wegfallen, weshalb auch dieses Vorgehen als problematisch erscheint. Insgesamt erscheint ein interkantonales Preisbenchmarking daher als nicht sachgerecht.

Schliesslich schlägt die Preisüberwachung eine Parallelisierung mit jenen Leistungserbringern im Kanton Zürich vor, welche mit den Versicherern Tarifverträge abgeschlossen haben. Dies sind gemäss Preisüberwachung insgesamt 28 ambulante Einrichtungen und Spitäler, die alle den bisherigen Taxpunktwert von Fr. 0.89 mit mindestens einem Versicherer vertraglich vereinbart haben. Gemäss Rechtsprechung ist die Parallelisierung grundsätzlich eine zulässige alternative Tarifierleitungsmethode, wobei in der Vergangenheit jeweils die Tarife der freipraktizierenden Ärzteschaft für die Spitalambulatorien herangezogen wurden. Es spricht nichts dagegen, eine Parallelisierung auch in umgekehrter Richtung durchzuführen, wobei jedoch darauf zu achten ist, dass die beigezogenen Spitäler ein möglichst breites Spektrum an Leistungen erbringen, da auch die freipraktizierende Ärzteschaft ein breites Leistungsspektrum abdeckt. Vorliegend decken die von der Preisüberwachung herangezogenen Leistungserbringer ein breites Leistungsspektrum ab (insbesondere das Universitätsspital Zürich, die Klinik Hirslanden und die Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland). Jedoch ist festzuhalten, dass sich zum Zeitpunkt der Eingabe der Stellungnahme der Preisüberwachung eine Mehrheit der Zürcher Spitäler in Tariffestsetzungsverfahren befand. Somit wurde zwar einerseits ein breites Spektrum an Leistungen herangezogen, andererseits aber die tatsächliche Tarifsituation nur ungenügend berücksichtigt. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass eine Parallelisierung grundsätzlich eine sachgerechte und in der Vergangenheit vom Bundesverwaltungsgericht gestützte Herleitung des Tarifs erlaubt. Vorliegend ist indessen der Berechnung des Taxpunktwerths durch die Preisüberwachung nicht zu folgen, da sich zum Zeitpunkt der Eingabe der Preisüberwachung zahlreiche Leistungserbringer in einem tariflosen Zustand befanden.

13. Tariffestsetzung mittels Parallelisierung des Taxpunktwerths, abgestützt auf Spitalambulatorien

Für die freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte konnten vorliegend keine repräsentativen und transparenten Kosten- und Leistungsdaten verfügbar gemacht werden, die eine sachgerechte Tarifierleitung erlauben würden. Für die Tariffestsetzung ist deshalb im Sinne der Rechtsprechung auf eine alternative Tarifierleitungsmethode abzustützen (vgl. Urteile des Bundesverwaltungsgerichts C-2380/2012 vom 17. September 2015, E. 7.4, und C-446/2018 vom 11. Februar 2019, E. 10.9).

Der Regierungsrat hat am 16. März 2022 mit Beschluss Nr. 443 für zahlreiche Spitalambulatorien im Kanton Zürich den TARMED-Taxpunkt看wert rückwirkend ab 1. Januar 2018 auf Fr. 0.91 festgesetzt. Der Tarif wurde auf der Grundlage von Kosten- und Leistungsdaten, die über das Tarifmodell ITAR_K (Integriertes Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung) samt Zusatzerhebungen ausgewiesen wurden, hergeleitet. Dabei wurden Daten von insgesamt 23 Spitälern verwendet, die mehr als 80% der spitalambulanten ärztlichen Leistungen im Kanton Zürich erbringen.

Für die Vergütung von ärztlichen Leistungen in Spitalambulatorien und Arztpraxen kommt mit TARMED ein und dieselbe Tarifstruktur zur Anwendung. Die Tarifstruktur ist so ausgestaltet, dass unterschiedlich komplexe Behandlungen über die Bewertung der einzelnen Tarifpositionen (mittels Anzahl Taxpunkte) und nicht über differenzierte Taxpunkt看werte abgebildet werden. Dies gilt grundsätzlich für den gesamten Anwendungsbereich der Tarifstruktur, wobei mit unterschiedlichen Taxpunkt看werten in erster Linie interkantonalen Unterschieden Rechnung getragen wird. Entsprechend hatte der Bundesrat bereits anlässlich der erstmaligen Genehmigung der Tarifstruktur TARMED vom 30. September 2002 empfohlen, die TARMED-Taxpunkt看werte zwischen Arztpraxen und Spitalambulatorien mittelfristig anzugleichen. Im Rahmen der Interpellation 09.3272 «Einheitliche Tarmed-Taxpunkt看werte in den Kantonen» hat der Bundesrat sodann in seiner Stellungnahme vom 13. Mai 2009 ergänzt, er behalte «sich das Recht vor, die notwendigen Massnahmen zu treffen, falls die Tarifpartner die gewünschte Annäherung nicht vornehmen sollten». So haben derzeit rund die Hälfte der Kantone identische Taxpunkt看werte für Spitalambulatorien und die freipraktizierende Ärzteschaft.

Vor diesem Hintergrund rechtfertigt es sich, den TARMED-Taxpunkt看wert für die freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte im Kanton Zürich – parallel zu dem mit Beschluss Nr. 443/2022 festgesetzten TARMED-Taxpunkt看wert für die Spitäler – mit Wirkung ab 1. Januar 2018 auf ebenfalls Fr. 0.91 festzusetzen. Im Gegensatz zu den vorne unter Ziff. 12 aufgeführten alternativen Tariffestsetzungsmethoden stützt sich nämlich die Festsetzung für die Spitäler auf konkrete Kosten- und Leistungsdaten, weshalb sie den anderen, von den Parteien genannten alternativen Tarifierleitungsmethoden vorzuziehen ist. Im Weiteren wird damit auch der vom Bundesrat geforderten tarifarischen Annäherung von Spitalambulatorien und der freipraktizierenden Ärzteschaft Rechnung getragen.

Entsprechend ist dem Antrag der AGZ, den TARMED-Taxpunkt看wert auf Fr. 1.02 festzusetzen, infolge ungenügender Substanziierung nicht zu folgen; für eine Erhöhung des Taxpunkt看werts um rund 14% wäre von der

AGZ jedenfalls zu erwarten gewesen, dass geeignetes Datenmaterial aus eigenem Antrieb zur Verfügung gestellt worden wäre (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-446/2018 vom 11. Februar 2019, E. 10.5). Ebenso sind die Anträge der Versicherer auf Festsetzung eines TARMED-Taxpunktswerts von Fr. 0.89 (HSK) und höchstens Fr. 0.86 (CSS und tarifsuisse) abzuweisen, da sich gestützt auf die eingereichten Modelle und vorgebrachten Argumente kein betriebswirtschaftlich bemessener Taxpunktswert festlegen lässt.

Demgegenüber konnte mit der datenbasierten Tarifierleitung bezüglich Spitalambulatorien im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung ein Benchmarking durchgeführt und die effizient erbrachten Leistungen identifiziert werden, wobei gleichzeitig mit einem Abzug sichergestellt wurde, dass festgestellte Mängel und Intransparenzen in den Daten der Spitalambulatorien nicht dazu führen, dass den Leistungserbringern ungerechtfertigte Vorteile erwachsen. Mit der breiten Datengrundlage und der angewendeten Methode wurde grundsätzlich das ganze ambulante ärztliche Leistungsspektrum für die Festsetzung herangezogen, weshalb der berechnete Taxpunktswert auch für die freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte sachgerecht ist.

14. Geltungsdauer des Tarifs

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

15. Nachforderung der Tariffdifferenz

Der mit RRB Nr. 1227/2017 mit Wirkung ab 1. Januar 2018 provisorisch festgesetzte TARMED-Taxpunktswert von Fr. 0.89 liegt um Rp. 2 unter dem vorliegend festgesetzten TARMED-Taxpunktswert von Fr. 0.91. Für den provisorisch festgesetzten Tarif wurde die rückwirkende Geltendmachung der Tariffdifferenz durch die Berechtigten vorbehalten, falls der im Endentscheid endgültige genehmigte oder festgesetzte Tarif von dem vorsorglich festgesetzten Tarif abweicht. Die Tarifpartner sind deshalb berechtigt, rückwirkend ab dem 1. Januar 2018 die Differenz zwischen dem mit RRB Nr. 1227/2017 provisorisch festgesetzten TARMED-Taxpunktswert und dem vorliegend festgesetzten TARMED-Taxpunktswert nachzufordern.

16. Finanzielle Auswirkungen

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

17. Parteientschädigung

Gemäss § 17 Abs. 2 VRG werden im Verfahren vor den Verwaltungsbehörden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

18. Rechtsmittel

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

19. Weitergeltung der vorsorglichen Massnahmen

Der Regierungsrat setzte, wie erwähnt, mit Beschluss Nr. 1227/2017 für die Dauer der Festsetzungsverfahren die provisorische Weitergeltung des Taxpunkt werts von Fr. 0.89 ab 1. Januar 2018 fest. Diese vorsorgliche Massnahme bleibt während des Laufs der Rechtsmittelfrist und während eines allenfalls anschliessenden Rechtsmittelverfahrens in Kraft. Erst mit dem Eintritt der formellen Rechtskraft in der Hauptsache wird die vorsorgliche Massnahme (automatisch) dahinfallen, sofern die anordnende Behörde oder die Rechtsmittelinstanz nichts Gegenteiliges beschlossen hat (Regina Kiener, in: Alain Griffel, Kommentar VRG, § 6 N. 29). Gemäss Art. 55 Abs. 1 des Verwaltungsverfahrensgesetzes (VwVG; SR 172.021) hat eine Beschwerde aufschiebende Wirkung. Diese Wirkung tritt erst mit Erhebung der Beschwerde, nicht aber bereits mit Beginn der Rechtsmittelfrist ein (vgl. statt vieler Alfred Kölz / Isabelle Häner / Martin Bertschi, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2013, N. 1069). In der Zeit zwischen der Eröffnung der Verfügung und der Einreichung der Beschwerde besteht daher keine aufschiebende Wirkung. Der Entscheid ist, solange kein Rechtsmittel erhoben worden ist, zwar nicht vollstreckbar (Art. 39 Bst. a VwVG), aber wirksam. Auch im vorliegenden Verfahren ist es deshalb sachgerecht, für den Bestand der vorsorglichen Massnahmen das anzunehmen, was im kantonalen Verfahrensrecht gilt: Die vorsorglichen Massnahmen fallen erst mit Eintritt der formellen Rechtskraft und damit mit Eintritt der Vollstreckbarkeit weg. Zur Vermeidung einer unklaren Rechtslage ist daher festzuhalten, dass die mit RRB Nr. 1227/2017 für die Dauer der Rechtsmittelfrist und eines sich allenfalls daran anschliessenden Rechtsmittelverfahrens angeordneten vorsorglichen Massnahmen in Kraft bleiben.

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Die Tariffestsetzungsverfahren der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich zur Festsetzung des TARMED-Taxpunkt werts ab 1. Januar 2018 werden mit Wirkung für die von der CSS Kranken-Versicherung AG, der Einkaufsgemeinschaft HSK AG und der tarifsuisse ag vertretenen Versicherer vereinigt.

II. Die von der tarifsuisse ag mit Schreiben vom 8. November 2021 eingereichte Dokumentation des Steuerungsmodells, die sich auf Daten der SASIS AG stützt, wird samt dazugehörigen, am 12. November 2021 übermittelten Daten aus dem Recht gewiesen.

III. Für die ambulanten Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die nach TARMED abgerechnet werden, wird für die freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte im Kanton Zürich einerseits und die von der CSS Kranken-Versicherung AG, der Einkaufsgemeinschaft HSK AG und der tarifsuisse ag vertretenen Versicherer andererseits mit Wirkung ab 1. Januar 2018 ein TARMED-Taxpunkt wert von Fr. 0.91 festgesetzt.

IV. Die Tarifpartner sind berechtigt, rückwirkend ab dem 1. Januar 2018 die Differenz zwischen dem mit RRB Nr. 1227/2017 angeordneten provisorischen Taxpunkt wert und dem gemäss Dispositiv III festgesetzten Taxpunkt wert nachzufordern.

V. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

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

VII. Die mit RRB Nr. 1227/2017 angeordneten vorsorglichen Massnahmen bleiben, samt provisorischem Taxpunkt wert von Fr. 0.89, für die Dauer der Rechtsmittelfrist und eines allenfalls daran anschliessenden Rechtsmittelverfahrens in Kraft.

VIII. Dispositiv I-VII werden im Amtsblatt veröffentlicht.

IX. Mitteilung an (E):

- Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich, Nordstrasse 15, 8006 Zürich
- Steinbrüchel Hüsey Rechtsanwältin, Rechtsanwalt Prof. Dr. Urs Saxer, LL.M., Rechtsanwältin Patrizia Gratwohl, M.A. HSG in Law, Grossmünsterplatz 8, 8001 Zürich
- CSS Kranken-Versicherung AG, Recht & Compliance, Tribsenstrasse 21, Postfach, 6002 Luzern
- Helsana Versicherungen AG, Recht & Compliance, Postfach, 8081 Zürich
- tarifsuisse ag, Lagerstrasse 107, 8004 Zürich
- Preisüberwachung, Einsteinstrasse 2, 3003 Bern
- Gesundheitsdirektion



Vor dem Regierungsrat
Die Staatsschreiberin:

Kathrin Arioli

Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage	I
2. Verfahren und Anträge der Parteien	2
3. Verfahren bis zum Zwischenentscheid	4
4. Zwischenentscheid vom 31. März 2021 bezüglich RoKo-Daten	8
5. Anhörung der Preisüberwachung	9
6. Weitere Stellungnahmen der Parteien	9
7. Endgültige Festsetzungsanträge der Parteien	11
8. Verfahrensvereinigung	12
9. Grundsätze der Tarifierung	13
10. Eckwerte betreffend Tariffestsetzung	14
10.1 Festsetzung gestützt auf Vertragsverlängerungs- entscheid von 2017 nicht möglich	14
10.2 Abstellen auf künftige Änderungen im ambulanten Bereich nicht möglich	15
10.3 Kostenentwicklung und Mengenausweitung	15
10.4 Tarifstruktureingriff des Bundesrates	17
10.5 Einkommen Ärztinnen und Ärzte	19
10.6 Interkantonaler Vergleich	20
11. Tarifierung gestützt auf MAS-Daten nicht möglich	21
12. Alternative Tarifierung	22
12.1 Steuerungsmodell tarifsuisse	22
12.2 Modell CSS	24
12.3 Tarifierung der Preisüberwachung	25
13. Tariffestsetzung mittels Parallelisierung des Taxpunktwerts, abgestützt auf Spitalambulatorien	26
14. Geltungsdauer des Tarifs	28
15. Nachforderung der Tariffdifferenz	28
16. Finanzielle Auswirkungen	29
17. Parteientschädigung	29
18. Rechtsmittel	29
19. Weitergeltung der vorsorglichen Massnahmen	29