

(Entscheid des Schweizerischen Bundesrates vom 17. Februar 1999, auch erschienen in Kranken- und Unfallversicherung, Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 3/1999 S. 211)

Art. 39 KVG. Zulassung von Spitälern zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

- Verfügungen der Kantonsregierungen über Spitalisten unterliegen, auch wenn dieser Fall in Art. 129 OG nicht ausdrücklich von der Verwaltungsgerichtsbeschwerde ausgenommen ist, grundsätzlich der Beschwerde an den Bundesrat (E. 1.1).
- Aufgrund der Subsidiarität der staatsrechtlichen Beschwerde kann der Bundesrat im Rahmen von Beschwerden nach Art. 53 Abs. 1 KVG auch prüfen, ob die Vorinstanz Bundesverfassungsrecht - vorliegend die Gemeindeautonomie - verletzt hat (E. 1.2).
- Die Kantone sind verpflichtet, auch für den Bereich der Halbprivat- und Privatabteilung der Spitäler eine Spitalplanung im Sinne von Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG durchzuführen (E. 2.1).
- Gemäss Bundesrecht muss der Regierungsrat bei der Bedarfsplanung einen Abbau der ausgewiesenen Überkapazitäten an Spitalbetten anstreben (E. 3.4.2).
- Es liegt im Auswahlermessen des Regierungsrates, die Kosten mittels Aufhebung von organisatorischen Spitaleinheiten und nicht durch einen linearen Abbau von Spitalbetten einzudämmen (E. 4.4).
- Nach der Praxis des Bundesgerichts ist eine Gemeinde in einem Sachbereich autonom, wenn das kantonale Recht dafür keine abschliessende Ordnung trifft, sondern diese ganz oder teilweise der Gemeinde zur Regelung überlässt und ihr dabei eine relativ erhebliche Entscheidungsfreiheit einräumt. Der Entscheid, die unterste Versorgungsstufe aufzuheben und die dieser Stufe zugehörigen Regionalspitäler nicht in die Liste der Spitäler mit Zulassung von Patientinnen und Patienten in der allgemeinen Abteilung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Liste A) aufzunehmen, verletzt die Gemeindeautonomie nicht (E. 9).
- Bei Streitigkeiten über die Aufnahme von Spitälern in die Spitalisten handelt es sich nicht um Streitigkeiten über zivilrechtliche Ansprüche im Sinne von Art. 6 § 1 EMRK (E. 11).
- Die Nichtaufnahme des in Frage stehenden Kreisspitals in die Liste A wird 6 Monate ab Ende jenes Monats rechtswirksam, in welchem der vorliegende Entscheid im Amtsblatt publiziert wird. Bis dahin gilt für das Kreisspital die Zulassungsregelung von Art. 101 Abs. 2 KVG (E. 13).

Art. 39 LAMal. Admission des hôpitaux à l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie.

- Les décisions des gouvernements cantonaux en matière de listes hospitalières sont en principe sujettes à recours auprès du Conseil fédéral, même si l'art. 129 OJ n'exclut pas expressément le recours de droit administratif dans ce cas (consid. 1.1).
- Vu la subsidiarité du recours de droit public, le Conseil fédéral peut, dans le cadre des recours fondés sur l'art. 53 al. 1 LAMal, examiner également si l'autorité inférieure a violé le droit constitutionnel fédéral - en l'espèce l'autonomie communale (consid. 1.2).
- Les cantons sont tenus d'établir aussi pour les divisions semi-privées et privées des hôpitaux une planification hospitalière conforme à l'art. 39 al. 1 let. d LAMal (consid. 2.1).
- En vertu du droit fédéral, le gouvernement cantonal doit, en établissant la planification selon les besoins, envisager de réduire les surcapacités avérées en lits hospitaliers (consid. 3.4.2).
- Le pouvoir d'appréciation dont jouit le gouvernement cantonal l'autorise à préférer de réduire les coûts par la suppression d'unités hospitalières organisées plutôt que par la suppression linéaire du nombre de lits (consid. 4.4).
- Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, une commune est autonome dans un domaine si le droit cantonal n'y instaure pas un régime exhaustif, mais confère à la commune une liberté de décision relativement importante et lui laisse le soin de régler la matière entièrement ou partiellement. La décision de supprimer le niveau inférieur d'approvisionnement en soins et de ne pas inscrire les hôpitaux de ce niveau dans la liste des établissements qui accueillent des patients en division commune à charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (Liste A) ne viole pas l'autonomie communale (consid. 9).
- Les différends concernant l'admission des hôpitaux dans les listes hospitalières ne relèvent pas des contestations sur des droits de caractère civil au sens de l'art. 6 § 1 CEDH (consid. 11).
- Le refus d'inscrire dans la liste A l'hôpital de district en cause prend effet six mois après la fin du mois dans lequel la présente décision est publiée dans la Feuille officielle. Jusque là l'hôpital de district est soumis au régime d'admission fixé à l'art. 101 al. 2 LAMal (consid. 13).

Art. 39 LAMal. Ammissione degli ospedali ad esercitare a carico dell'assicurazione malattia obbligatoria.

- Contro le decisioni dei governi cantonali concernenti le liste ospedaliere è possibile il ricorso al Consiglio federale, anche se questo caso non è esplicitamente previsto dall'art. 129 OG (consid. 1.1).
- Vista la sussidiarietà del ricorso di diritto pubblico, nell'ambito dei ricorsi ai sensi dell'art. 53 cpv. 1 LAMal il Consiglio federale può anche verificare se l'autorità inferiore ha violato il diritto costituzionale federale - nella fattispecie l'autonomia comunale (consid. 1.2).
- I Cantoni sono obbligati ad effettuare una pianificazione ospedaliera ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 lett. d LAMal anche per le divisioni semi-private e private (consid. 2.1).
- In virtù del diritto federale, il governo cantonale deve effettuare la pianificazione secondo il fabbisogno di cure e in tale contesto

deve considerare la possibilità di ridurre le sovraccapacità accertate di letti (consid. 3.4.2).

- Il governo cantonale dispone di una libertà di apprezzamento che gli permette di optare per un contenimento dei costi sanitari attraverso la chiusura di unità ospedaliere e non attraverso una riduzione lineare del numero di letti d'ospedale (consid. 4.4).

- Secondo la prassi del Tribunale federale, un comune è considerato autonomo quando in un determinato ambito il diritto cantonale non prevede una regolamentazione esaustiva, lasciando quindi al comune stesso la possibilità di regolare parzialmente o interamente la situazione; in tal caso il comune dispone di una libertà decisionale relativamente grande. La decisione di sopprimere la categoria inferiore di copertura delle cure e di non includere gli ospedali di tale categoria nella lista degli ospedali che accolgono pazienti nella divisione comune a carico dell'assicurazione malattia obbligatoria (lista A) non viola l'autonomia comunale (consid. 9).

- I litigi inerenti l'ammissione di ospedali nelle liste ospedaliere non costituiscono litigi su diritti di carattere civile ai sensi dell'art. 6 § 1 CEDU (consid. 11).

- La mancata ammissione nella lista A dell'ospedale distrettuale in causa entra in vigore 6 mesi dopo la fine del mese in cui la presente decisione è stata pubblicata nel Foglio ufficiale. Nel frattempo l'ospedale distrettuale beneficia della regola dell'art. 101 cpv. 2 LAMal (consid. 13).

A. Mit Beschluss vom 25. Juni 1997 (im Folgenden: RRB 1347) erliess der Regierungsrat des Kantons Zürich (im Folgenden: Regierungsrat) die Zürcher Spitalliste 1998 (im Folgenden: Spitalliste 1998) mit den zugelassenen Akutspitälern, Rehabilitationskliniken und Spezialkrankenhäusern; das Inkrafttreten wurde auf den 1. Januar 1998 festgesetzt. Der Regierungsrat stützte sich hierbei auf den Planungsbericht vom Juni 1997, welcher das Ergebnis der Zürcher Spitalplanung zusammenfasst (Planungsbericht 1997).

A.1. Die Spitalliste 1998 ist in zwei Abschnitte unterteilt. Abschnitt A (im Folgenden: Liste A) enthält die Institutionen mit Zulassung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten in der allgemeinen Abteilung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die Liste A trennt ihrerseits die zugelassenen Institutionen nach Standorten (kantonal/ausserkantonal). Sie gibt an, ob es sich um ein öffentliches Spital oder ein Privatspital handelt und ob das Spital subventioniert wird, und führt die den Institutionen erteilten Leistungsaufträge an.

Der Abschnitt B (im Folgenden: Liste B) enthält die Institutionen mit Zulassung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten in der Halbprivat- und Privatabteilung. Die Liste B führt mit Ausnahme der Aussenstation der Klinik Wilhelm Schulthess (Standort Zurzach) und der Zürcher Hochgebirgsklinik Clavadel (Standort Davos-Clavadel) nur Institutionen mit kantonalem Standort an; Hinweise auf eine Subventionierung finden sich nicht, und Leistungsaufträge werden keine erteilt.

Bei der stationären somatischen Akutversorgung wird planerisch neu zwischen drei Versorgungsstufen unterschieden, welche die bisherigen vier Versorgungsstufen der Zürcher Krankenhausplanung 1991 (Fassung vom Dezember 1991; herausgegeben von der Gesundheitsdirektion; im Folgenden: Krankenhausplanung 1991) ablösen (Planungsbericht 1997, S. 11 ff. und 23 ff.; RRB 1347, S. 3, Ziff. 1, und S. 4, Ziff. 2).

A.2. Die bisherigen vier Stufen umfassen eine dezentrale teilregionale Grundversorgung (Regionalspitäler), eine erweiterte regionale Grundversorgung (Schwerpunktspitäler), eine spezialisierte überregionale Versorgung (Zentralspitäler) und eine hoch spezialisierte Versorgung (Spitäler des universitären Komplexes). Die höher spezialisierte Spitalkategorie deckt teilweise auch das Leistungsangebot der nachgeordneten Versorgungsstufen ab. Die vierstufige Struktur der bisherigen stationären Akutversorgung wird vervollständigt durch Ergänzungsspitäler. Diese bieten Leistungen an, welche von den jeweiligen Spitalkategorien nicht oder nicht ausreichend gedeckt werden, so unter anderem im Bereich der Rehabilitationsmedizin, der Komplementärmedizin und weiterer medizinischer Spezialgebiete.

A.3. Die neue dreistufige Struktur gliedert sich wie folgt:

Die stationäre Grundversorgung (Stufe I) beschränkt sich auf die Behandlung häufiger Krankheiten und Unfälle und kann in der Regel ohne den Einsatz aufwendiger technisch-apparativer Mittel sowie spezialisierter Arbeitsteams abgedeckt werden; sie umfasst Bereiche der Inneren Medizin (Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Angiologie, Pneumologie, Gastroenterologie, Rheumatologie, medizinische Onkologie und Akutgeriatrie), Chirurgie (Allgemeine Chirurgie), Gynäkologie, Geburtshilfe (Betreuung der schwangeren Frau mit normalem geburtshilflichem Risiko, Entbindung und Betreuung im Wochenbett) und Kinderheilkunde (konsiliarärztliche pädiatrische Grundbetreuung). Die Versorgung auf der Stufe I wird von den regionalen Schwerpunktspitälern und teilweise - in ihren Spitalregionen - von den Zentralspitälern wahrgenommen.

Die spezialisierte Versorgung (Stufe II) erweitert das Leistungsspektrum der Grundversorgung um Fachgebiete wie Endokrinologie, Hämatologie, Kinderheilkunde, Neonatologie, Nephrologie, Neurologie, Gefäss-, Neuro- und Thoraxchirurgie sowie die Bereiche Interventionelle Radiologie, Radio-Onkologie, Infektiologie, Nuklearmedizin, Notfallabteilung, Pathologie, Apotheke mit Sonderfunktionen und Speziallabor. Die Versorgung auf der Stufe II wird von den Zentral- und Universitätsspitalern sichergestellt.

Die hoch spezialisierte Versorgung (Stufe III) betrifft das universitäre Angebot mit hoch spezialisiertem Fachpersonal und hoch differenzierten medizinisch-technischen Gerätschaften. Sie umfasst spezialisierte Fachgebiete wie Dermatologie, Immunologie, Infektiologie, Klinische Pharmakologie, Plastische und Wiederherstellungs-, Transplantations- und Kieferchirurgie, die Behandlung schwer Brandverletzter sowie den Bereich der spezialisierten Bakteriologie. Die Versorgung auf der Stufe III wird durch die Universitätsspitäler erbracht.

Bei der Rehabilitation steht die medizinische Rehabilitation im Vordergrund, so namentlich die Neurorehabilitation sowie die rheumatologische, traumatologisch-orthopädische, kardiologische und pneumatologische Rehabilitation sowie die spezialisierte geriatrische Akut-Rehabilitation.

Inner- und ausserkantonale Ergänzungsspitäler erhalten unter der neuen Struktur Leistungsaufträge für die Behandlung von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons in der allgemeinen Abteilung, soweit der Bedarf nicht sinnvoll durch die Spitäler der genannten Stufen I-III gedeckt werden kann.

A.4. Der Regierungsrat geht davon aus, dass in den Zürcher Spitälern Überkapazitäten bestehen, und berücksichtigt daher in der Liste A grundsätzlich nur solche privaten und öffentlichen Akutspitäler, welche gestützt auf die bisherige Planung bereits einen wesentlichen Auftrag des Kantons Zürich zur Versorgung von Patientinnen und Patienten in der allgemeinen Abteilung hatten und auch weiterhin für die Versorgung von nur grundversicherten Patientinnen und Patienten benötigt werden (RRB 1347, S. 5, Ziff. 4).

Im Einzelnen sind namentlich folgende Massnahmen zu nennen (Planungsbericht 1997, S. 20 ff., und RRB 1347, S. 5 f., Ziff 4):

Was die Grundversorgung für das ganze Kantonsgebiet angeht, hebt der Regierungsrat die Spitalkategorie «Regionalspitäler» (dezentrale teilregionale Grundversorgung) auf. Sechs Regional- und Ergänzungsspitäler (im Folgenden: Regionalspitäler) erhalten keinen Leistungsauftrag zur stationären Behandlung von Zürcher Patientinnen und Patienten in der allgemeinen Abteilung (Akutabteilung) und werden nicht in die Liste A aufgenommen (Adliswil, Bauma, Dielsdorf, Pfäffikon, Thalwil und Wald). Das Bezirksspital Affoltern, das Krankenhaus Sanitas (Kilchberg) und das Kreisspital Rüti werden auf Grund des Bedarfs weiterhin benötigt und neu als Ergänzungsspitäler eingeteilt; das Spital Richterswil erhält einen Leistungsauftrag für Komplementärmedizin. Mit diesen Massnahmen lassen sich gegenüber 1994 nach den Berechnungen der Vorinstanz rund 310 Betten in den allgemeinen Abteilungen der genannten Spitäler einsparen.

In Horgen ist ein regionales Schwerpunktspital aufzubauen, und die Spitäler Horgen und Wädenswil sollen gemäss einem noch zu bestimmenden Zeitplan zusammengelegt werden.

Was die Grundversorgung für die Stadt Zürich betrifft, soll der bisherige kantonale Leistungsauftrag für das Ergänzungsspital Schweizerische Pflegerinnenschule nur teilweise und bei Fusion mit einem anderen Spital aufrechterhalten werden. Das genannte Spital plant, mit dem Spital Neumünster in Zollikerberg zu fusionieren. Das neue Spital wird auf Grund seiner Grösse und seines Leistungsumfanges neu als regionales Schwerpunktspital geführt werden können. Von der Fusion erwartet der Regierungsrat eine Einsparung von 100-120 Betten.

Was die spezialisierte und hoch spezialisierte Versorgung in der allgemeinen Abteilung angeht, sollen gegenüber dem Stand von 1994 am Universitätsspital Zürich gezielt 100 Betten und am Stadtspital Triemli 70 Betten abgebaut werden. Weiter wird die Koordination zwischen den Spitälern verstärkt. Die Maternité Inselhof wird angehalten, die Infrastrukturen so weit als möglich mit dem Spital Triemli zusammenzulegen. In den Kliniken Balgrist und Wilhelm Schulthess sind die medizinischen, administrativen und hauswirtschaftlichen Infrastrukturen so weit als möglich zusammenzulegen.

Aus den Massnahmen resultiert gesamtkantonal ein Abbau von rund 600 Betten in den Zürcher Spitälern (RRB 1347, S. 5, Ziff. 4).

A.5. Im Personalbereich wird mit einem Abbau von rund 500 Stellen (somatischer Akutbereich) gerechnet, dem ein eventueller Mehrbedarf in der Langzeitpflege gegenübersteht (Planungsbericht 1997, S. 30).

B. Gegen die Listen A und B wurden beim Bundesrat insgesamt 22 Beschwerden eingereicht.

Von den anderen 21 Beschwerden betreffen deren 6 öffentliche Zürcher Spitäler, die nur auf der Liste B figurieren, wobei es in zwei Beschwerden um dasselbe Spital geht. Weiter führen 10 ausserkantonale Privatkliniken Beschwerde, welche nicht in die Spitalliste 1998 aufgenommen wurden und wovon einige in Grenzgebieten zum Kanton Zürich tätig sind. Und schliesslich sind 5 im Kanton Zürich gelegene Privatspitäler zu nennen, von welchen 4 nur auf der Liste B figurieren, während eines zwar auf der Liste A aufgeführt ist, jedoch nur einen beschränkten Leistungsauftrag erhalten hat.

Die meisten Beschwerdeführer beantragen die Aufnahme in die Spitalliste 1998 (A und/oder B) oder verlangen eine Änderung der erteilten Leistungsaufträge. Einige Beschwerdeführer beantragen zudem die ganze oder teilweise Aufhebung der Spitalliste beziehungsweise den Aufschub des Inkrafttretens der Listen A und B. Ein einzelner Antrag zielt darauf ab, dem betreffenden Spital den Beitritt zu Spitalabkommen des Kantons Zürich mit anderen Kantonen zu ermöglichen.

C. Zu den Regionalspitälern, welche nicht in die Liste A, sondern nur in die Liste B aufgenommen wurden, gehört auch das Kreisspital Bauma.

C.1. Der Regierungsrat begründete diesen Entscheid insbesondere damit, das Kreisspital Bauma betreibe eine wenig komplizierte Medizin. Es versorge lediglich 3,7% der Spitalbehandlungsfälle in der Region Wetzikon. Das Angebot entspreche im Wesentlichen der Stufe Grundversorgung. Rund 55% aller operativen Eingriffe würden ambulant durchgeführt. Trotz des vergleichsweise tieferen Versorgungsspektrums kämen die Kosten pro Patientenaustritt im Spital Bauma etwa gleich hoch zu stehen wie in der allgemeinen Abteilung des Schwerpunktspitals Wetzikon. Die Patientinnen und Patienten des Spitals Bauma könnten von den Spitälern Wetzikon, Uster und Rüti sowie vom Kantonsspital Winterthur übernommen werden. Für den Rettungsdienst könne eine spezifische Lösung im Raum Bauma gefunden werden. Insgesamt werde sich die medizinische Versorgung für die Bevölkerung im oberen Tösstal durch den Wegfall des Spitals Bauma jedenfalls nicht verschlechtern. Demgegenüber würden der Auslastungsgrad und die Wirtschaftlichkeit der benachbarten Spitäler sich verbessern und damit der Gesamtaufwand pro Patient in den Spitalregionen Wetzikon und Uster insgesamt sinken (RRB 1347, S. 7).

C.2. Der Zweckverband des Kreisspitals Bauma (im Folgenden: Beschwerdeführer) führte mit Eingabe vom 22. August 1997 Beschwerde gegen die Spitalliste 1998 und beantragte:

1. die Liste A sei aufzuheben und zur Neufestsetzung zurückzuweisen;
2. die Vorinstanz sei anzuweisen, das Kreisspital Bauma auf die Liste A bzw. auf eine Liste ohne Einschränkungen im vollen Umfang seines bisherigen Leistungsangebotes aufzunehmen;
3. der Leistungsauftrag für die Liste B sei durch den Zusatz «zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» zu präzisieren;
4. sollte der bundesrätliche Entscheid nach dem 31. Dezember 1997 ergehen, so sei vorweg im Sinne einer vorsorglichen Massnahme festzustellen, dass der Beschwerdeführer im vollen bisherigen Leistungsumfang als Leistungserbringer gemäss Art. 35 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG, SR 832.10) anzusehen sei;

5. sollte der Bundesrat dem Antrag gemäss Ziff. 1 folgen, so sei festzustellen, dass der Beschwerdeführer bis zur rechtskräftigen Festsetzung der Zürcher Spitalliste als Leistungserbringer gemäss Art. 35 KVG anzusehen sei;

6. der Bundesrat werde ersucht, das im KVG die kantonale Spitalliste betreffende Rechtsmittelverfahren sowie seine Rechtsmittelbelehrung im Einklang mit Art. 6 § 1 der Konvention vom 4. November 1950 zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK, SR 0.101) umzugestalten;

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Beschwerdegegners.

(...)

C.4. Zum Sachverhalt bringt der Beschwerdeführer vor, Träger des Spitals sei der Zweckverband des Kreisspitals Bauma. Dieser umfasse sieben politische Gemeinden und sei auf unbestimmte Dauer abgeschlossen. Das Spital werde seit 1930 betrieben. Es bestehe aus einem Akutspital sowie einem Krankenhaus (mit 23 Betten). Das vom RRB 1347 anvisierte Akutspital verfüge über 21 Betten. Der Akutspitalbetrieb umfasse die Bereiche der Medizin, der Chirurgie sowie der Gynäkologie und Geburtshilfe. Das Spital betreibe eine Tagesklinik mit 4 Betten und garantiere permanente Notfallaufnahmebereitschaft. Auf dem Spital basiere ein regionaler Rettungsdienst rund um die Uhr.

Die Bettenbelegung im Akutspital habe 1995 bei 79,3% und 1996 bei 76,4% gelegen. Damit liege die Bettenbelegung im oberen Segment der öffentlichen Spitäler des Kantons. Die Patientinnen und Patienten kämen praktisch zu 99% aus dem Kanton Zürich.

Die Spitalplanung führe im Ergebnis zu einer Halbierung der regional erforderlichen Bettenzahl für das Zürcher Oberland und zu einer völligen Streichung in der Region Bauma.

Der von der Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich (im Folgenden: Gesundheitsdirektion) erstellten Austrittsstatistik für das Jahr 1995 könne man entnehmen, dass von rund 9228 Akutpatientinnen und -patienten aus der Region Wetzikon 6096 in der Region selbst, davon 360 im Spital Bauma, behandelt worden seien. Die Statistik unterscheide jedoch nicht zwischen der Grundversorgung und weiteren Akutversorgungsarten, wie sie ausschliesslich an den kantonalen Spitälern oder den in der Stadt Zürich ansässigen Spezialkliniken angeboten würden. Der prozentuale Anteil des Kreisspitals Bauma an der regional erbrachten Grundversorgung dürfte daher tatsächlich weit höher liegen. Im Vergleich mit anderen Spitalregionen des Kantons liege der Anteil der in den Spitälern der Region Oberland versorgten Patientinnen und Patienten mit rund zwei Dritteln sehr hoch. Die Ursache hierfür liege in den topographischen, voralpin geprägten Verhältnissen.

Für den Vergleich der Kostenstruktur an den regionalen Spitälern und den kantonalen Zentralspitälern bzw. den städtischen Spitälern in der Stadt Zürich fehlten transparente Grundlagen. Die Tabelle der Gesundheitsdirektion vom 18. Juni 1997 zur «Wirtschaftlichkeit der kantonalen staatsbeitragsberechtigten Spitäler 1995» (im Folgenden: Austrittskosten 1995) zeige zwar den Aufwand je Spitalaustritt in der allgemeinen Abteilung auf, ohne allerdings anzugeben, welche Leistungen damit verbunden seien. Wenn man die Statistik näher betrachte, so zeige sich, dass das Kreisspital Bauma im Vergleich mit anderen Regionalspitälern in der «Mittelgruppe», aber tiefer als Schwerpunktspitäler liege. Beim Spital Bauma spielten verschiedene Sonderfaktoren eine Rolle, welche die Kosten in die Höhe trieben. Wenn diese Faktoren berücksichtigt würden, so zeige sich, dass das Spital Bauma sehr kostengünstig arbeite.

Rechtlich macht der Beschwerdeführer zur Liste A geltend, dass das Kreisspital Bauma unbestrittenermassen die Dienstleistungs- und Infrastrukturvoraussetzungen für die Aufnahme in die Spitalliste (Art. 39 Abs. 1 Bst. a-c KVG) erfülle.

Was die Publizitäts- und Transparenzvoraussetzungen sowie die Bedarfsplanung (Art. 39 Abs. 1 Bst. d und e KVG) angehe, beruhe das Konzept der Vorinstanz nicht auf den notwendigen empirischen und transparenten Grundlagen, die für eine korrekte Ermessensausübung notwendig wären. Es bestünden klare Belege dafür, dass die vom Kreisspital Bauma erbrachten Leistungen gesamtkantonal zu den kostengünstigsten gehörten.

Die Planung trage auch der besonderen Lage des Kreisspitals Bauma nicht Rechnung, welches in der voralpinen Region liege und dort Leistungen erbringe, die nicht substituierbar seien (so namentlich für die Notfallversorgung der Region). Nicht berücksichtigt habe die Vorinstanz auch, dass das Kreisspital Bauma ambulant und unterstützend auch stationär in der kantonal nicht abgedeckten Komplementärmedizin tätig sei; das Paracelsus-Spital sei anthroposophisch tätig und decke nur den geringsten Teil des komplementärmedizinischen Spektrums ab.

Die Region sei zudem wirtschaftlich benachteiligt und würde durch die Schliessung des Spitals weitere Arbeitsplätze und Lehrstellen verlieren.

Schliesslich verstosse die Liste A auch gegen die Gemeindeautonomie, welche das Zürcher Recht den Gemeinden auf dem Gebiete der stationären Grundversorgung einräume.

C.5. Was die Liste B angehe, werde diese weder im angefochtenen Beschluss noch sonst wo in den Akten der Vorinstanz definiert. Die Liste B könne nur als eine Liste im Sinne von Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG angesehen werden. Liste A und Liste B bildeten eine Einheit, die sich aus der Sicht der Planung ergänzten. Die Liste B könne daher nur die Bedeutung haben, dass die Behandlung von Patientinnen und Patienten auf der Halbprivat- oder Privatabteilung eines Spitals der Liste B zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehe, weil allein dies Gegenstand des KVG sei.

D. Am 5. September 1997 und damit binnen der bis zum 15. September 1997 angesetzten Frist hat der Beschwerdeführer den Kostenvorschuss von Fr. 1500.- bezahlt.

E. Mit Schreiben vom 12. September 1997 hat der Verband Zürcher Krankenversicherer (VZKV) für alle Beschwerden eine gemeinsame Vernehmlassung erstattet. Er hält einleitend fest, dass er und das Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK) sich grundsätzlich für die Zürcher Spitalliste 1998 ausgesprochen und auf die Einreichung einer Beschwerde gegen die Aufnahme bestimmter Spitäler in die Liste A verzichtet hätten.

E.1. Auf Grund des Kostenanstiegs in der stationären Versorgung und der Pflicht der Versicherer, bei nicht subventionierten Spitälern 100% der anrechenbaren Betriebskosten zu übernehmen, gehe der VZKV mit dem Regierungsrat einig, dass auf der Liste A primär subventionierte öffentliche und private Spitäler berücksichtigt werden sollten. Bei der angemessenen

Berücksichtigung privater Trägerschaften, wie sie in Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG verlangt werde, sei auch darauf zu achten, ob eine Privatklinik bereits vor oder mit Inkrafttreten des KVG am 1. Januar 1996 über eine allgemeine Abteilung verfügt habe und in welchem Umfange sie seither allgemein versicherte Patientinnen und Patienten behandle. Dazu sei zunächst festzuhalten, dass keine der nicht subventionierten Privatkliniken im Kanton Zürich per 1. Januar 1996 einen Tarifvertrag mit den Krankenversicherern für die allgemeine Abteilung abgeschlossen und bis zum heutigen Zeitpunkt auch keine dieser Kliniken um Abschluss eines Tarifvertrags nachgesucht habe. Den Kenndaten 1996 (Tabellen 2.2 und 2.6) der Zürcher Spitäler (herausgegeben von der Gesundheitsdirektion; im Folgenden: Kenndaten 1996) lasse sich entnehmen, dass die nicht subventionierten Privatkliniken lediglich mit rund 11,5% (= 189 000 Pflagetagen) an den 1996 verrechneten Pflagetagen in den Akutabteilungen der Zürcher Spitäler (= 1 651 224 Pflagetage) beteiligt gewesen seien. Von diesen 11,5% wiederum entfielen lediglich rund 11% (= ca. 20 500 Pflagetage) auf die allgemeine Abteilung. Hieraus lasse sich einwandfrei folgern, dass die nicht subventionierten Privatkliniken praktisch nur zu einem verschwindend kleinen Anteil allgemein versicherte Patientinnen und Patienten behandelten. Zudem sei zu berücksichtigen, dass jene zwei Privatspitäler mit dem weitaus grössten Anteil von Patientinnen und Patienten auf der allgemeinen Abteilung (= rund 12 000 Pflagetage), nämlich die Bircher Klinik Susenberg und das Paracelsus-Spital Richterswil, auf der Liste A figurierten.

Der VZKV sei daher der Auffassung, dass sämtliche nicht subventionierten Privatspitäler im Rahmen ihres angestammten Tätigkeitsbereiches bzw. der von ihnen behandelten Anzahl Patientinnen und Patienten auf der allgemeinen bzw. privaten/halbprivaten Abteilung auf den Listen A und B angemessen berücksichtigt seien.

E.2. Was die ausserkantonalen nicht subventionierten Privatspitäler angehe, vertrete der VZKV die Ansicht, dass die zusätzliche Aufnahme von solchen Spitälern in die Liste A dem Abbau von überzähligen Betten im Kanton Zürich zuwiderlaufe. Eventualiter sei in Betracht zu ziehen, dass für die Aufnahme von ausserkantonalen Spitälern in die Spitalliste die gleichen Entscheidungskriterien wie bei innerkantonalen Spitälern zur Anwendung gelangten.

E.3. Zur regionalen Bettenplanung und zur Frage der Wirtschaftlichkeit nehme der VZKV nicht Stellung, weil für ihn mehr die gesamtkantonale Bettenkapazität und weniger die regionalpolitische Betten(fein)planung im Vordergrund stehe. Immerhin sei aber darauf hinzuweisen, dass eine regional unterschiedliche Bettenzuteilung ihre Berechtigung habe. Einerseits komme darin unter anderem auch das Spitalwahlverhalten der Bevölkerung sowie das Ansehen, welches ein Spital in der Bevölkerung geniesse, zum Ausdruck. Andererseits erklärten auch die Grösse und die Standorte der bereits bestehenden Zentral- und Schwerpunktspitäler die differenzierte regionale Bettendichte. Der Verband gehe bei der vom Regierungsrat verfolgten Spital-Konzentrationspolitik davon aus, dass sich wichtige Kostenparameter durch höhere Bettenauslastung und weitere Synergie-Effekte im positiven Sinne verändern würden. Daher könne auch nicht mehr von der heutigen Kostenstruktur und Wirtschaftlichkeit ausgegangen werden. Dieser Aspekt werde sich bei einer mittel- und langfristigen Betrachtungsweise relativieren und damit auch entsprechend an Gewicht verlieren.

E.4. Eine Schwachstelle der Planung in quantitativer Sicht bilde der Rehabilitationsbereich. Ohne genauere statistische Angaben über die diagnosebezogene Anzahl der zu versorgenden Patientinnen und Patienten sei es auch für den VZKV schwierig zu beurteilen, inwieweit die auf der Liste A aufgeführten Spitäler quantitativ und fachlich-qualitativ in der Lage seien, die Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Der Verband empfehle daher, im Rehabilitationsbereich weitere Entscheidungsgrundlagen zu verlangen, die eine präzisere Beurteilung erlaubten.

E.5. Was die Liste B betreffe, könne sich der VZKV mit der Präzisierung einverstanden erklären, wonach die Liste Institutionen mit Zulassung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der Halbprivat- und Privatabteilung des Spitals umfasse.

Die ungenügende Kostenausscheidung zwischen Grund- und Zusatzversicherung falle nach Auffassung des VZKV nicht unter den Regelungsbereich von Art. 39 KVG und damit der Spitalplanung, sondern unter Art. 49 KVG und damit in den Sektor der Spitaltarife.

F. Mit Vernehmlassung vom 6. Oktober 1997 beantragte die Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich (im Folgenden: Gesundheitsdirektion) namens des Regierungsrates, die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten sei, und - für den Fall, dass der Beschwerdeentscheid im Jahre 1997 nicht mehr getroffen werden könne - der Beschwerde die aufschiebende Wirkung zu entziehen und festzustellen, dass das Kreisspital Bauma für die Behandlung von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Zürich zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht zugelassen sei. Die relevanten Fakten seien liquid, weshalb auch auf die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels zu verzichten sei.

F.1. Die Gesundheitsdirektion betont vorweg die grosse Bedeutung der Beschwerdesache, der überkantonale Bedeutung zukomme. Die Planungsgrundlagen seien sorgfältig erhoben und der Entwurf der Spitalliste in eine Vernehmlassung gegeben worden. Da der Kantonsrat einer gegen die Spitalliste eingereichten Behördeninitiative die vorläufige Unterstützung verweigert habe, sei die Liste auch politisch abgestützt, zumal auch die Krankenversicherer sich für die Zürcher Spitalliste ausgesprochen hätten.

Bei einer Aufhebung der Spitalliste als Ganzes oder in wesentlichen Teilen stünde der Kanton vor einem Scherbenhaufen und wäre wegen der zu erwartenden Verzögerungen um drei bis fünf Jahre eine unerträgliche finanzielle Belastung des Gesundheitswesens zu erwarten, gehe man doch von einem jährlichen Spareffekt von 165 Millionen Franken aus.

F.2. Rechtlich stütze sich der Regierungsrat auf Art. 39 Abs. 1 KVG, der für die Spitalliste eine Bedarfsanalyse voraussetze, wozu insbesondere die Definition der Versicherten nach medizinischen Kategorien sowie die Zuweisung und Sicherung der entsprechenden Kapazitäten gehörten.

Die Spitalliste 1998 gehe von einer gesamtheitlichen Betrachtungsweise aus. Die Möglichkeiten der modernen Medizin verlangten nach einer Straffung der bestehenden Strukturen. Mit der Konzentration der Patientenströme in grösseren, betriebswirtschaftlich optimalen Einheiten könnten die bestehenden Ressourcen intensiver genutzt und die Wirtschaftlichkeit der stationären Versorgung insgesamt verbessert werden. Dieses Konzept bedinge die Aufhebung der kleinsten Einheiten, nämlich der Regionalspitäler, was zu einer besseren Auslastung der Schwerpunktspitäler führe. Wenn man bloss die Bettenzahl linear abbaue, ohne einzelne Spitäler aufzuheben, lasse sich der verlangte Rationalisierungsgewinn nicht erzielen. Dass die Schliessung von Schwerpunkt- oder Zentralspitälern ausgeschlossen sei und keine Alternative zur Schliessung von Regionalspitälern darstelle, bedürfe keiner näheren Begründung.

Der Gesundheitsdirektion stünden zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit Instrumente zur Verfügung, die in den vergangenen Jahren ständig verbessert worden seien und für den Entscheid über die Spitalliste 1998 genügten. Auch wenn die Gesamtwirtschaftlichkeit der Spitäler erst bedingt vergleichbar sei, habe der Bundesrat dem Kanton Zürich im Entscheid über die Spitaltarife vom 13. August 1997 (Rechtsprechung und Verwaltungspraxis der Kranken und Unfallversicherung [RKUV] 6/1997 S. 367, E. 10.3) immerhin attestiert, dass er im Vergleich zu anderen Kantonen grössere Anstrengungen unternommen habe, um die Kostentransparenz zu verbessern und überkapazitäten abzubauen.

Zum Sachverhalt bringt die Gesundheitsdirektion vor, dass das Kreisspital Bauma lediglich 21 Akutbetten aufweise und damit keine sinnvolle betriebswirtschaftliche Grösse erreiche. Es bestehe keine Notfallabteilung, sondern eine Notfallaufnahme ohne eigenen Stellenplan. Die Bettenbelegung habe von 1992 bis 1996 mit Ausnahme des Jahres 1995 immer deutlich unter dem kantonalen Durchschnitt gelegen.

Dass die Region nach der Schliessung der Akutabteilung in Bauma medizinisch unterversorgt sein werde, treffe nicht zu. Das Spital Bauma versorge nur knapp 4% der Akutpatienten der Spitalregion Wetzikon; diese Patientinnen und Patienten könnten von den benachbarten Spitälern übernommen werden. Das Kostenniveau liege deutlich über demjenigen der Schwerpunktspitäler, obwohl diese anspruchsvollere Aufgaben erfüllten als Regionalspitäler. Der Hauptgrund für diese überhöhten Kosten liege im betriebswirtschaftlich ungünstigen Verhältnis zwischen Bettenkapazität und Infrastruktur. Dies schlage sich in einem zu hohen Fixkostenanteil je Fall nieder.

Die vom Beschwerdeführer erwähnten Besonderheiten, welche für die Aufnahme des Kreisspitals Bauma in die Liste A sprächen, seien entweder nicht gegeben oder könnten nicht berücksichtigt werden. Die Notfallversorgung der Bevölkerung der Region sei auch ohne Spital Bauma gewährleistet, die komplementärmedizinische Versorgung werde durch das Paracelsus-Spital Richterswil abgedeckt, und die regionale Wirtschaftsförderung obliege nicht der sozialen Krankenversicherung, weshalb dieser Aspekt nicht ins Gewicht fallen könne.

F.3. Was die Gesundheitsdirektion im Einzelnen zu den Einwänden vorbringt, welche der Beschwerdeführer gegen die Liste A erhebt, wird in den rechtlichen Erwägungen wiedergegeben.

F.4. Zur Liste B führt die Gesundheitsdirektion aus, dass im Zusatzversicherungsbereich auf Grund der Vorschriften des Privatrechts freier Wettbewerb herrschen müsse. Den Kantonen komme dabei lediglich die Aufgabe zu, für gleiche Wettbewerbsbedingungen der im eigenen Kanton gelegenen Institutionen zu sorgen. In die Liste B seien daher sämtliche antragstellenden Anbieter von Leistungen im Privatversicherungsbereich mit Standort im Kanton Zürich aufgenommen worden. Diesen Institutionen solle im Sinne der vom Bundesrat vertretenen Auffassung ermöglicht werden, diese Leistungen teilweise zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erbringen.

(...)

H. Mit Vernehmlassung vom 30. April 1998 nahm das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) gemeinsam Stellung zu allen Beschwerden.

H.1. Das BSV äussert sich im ersten (allgemeinen) Teil einleitend zur Leistungspflicht der Krankenversicherer, auch wenn diese Frage nach seiner Meinung an und für sich nicht in die Zuständigkeit des Bundesrates fällt. Sodann beschreibt das Amt im Einzelnen die Kriterien, welche die Zulassung der Spitäler zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung regeln (Art. 39 Abs. 1 KVG).

H.2. Im zweiten (besonderen) Teil geht das BSV auf die Spitalliste 1998 ein. Es beschreibt zunächst das Verfahren zum Erlass der Liste sowie deren Merkmale und Struktur. Hernach beurteilt das Amt die Liste im Einzelnen aus der Sicht des Bundesrechts und kommt zu folgenden Schlüssen:

H.2.1. Für die Gliederung der Spitalliste 1998 in die Listen A und B bestehe rechtlich ein Spielraum, allerdings nur so weit, als die Liste als Ganzes auf derselben Planungsbasis erstellt worden sei und als umfassende Aufstellung dienen könne.

Die Liste B sei indes nach Ansicht des BSV ungenügend geplant. Die Kapazitäten seien nicht festgelegt, was dem Planungsauftrag des KVG zuwiderlaufe und der sozialen Krankenversicherung vermeidbare Kosten verursachen könne. Die Kapazitäten sollten wenigstens global den in der Liste aufgeführten Spitälern zugeordnet werden.

H.2.2. Bei der innerkantonalen Akutmedizin betrachte das BSV die Planung als genügend. Eine qualitativ hoch stehende medizinische Versorgung der Bevölkerung bleibe gewährleistet, auch wenn die Regionalspitäler nicht in die Liste A aufgenommen würden. Angesichts der kantonalen überkapazitäten im Akutbereich sei Zürich nach der Praxis des Bundesrates ferner nicht verpflichtet, ausserkantonale Leistungserbringer in die Liste aufzunehmen.

Was die stationäre medizinische Rehabilitation angehe, führe der Regierungsrat aus, dass die Institutionen mit kantonalem Standort den Bedarf nicht vollumfänglich decken könnten und der Zusatzbedarf durch Leistungsaufträge an ausserkantonale Kliniken zu befriedigen sei. Für das BSV sei auf Grund der verfügbaren Unterlagen jedoch nicht ersichtlich, wie die Auswahlkriterien im Einzelfall gewichtet und in die Evaluation einbezogen worden seien. Die Akteneinsicht durch eine Delegation des BSV und deren persönliche Vorsprache bei der Gesundheitsdirektion hätten indes glaubhaft ergeben, dass im Rehabilitationsbereich eine Bedarfsschätzung erstellt, eine sachgerechte Evaluation durchgeführt und auf der Grundlage dieser Faktoren die entsprechenden Leistungsaufträge erteilt worden seien. Nach Auffassung des BSV reiche die vom Kanton Zürich vorgenommene Schätzung im Moment aus, um den Bedarf abzudecken; doch müsse für die zukünftige Erstellung der Spitalliste die Evaluation transparenter und verständlicher aufgearbeitet und vor allem offen gelegt werden.

H.2.3. Die hoch spezialisierte Versorgung der Zürcher Bevölkerung werde durch die Zürcher Universitätsspitäler abgedeckt.

H.2.4. Im Bereich der Komplementärmedizin habe das Paracelsus-Spital Richterswil einen Leistungsauftrag erhalten. Nach den heutigen Kenntnissen in dieser noch relativ jungen Disziplin dürfe angenommen werden, dass der Bedarf momentan gedeckt sei.

H.3. Auf Grund dieser Erwägungen kommt das BSV zum Schluss, dass die Beschwerden teilweise gutzuheissen seien und die Spitalliste 1998 in Teilbereichen zur Überarbeitung zurückzuweisen sei. Die Bemühungen des Kantons Zürich zur Erfüllung der

Spitalplanung würden anerkannt, und die Liste A sei auf Grund der umfassenden Erhebungen und der vorliegenden Daten als bedarfsgerecht zu beurteilen. Die Transparenz der Liste sei jedoch nicht in allen Bereichen genügend (komplizierter und verschachtelter Aufbau, mangelnde Verweisungen). Es sei daher verständlich, dass die Beschwerdeführer Einwände geltend machten, weil sie Rechtmässigkeit und Verhältnismässigkeit der mit der Spitalliste 1998 verbundenen Massnahmen nicht verifizieren könnten.

(...)

Aus den Erwägungen:

1. Formelles

1.1. Vorab ist zu prüfen, ob das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) oder der Bundesrat für die Behandlung der vorliegenden Beschwerde grundsätzlich zuständig ist.

Gemäss Art. 128 des Bundesgesetzes über die Organisation der Bundesrechtspflege vom 16. Dezember 1943 (Bundesrechtspflegegesetz [OG], SR 173.110) beurteilt das EVG letztinstanzlich Verwaltungsgerichtsbeschwerden gegen Verfügungen im Sinne von Art. 97, Art. 98 Bst. b-h und Art. 98a OG auf dem Gebiet der Sozialversicherung, sofern nicht eine der in Art. 129 OG vorgesehenen Ausnahmen vorliegt (Generalklausel mit abschliessender Enumeration der Ausnahmen).

Zu diesen Ausnahmen gehören Verfügungen der Kantonsregierungen über Spitallisten, auch wenn dieser Fall in Art. 129 OG nicht ausdrücklich von der Verwaltungsgerichtsbeschwerde ausgenommen ist.

Aus Gründen der Rechtsklarheit ist die Aufnahme in den Katalog der Ausnahmen zwar angezeigt, aber nicht Bedingung für die rechtliche Gültigkeit einer solchen Ausnahme. Die Praxis anerkennt auch Ausnahmen von der Verwaltungsgerichtsbeschwerde, die in anderen Gesetzen geregelt sind, so namentlich dann, wenn diese als spezialgesetzliches und späteres Recht der Generalklausel von Art. 128 OG vorgehen und diese insoweit einschränken. Diese Voraussetzungen sind für kantonale Verfügungen über Spitallisten mit Art. 53 Abs. 1 KVG erfüllt. Nach dieser Bestimmung kann gegen Verfügungen der Kantonsregierungen und gegen kantonale Erlasse, welche in Anwendung von Art. 39, Art. 45, Art. 46 Abs. 4, Art. 47, Art. 48 Abs. 1-3, Art. 49 Abs. 7, Art. 51, Art. 54 und Art. 55 KVG getroffen wurden, beim Bundesrat Beschwerde erhoben werden.

Der angefochtene Beschluss des Regierungsrats des Kantons Zürich vom 25. Juni 1997 betreffend den Erlass der Spitalliste unterliegt daher grundsätzlich der Beschwerde an den Bundesrat.

1.2. In der Begründung der Beschwerde macht der Beschwerdeführer neben der Verletzung des KVG auch geltend, der angefochtene Beschluss verstosse gegen die Gemeindeautonomie, und begründet dies anhand der einschlägigen Bestimmungen des kantonalen Rechts näher.

1.2.1. Es fragt sich, ob der Bundesrat die Autonomierüge materiell prüfen kann oder ob dafür das Bundesgericht zuständig ist, weil die Verletzung verfassungsmässiger Rechte grundsätzlich mit staatsrechtlicher Beschwerde beim Bundesgericht zu rügen ist (Art. 84 Abs. 1 Bst a OG). Die staatsrechtliche Beschwerde ist indes unzulässig, wenn die behauptete Rechtsverletzung sonst wie durch Klage oder Rechtsmittel beim Bundesgericht oder bei einer anderen Bundesbehörde gerügt werden kann (Art. 84 Abs. 2 OG; Subsidiarität der staatsrechtlichen Beschwerde).

1.2.2. Gemäss Art. 53 Abs. 1 KVG kann gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen über Spitallisten nach Art. 39 KVG Beschwerde an den Bundesrat geführt werden. Dieser prüft, ob der angefochtene Beschluss Bundesrecht verletzt (vgl. Art. 53 Abs. 2 KVG in Verbindung mit Art. 49 Bst. a VwVG). Zum Bundesrecht gehört nach der Praxis auch das Bundesverfassungsrecht. Der Bundesrat prüft daher im Rahmen von Beschwerden gegen kantonale Spitallisten auch die Rüge der Verletzung von Bundesverfassungsrecht (RKUV 4/1997 S. 268, E. 11.3). Soweit in solchen Fällen parallel auch staatsrechtliche Beschwerden beim Bundesgericht erhoben wurden, ist dieses daher darauf gemäss Art. 84 Abs. 2 OG nicht eingetreten und hat die Akten von Amtes wegen an den Bundesrat überwiesen. Nach der Praxis des Bundesrates gehört zum Verfassungsrecht, das dieser im Rahmen von Verwaltungsbeschwerden überprüft, auch die Gemeindeautonomie (VPB 46.55 E. 4 und 5 S. 308 ff., ferner auch VPB 38.105 E. 1 S. 78).

1.2.3. Wenn somit die Gemeindeautonomie zum Bundesverfassungsrecht gehört, wie auch der Beschwerdeführer annimmt, ergibt sich aus den vorgenannten Entscheiden des Bundesrates, dass dieser im Rahmen von Beschwerden nach Art. 53 Abs. 1 KVG auch prüfen kann, ob die Vorinstanz die Gemeindeautonomie verletzt hat. Insoweit weicht nach Art. 84 Abs. 2 OG die staatsrechtliche Beschwerde an das Bundesgericht der Verwaltungsbeschwerde an den Bundesrat. Für die Beurteilung der Autonomierüge bei Beschwerden gegen kantonale Spitallisten ist in diesem Sinne der Bundesrat zuständig, wenn eine Gemeinde geltend macht, die kantonale Vorinstanz habe mit dem Erlass der Spitalliste gegen das KVG verstossen, und sich zusätzlich darüber beklagt, die Vorinstanz habe in den Ermessensspielraum der Gemeinde eingegriffen und insofern im Zusammenhang mit der Anwendung von Bundesrecht ihre Befugnisse überschritten.

1.2.4. Nach derselben Regel gestaltet sich vor Bundesgericht das Verhältnis der staatsrechtlichen Beschwerde zur Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Auch das Bundesgericht überprüft dann, wenn in engem Sachzusammenhang mit dem fraglichen Bundesrecht auch kantonale Vorschriften angewendet worden sind, deren Handhabung im Rahmen der Verwaltungsgerichtsbeschwerde und tritt insoweit auf staatsrechtliche Beschwerden von Gemeinden wegen Verletzung der Gemeindeautonomie nicht ein (BGE 121 II 237 E. 1).

1.3. Anfechtbar vor dem Bundesrat sind im Weiteren allerdings nur Verfügungen, die sich auf öffentliches Recht des Bundes stützen (Art 5 VwVG). Die Spitalliste stellt zwar kantonales Recht dar, doch kommt diesem keine selbstständige Bedeutung zu, weil es bloss Bundesrecht vollzieht; das kantonale Recht fällt deshalb als Grundlage für die Verfügung nicht in Betracht (Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl., Bern 1983, S. 91; Peter Saladin, Das Verwaltungsverfahren des Bundes, Basel 1979, S. 77 ff.; VPB 48.45; Zeitschrift der bernischen Juristenvereins [ZBJV] 1992, 640 ff.; BGE 105 Ib 107 E. 1, 112 Ib 44 und 166, 112 V 108 ff. sowie 118 Ib 130; RKUV 6/1996 S 221 ff.). Die Spitalliste stützt sich mithin auf öffentliches Recht des Bundes.

1.4. Weiter zu prüfen ist, ob es sich bei der Spitalliste um eine Verfügung im Sinne von Art. 5 VwVG handelt.

Der vorliegende Spitalistenbeschluss enthält sowohl Elemente eines Rechtssatzes als auch Elemente einer Verfügung. Die Spitalisten enthalten einerseits eine allgemein gültige Regelung, indem sie für alle Versicherten anzeigen, in welchen Spitälern sie sich zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung behandeln lassen können; dies nähert die Spitalisten den Rechtssätzen an. Auf der anderen Seite haben Spitalistenbeschlüsse auch Verfügungscharakter. Für die einzelnen Heilanstalten geht es im Sinne von Art. 5 Abs. 1 VwVG - je nachdem, ob die Heilanstalten in dem von ihnen gewünschten Umfang auf die Spitalliste aufgenommen worden sind oder nicht - entweder um die Begründung, Änderung oder Aufhebung von Rechten und Pflichten (Bst. a), um die Feststellung des Bestehens, Nichtbestehens oder Umfanges von Rechten und Pflichten (Bst. b) oder um die Abweisung von Begehren auf Begründung, Änderung, Aufhebung oder Feststellung von Rechten und Pflichten oder Nichteintreten auf solche Begehren (Bst. c). Der Verfügungscharakter tritt hier klar in den Vordergrund.

Der Bundesrat geht davon aus, dass bei Spitalisten der Verfügungscharakter insgesamt überwiegt. Aber selbst wenn man annehmen würde, es handle sich bei der Spitalliste um einen Erlass, würde dies nichts an der Zuständigkeit des Bundesrates ändern. Denn nach Art. 53 Abs. 1 KVG kann beim Bundesrat Beschwerden gegen «Beschlüsse» der Kantonsregierung geführt werden. Solche Beschlüsse können aber insbesondere auch Spitalisten zum Gegenstand haben, ohne dass es darauf ankäme, ob es sich dabei um Verfügungen oder Erlasse handelt (vgl. den Hinweis auf Art. 39 in Art. 53 Abs. 1 KVG).

1.5. Beim Beschwerdeführer, der als Träger des Spitals Bauma auftritt, handelt es sich um einen Zweckverband des öffentlichen Rechts im Sinne von § 7 des Gesetzes des Kantons Zürich vom 6. Juni 1926 über das Gemeinwesen (Gemeindegesezt; Art. 1 der Statuten des Zweckverbandes Kreisspital Bauma). Der Beschwerdeführer als öffentlich-rechtlicher Gemeindeverband ist Adressat des RRB 1347 und als solcher durch die Spitalliste berührt; er hat daher ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 48 Bst. a VwVG).

1.6. (Form und Frist der Beschwerde)

1.7. Der Regierungsrat hat die Spitalliste 1998 als erstinstanzliche kantonale Behörde festgesetzt. Der Bundesrat prüft daher die Liste in Bezug auf Tat- und Rechtsfragen mit Einschluss der Angemessenheit grundsätzlich frei (Art. 49 VwVG).

1.7.1. Wie das Bundesgericht räumt der Bundesrat jedoch den Vorinstanzen bei der Anwendung unbestimmter Rechtsbegriffe einen gewissen Beurteilungsspielraum ein, insbesondere soweit örtliche Verhältnisse zu würdigen sind. Er trägt diesem Spielraum dadurch Rechnung, dass er Fragen zurückhaltend prüft, zu deren Beurteilung die Vorinstanzen über die besseren Kenntnisse der besonderen örtlichen, technischen oder persönlichen Verhältnisse verfügen (VPB 53.14 E. 2 S. 78 f., VPB 54.44 E. 5.4 S. 284; BGE 119 Ib 265 E. b, 112 Ib 30 E. 3, 111 Ib 88 E. 3, 109 Ib 219 E. 6).

1.7.2. Zurückhaltung übt der Bundesrat auch, wenn er künftige Entwicklungen, das heisst Prognosen, beurteilt. Das ist zwar keine Ermessensfrage, sondern eine auf Grund von Erfahrungswissen zu beurteilende Tatfrage. Doch kann eine Prognose eine künftige Entwicklung nicht mathematisch genau voraussagen, sondern höchstens mit einer mehr oder weniger grossen Wahrscheinlichkeit in Aussicht stellen. Daher kann in solchen Fällen nicht ein strikter Beweis verlangt werden; es muss genügen, dass sich - ähnlich wie beim Glaubhaftmachen - die erwartete Entwicklung für wahrscheinlich halten lässt (Nachweis der Wahrscheinlichkeit). Soweit die Einschätzung künftiger Entwicklungen Sachkunde voraussetzt und auf Erfahrungswissen oder Erfahrungssätzen basiert, wie dies für die kantonalen Spitalplanungen zutrifft, richtet der Bundesrat sein Augenmerk vor allem darauf, ob die zumutbaren Abklärungen getroffen und die sachrichtigen Beurteilungsfaktoren herangezogen wurden (VPB 51.64 E. d S. 438 f., mit Hinweisen auf Literatur und Praxis).

1.7.3. Soweit den Kantonen beim Vollzug des KVG ein Auswahlermessen zusteht, haben sie die allgemeinen Schranken der Ermessensbetätigung zu beachten (Gygi, a.a.O., S. 313 ff.; Imboden/Rhinow/Krähenmann, Verwaltungsrechtsprechung, Nr. 67/B/II; Knapp, a.a.O., S. 120 ff.; Pierre Moor, Droit administratif, Bd. I: Les fondements généraux, Bern 1988, Ziff. 4.3.1 und 4.3.2). Auswahlermessen fällt bei der Spitalplanung und beim Erlass der Spitalliste dort in Betracht, wo das Bundesrecht den Kantonen keinen bestimmten Weg vorschreibt, sondern ihnen die Wahl zwischen verschiedenen Lösungen und deren konkreten Ausgestaltung lässt (Gygi, a.a.O., S. 304; Imboden/Rhinow/Krähenmann, a.a.O., Nr. 66/B/II/a). Pflichtgemässe Ermessensbetätigung verlangt, dass die entscheidende Behörde alle in der Sache erheblichen Interessen berücksichtigt und sorgfältig gegeneinander abwägt und sich von sachlichen Gründen leiten lässt. Zu beachten sind ferner die allgemeinen Rechtsgrundsätze wie das Gebot von Treu und Glauben und der Grundsatz der Verhältnismässigkeit staatlichen Handelns sowie das Verbot von Willkür und rechtsungleicher Behandlung (Imboden/Rhinow/Krähenmann, a.a.O., Nr. 67/B/II).

1.8. Unter den vor Einreichung der Beschwerde erstellten Akten der Vorinstanz stützt sich der Bundesrat für seinen Entscheid neben dem RRB 1347 insbesondere auf die Spitalliste 1998 und den Planungsbericht 1997; der Beschwerdeführer hat diese beiden Schriftstücke zusammen mit dem angefochtenen Beschluss erhalten (Ziff. VII des RRB-Dispositivs). Ferner zieht der Bundesrat die Kenndaten 1996 bei; diese Daten sind dem Beschwerdeführer ebenfalls bekannt. Soweit nötig greift der Bundesrat auch auf die Zürcher Krankenhausplanung 1991 zurück. Die Krankenhausplanung 1991 war dem Beschwerdeführer ebenfalls zugänglich.

1.9. Die Gesundheitsdirektion hat in der Vernehmlassung beantragt, es sei auf die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels zu verzichten. Die Instruktionsbehörde hat diesem Anliegen insofern entsprochen, als sie von den Verfahrensbeteiligten weder Replik noch Duplik eingeholt hat. Zur Wahrung des rechtlichen Gehörs (Art. 29 und 30 Abs. 1 VwVG) erwies es sich jedoch als unerlässlich, vor dem Entscheid des Bundesrates den Beschwerdeführer zu den Vernehmlassungen der Gesundheitsdirektion, des VZKV und des BSV anzuhören. Im gleichen Zug hat auch die Gesundheitsdirektion Gelegenheit zu einer abschliessenden Stellungnahme erhalten.

2. Zulassungsregelung für Halbprivat- und Privatabteilungen (Liste B)

Der Beschwerdeführer beantragt, die Liste B sei durch den Zusatz: Institutionen mit Zulassung zur Versorgung «zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» in der Halbprivat- und Privatabteilung zu präzisieren.

2.1. Für die Beurteilung des Antrags ist vorweg zu prüfen, ob dieser Zusatz die Rechtslage für die Liste B richtig wiedergibt. Der Bundesrat hat am 21. Oktober 1998 zwei Beschwerden gegen die Spitalliste des Kantons Appenzell Ausserrhoden beurteilt und dabei entschieden, dass die Kantone auch für den Bereich der Halbprivat- und Privatabteilungen der Spitäler eine Spitalplanung im Sinne von Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG durchführen müssen. Nur Halbprivat- und Privatabteilungen, die auf einer Spitalliste figurieren, sind zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen (Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG). Versicherte, die sich in Halbprivat- und Privatabteilungen von Spitälern behandeln lassen, können einen Beitrag aus der

Grundversicherung (=Sockelbeitrag) beanspruchen. Die Kantone müssen die Leistungen dieses Bereichs indes nicht zwingend auf der Spitalliste aufführen. In diesem Sinne ist auch die Zuordnung von Bettenzahlen an die Anbieter von Leistungen der genannten Spitalabteilungen empfehlenswert, aber nicht zwingend. Die übrigen Zulassungsvoraussetzungen (personelle und technische Ausstattung als Spitäler; Art. 39 Abs. 1 Bst. a-c KVG) sind jedoch für allgemeine Abteilungen sowie Halbprivat- und Privatabteilungen identisch.

2.2. Für die Zürcher Liste B, welche die Spitäler mit Privat- und Halbprivatabteilungen separat aufführt, ergibt sich aus dem Gesagten das Folgende:

2.2.1. Der Bundesrat bestätigt zum einen die rechtliche Tragweite, welche die Vorinstanz der Liste B beilegt, nämlich den privaten und halbprivaten Abteilungen der dort aufgeführten Spitäler die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu verschaffen.

2.2.2. Offen und zu entscheiden bleibt dagegen die andere Frage, ob die Liste B durch den Zusatz «zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» zu präzisieren ist, wie der Beschwerdeführer beantragt. Nach den vorstehenden Erwägungen gibt der Zusatz die materielle Rechtslage richtig wieder. Allerdings hat ein solcher Zusatz nur deklaratorische Bedeutung, weil es nicht auf die Bezeichnung bzw. die Überschrift zur Liste B ankommen kann, sondern darauf, welche rechtliche Tragweite dieser Liste nach den Art. 35 und 39 KVG zukommt. Aus dieser Sicht ist die Aufnahme des genannten Zusatzes in die Liste B nicht zwingend.

Auf der anderen Seite ist zu beachten, dass das Titelblatt der Spitalliste 1998 für die Liste A ausdrücklich die Zulassung der dort genannten Spitäler zur Versorgung von Patientinnen und Patienten «zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» nennt, während dieser Hinweis auf der Liste B fehlt.

Die Gesundheitsdirektion bringt dazu vor, dass zurzeit noch kein Urteil des in der Sache zuständigen EVG vorliege, ob ein Anspruch auf einen solchen Sockelbeitrag aus der Grundversicherung bestehe, weshalb der Regierungsrat auf den Zusatz «zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» verzichtet habe.

Nach Ansicht des Bundesrates sind in diesem Zusammenhang zwei Fragen zu unterscheiden, wovon die eine vom EVG und die andere vom Bundesrat zu beurteilen ist.

Dem EVG obliegt im Streitfall fraglos der Entscheid, wie hoch im Sinne der ersten Frage der Sockelbeitrag aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anzusetzen ist, wenn der Versicherte ein zugelassenes Spital aufsucht und auch die übrigen Voraussetzungen für die Kostenübernahme durch den zuständigen Versicherer erfüllt (Art. 41 Abs. 1 und 2 KVG). Dies hat der Bundesrat in ersten Entscheiden zu Spitallisten denn auch ausdrücklich festgehalten und ist daher wegen Unzuständigkeit auf entsprechende Begehren (z.B. auf Erlass von Feststellungsverfügungen zu Art. 41 KVG) nicht eingetreten (RKUV 6/1996 S. 233, E. 6).

Ob dagegen ein bestimmtes Spital zugelassen ist und ob insbesondere die Liste B den privaten und halbprivaten Abteilungen der aufgeführten Spitäler die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verbürgt, wird nicht in Art. 41 Abs. 1 und 2 KVG geregelt und ist daher nicht vom EVG zu entscheiden. Diese zweite Frage, das heisst die Bezeichnung der zugelassenen Spitäler und die Regelung der rechtlichen Tragweite der Spitallisten, bestimmt sich nach Art. 35 und 39 Abs. 1 KVG. Der Entscheid darüber obliegt in erster Instanz den zuständigen kantonalen Behörden und im Streitfall dem Bundesrat. Dass sich der Bundesrat im vorliegenden Entscheid zu dieser zweiten Frage ausspricht und in Auslegung der Art. 35 und 39 Abs. 1 KVG feststellt, die Liste B vermittele den privaten und halbprivaten Abteilungen der dort aufgeführten Spitäler die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, liegt daher im Rahmen seiner Zuständigkeit (Art. 53 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 39 Abs. 1 KVG).

Gegen die Aufnahme des Zusatzes in die Liste B lassen sich somit keine triftigen Gründe anführen. Die Listen A und B unterscheiden sich in der Frage der Zulassung der dort aufgeführten Spitäler zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht voneinander. Die unterschiedlichen Formulierungen können zudem den Leser oder die Leserin über die rechtliche Tragweite der Listen in die Irre führen, was sich vermeiden lässt, wenn der Zusatz auch in die Liste B aufgenommen wird.

Ziff. 3 des Antrags in der Beschwerde ist daher gutzuheissen und die Liste B an den einschlägigen Stellen mit dem Zusatz «zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» zu ergänzen. Nach dem Gesagten versteht es sich, dass damit nichts über die Höhe des von der Grundversicherung zu leistenden Sockelbeitrages gesagt ist. Dieser ist im Streitfall vom EVG zu bestimmen (Art. 41 Abs. 1 und 2 KVG).

3. Zulassung von Spitälern mit allgemeiner Abteilung (Liste A)

In der Hauptsache verlangt der Beschwerdeführer, das Kreisspital Bauma sei in die Liste A aufzunehmen.

3.1. Gleich wie für die Liste B muss ein Spital auch für die Liste A die Dienstleistungs- und Infrastrukturvoraussetzungen erfüllen, um zur Tätigkeit zu Lasten der sozialen Krankenversicherung zugelassen zu werden (Art. 39 Abs. 1 Bst. a-c KVG). Im vorliegenden Fall ist nicht bestritten, dass das Kreisspital Bauma diese Voraussetzungen erfüllt.

3.2. Im Weiteren muss das Spital für die Zulassung zur Liste A der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen zu berücksichtigen sind (Bedarfsdeckungs- und Koordinationsvoraussetzung, Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG).

Im Sinne einer Publizitäts- und Transparenzvoraussetzung - an welche Rechtswirkungen geknüpft werden - setzt die Zulassung nach Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG schliesslich voraus, dass die Spitäler oder einzelnen Abteilungen in der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons enthalten sind.

Die genannten Voraussetzungen sollen eine Koordination der Leistungserbringer, eine optimale Ressourcennutzung und eine Eindämmung der Kosten bewirken (Botschaft des Bundesrates, a.a.O., S. 167).

Nach der Praxis des Bundesrates (RKUV 4/1997 S. 262 f., E. 4.2-4.6) gehört zur Spitalplanung eine Bedarfsanalyse, nämlich die Definition der Versicherten nach medizinischen Kategorien sowie die Zuweisung und Sicherung der entsprechenden Kapazitäten

durch Leistungsaufträge an die in die Liste aufgenommenen Spitäler; die Planung bedarf einer laufenden Überprüfung. Für die Zuweisung und Sicherung der Kapazitäten sind die Angebote der Leistungserbringer zu evaluieren und Lösungsvarianten für eine bedarfsgerechte Versorgung zu erarbeiten. Die Suche nach der im Sinne einer Gesamtbetrachtung wirtschaftlich günstigsten Lösung muss auf Grund objektiver Kriterien erfolgen und hat dem Gebot der Kostenwahrheit zu entsprechen. Die Auswahl darf sich nicht allein nach Kriterien der Wirtschaftlichkeit richten; ein blosser Zahlenvergleich trüge weiteren wichtigen Kriterien wie der Bereitschaft und Fähigkeit der Kliniken zur Tarifbindung und zur Aufnahme schwieriger Fälle nicht Rechnung. Nur ein umfassender und entsprechend fundierter Vergleich der Angebote trägt dem Gebot der Gleichbehandlung tatsächlich Rechnung.

Planung bedeutet, dass der Wettbewerb im Bereich der Grundversicherung und der Versorgung der allgemein Versicherten seine Funktion als Koordinations- und Steuerungsprinzip stets nur beschränkt wird entfalten können. Staatliche Ordnungen, in welchen die Koordination von Angebot und Nachfrage über einen Plan erfolgt, bilden den Gegensatz zu einer vom Markt gesteuerten Wettbewerbswirtschaft.

Bei der Wahl unter den planerischen Varianten verfügt der Regierungsrat über ein Auswahlermassen. Das Bundesrecht schreibt den Kantonen für die Spitalplanung nicht einen bestimmten Weg vor, sondern lässt ihnen die Wahl unter verschiedenen Lösungen, sofern diese die vorgenannten Voraussetzungen in Bezug auf die Spitalplanung und die Spitalliste sowie deren Ziele erfüllen.

Im Folgenden ist zu prüfen, ob die Liste A die Voraussetzungen in Bezug auf die Spitalplanung und die Spitalliste (Bedarfsdeckung, Koordination, Publizität, Transparenz) sowie deren Ziele (optimale Ressourcennutzung und Eindämmung der Kosten) erfüllt, soweit der Beschwerdeführer dies bestreitet.

3.3. Zunächst ist festzustellen, dass das Kreisspital Bauma von einem Zweckverband politischer Gemeinden und damit von einer öffentlich-rechtlichen Trägerschaft geführt wird (Ziff. C.4 und E. 1.5 hiervor). Der Beschwerdeführer kann sich daher von vornherein nicht auf den zweiten Teil von Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG berufen, welcher allein den privaten Trägerschaften einen angemessenen Einbezug in die Spitalplanung garantiert. Zu prüfen bleibt dagegen, ob die Liste A die übrigen Voraussetzungen und die Ziele der Spitalplanung erfüllt.

3.4. Zu diesen Anforderungen gehört zunächst die Bedarfsplanung, die ihrerseits die Ermittlung der Kapazitäten der Leistungserbringer und die Erhebung des gegenwärtigen und künftigen Bedarfs der Bevölkerung an stationären Leistungen umfasst (E. 3.2 hiervor).

Der Beschwerdeführer wendet in diesem Zusammenhang ein, die vom Regierungsrat vorgelegte Bedarfsplanung sei unverhältnismässig und werde im Sinne einer Bedürfnisklausel eingesetzt, für welche das KVG keine Grundlage biete. Daher ist im Folgenden zu prüfen, ob der Regierungsrat die Bedarfsplanung richtig durchgeführt hat und ob er das Angebot an stationärer Versorgung nach dem Bedarf ausrichten darf.

3.4.1. Nach dem Planungsbericht 1997 gab es im Kanton Zürich 1990 insgesamt 5907 Betten in den Akutspitälern. Diese Zahl ging bis 1994 auf 5541 Betten zurück. Der Bettenbedarf reduzierte sich in derselben Zeitspanne von 5490 auf 5270 Betten. Die Reduktion erklärt sich daraus, dass gegenüber den Faktoren, die eine steigende Nachfrage bewirken (namentlich Wachstum der Bevölkerung), jene anderen Faktoren überwiegen, die eine sinkende Nachfrage begünstigen. Dazu zählen insbesondere vermehrte ambulante Behandlungen statt stationärer Aufenthalte wegen des medizinisch-technischen Fortschritts, kürzere mittlere Aufenthaltsdauer dank neuer Behandlungsverfahren, Ausbau der spitalexternen Dienste und frühzeitige Verlegungen in Rehabilitationskliniken. Ferner ist gemäss Praxis des Bundesrates je nach Klinik eine Bettenbelegung von 85% (Akutspitäler mit Notfallstation) bzw. 90% (Akutspitäler ohne Notfallstation und Höhenkliniken) anzustreben, was bei der Ermittlung des Bettenbedarfs normativ vorzugeben ist und den Bedarf an Spitalbetten ebenfalls vermindert, soweit die effektive Bettenbelegung tiefer liegt (RKUV 6/1997 S. 359, E. 8.1.2). Diese Faktoren werden den Bedarf nach Ansicht des Regierungsrates auch in Zukunft weiter absinken lassen. Der Planungsbericht 1997 prognostiziert, dass 1998 noch 4760 Betten, im Jahre 2000 noch 4520 Betten und im Jahre 2005 noch 4320 Betten gebraucht werden. Ohne den Abbau weiterer Betten ergibt dies gegenüber dem Stand von 1994 für 1998 einen Überschuss von 781 Betten, für 2000 einen Überschuss von 1021 Betten und für 2005 einen Überschuss von rund 1200 Betten (RRB 1347, S. 3, Ziff. 2). Um den Unwägbarkeiten bei der Entwicklung (etwa der demographischen Strukturen oder der Morbidität) zu begegnen, sollen in der ersten Phase jedoch weniger Betten, nämlich deren 600, abgebaut werden.

Die Planung des Bedarfs ist von der Sache her auf die Zukunft ausgerichtet und beruht deshalb zwangsläufig auf Prognosen über die künftige Entwicklung, was Sachkunde und Erfahrungswissen voraussetzt. In solchen Fällen prüft der Bundesrat, ob die zumutbaren Abklärungen getroffen und die sachrichtigen Beurteilungsfaktoren herangezogen wurden (E. 1.7.2 hiervor).

Nach dem Planungsbericht 1997 sind die Prognosewerte der Krankenhausplanung 1991 zu übernehmen und im Rahmen der rollenden Planung zu korrigieren. Die Planung 1991 verwendete für die Ermittlung des kantonalen Bedarfs an Spitalbetten eine Formel, die auch den Bedarfsschätzungen im Planungsbericht 1997 zu Grunde liegt, wie sich den einschlägigen Berechnungsfaktoren entnehmen lässt. Diese Formel entspricht zwar nicht in der Terminologie, aber doch bei den massgeblichen Faktoren einem der Modelle, welche nach den Empfehlungen der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) zur Spitalplanung, zur Spitalliste und zur Pflegeheimliste nach Art. 39 KVG in Betracht fallen. Darnach kann der kantonale Bedarf an Spitalbetten entweder normativ (mittels Kennziffern, z.B. anhand einer bestimmten Anzahl Betten pro tausend Einwohnerinnen/Einwohner) festgelegt oder durch eine Bettenbedarfsberechnung (detaillierte analytische Bedarfsprognose) ermittelt werden.

Der Bettenbedarf wird gemäss den Empfehlungen der SDK analytisch wie folgt ermittelt: