

BVGer C-5642/2010 vom 6. März 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-03-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5642_2010

FR: TAF C-5642/2010 du 6 mars 2013

IT: TAF C-5642/2010 del 6 marzo 2013

Regeste

Tarife der Leistungserbringer

Erwägungen

E. 1

Vorweg ist auf Folgendes hinzuweisen: Mit Wirkung gegenüber denselben Krankenversicherern ist insgesamt für 9 Privatspitäler gegen die regierungsrätliche Festsetzung des OKP-Tarifs für die stationäre Behandlung für die Zeit vom 1. Januar 2005 bis 31. Dezember 2009 Beschwerde vor Bundesverwaltungsgericht geführt worden. Dieses hat am 6. Juli 2012 im Verfahren C 5550/2010 das inzwischen als BVGE 2012/2018 publizierte Urteil gefällt, auf dessen Erwägungen im Folgenden mehrfach verwiesen wird. Die ÖKK ist für das vorliegende Verfahren an die Stelle der ursprünglich als Beschwerdegegnerin 5 geführten Hotela getreten und wird durch das vorliegende Urteil entsprechend berechtigt und verpflichtet und anstelle der Hotela im Rubrum geführt. Die SUPRA, die am Beschwerdeverfahren bereits für sich selbst als Beschwerdegegnerin 7 beteiligt war und ist, tritt für das vorliegende Verfahren in Bezug auf das OKP-Geschäft der SanaTop an deren Stelle als Beschwerdegegnerin getreten, wobei zur grösseren Übersichtlichkeit die SanaTop im Rahmen dieses Urteils (weiterhin) separat als Beschwerdegegnerin 9 behandelt und im Rubrum geführt wird, was nichts daran ändert, dass das vorliegende Urteil in Bezug auf das OKP-Geschäft der SanaTop an deren Stelle die SUPRA berechtigt und verpflichtet. Aus dem Schreiben der A. _____ vom 21. Februar 2013 und dem Handelsregister des Kantons Bern (vgl. Handelsregisterauszüge vom 22. Februar 2013 [act. 24 f.]) geht hervor, dass das B. _____ [Spital] nicht mehr von der E. _____ (bis zum 30. Juni 2011: D. _____) betrieben wird, sondern von der A. _____ (bis 18. Dezember 2012: C. _____). Diese ist somit an die Stelle der ursprünglich als Beschwerdeführerin geführten D. _____ getreten und wird durch das vorliegende Urteil (betreffend das B. _____ [Spital]) berechtigt und verpflichtet.

E. 2

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig (vgl. Art. 47 Abs. 1, 53 Abs. 1 und Art. 90a des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung [KVG, SR 832.10]). Dabei richtet sich das Beschwerdeverfahren grundsätzlich nach dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021) und nach Art. 53 KVG in der seit dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung (vgl. BVGE 2012/18 nicht publizierte E. 2).

E. 3.1

Die Beschwerdeführerin hat am vorinstanzlichen Tariffestsetzungsverfahren teilgenommen, ist als primäre Adressatin durch den angefochtenen Regierungsratsbeschluss besonders

berührt, hat insoweit an dessen Aufhebung bzw. Abänderung ein schutzwürdiges Interesse, und ist daher zur Beschwerde legitimiert (vgl. Art. 48 VwVG). Auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde ist, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, grundsätzlich einzutreten (vgl. Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

E. 3.2.1

Die Krankenversicherer machen geltend, dass die Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren entgegen Art. 53 Abs. 2 Bst. a KVG in unzulässiger Weise neue Begehren stelle bzw. sich auf neue Beweismittel und Tatsachen berufe und im entsprechenden Umfang auf die Beschwerde daher nicht einzutreten sei.

E. 3.2.2

Die Neuheit eines Begehrens im Sinne von Art. 53 Abs. 2 Bst. a KVG bestimmt sich analog der Praxis des Bundesgerichts zu Art. 99 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (BGG, SR 173.110) nach dem Streitgegenstand, welcher vor Bundesverwaltungsgericht nur noch eingeschränkt, aber nicht ausgeweitet oder geändert werden kann. Wurde die vor Bundesverwaltungsgericht behauptete Tatsache nicht schon der Vorinstanz vorgetragen oder fand sie nicht auf anderem Weg in prozessual zulässiger Weise Eingang in das Dossier, ist sie neu, andernfalls nicht (vgl. BVGE 2012/18 E. 3.2.2). Allerdings kann nicht Kongruenz der Sachdarstellungen verlangt werden, vielmehr ist es mit dem Novenverbot vereinbar, wenn die Partei im vorinstanzlichen Verfahren schon einen bestimmten Standpunkt vertreten hat und dazu im Beschwerdeverfahren lediglich sachbezogene Präzisierungen vornimmt (vgl. Meyer/Dormann, Art. 99, in Bundesgerichtsgesetz [Basler Kommentar], Marcel Alexander Niggli/Peter Uebersax/Hans Wiprächtiger [Hrsg.], 2. A., Basel 2011, N 20).

E. 3.3

Die Krankenversicherer legen nicht dar, welche unzulässigen Beweismittel oder Tatsachen die Beschwerdeführerin neu in das Beschwerdeverfahren eingebracht haben soll. Ob die von der Beschwerdeführerin im Rahmen der Beschwerde gemachten Angaben betreffend die Anzahl tatsächlich betriebener stationärer OKP-Betten, die Anzahl Austritte stationärer OKP-Patientinnen und -Patienten bzw. die Anzahl der auf diese Personen entfallenen Pflage tage für solche Personen, soweit sie von gegenüber der Vorinstanz gemachten Ausführungen abweichen, im Blickwinkel von Art. 53 Abs. 2 Bst. a KVG unzulässige neue Tatsachenbehauptungen darstellen, kann offen bleiben, da dies keine Auswirkungen auf den Verfahrensausgang hat (vgl. unten E. 4.5.3). Die Einwände der Krankenversicherer stossen im Übrigen ins Leere.

E. 3.4

Zu den einzelnen Rechtsbegehren der Beschwerdeführerin ist Folgendes auszuführen: Die Beschwerdeführerin kann ohne Weiteres die Aufhebung des angefochtenen Beschlusses und die Rückweisung zu neuem Entscheid sowie grundsätzlich die Verwendung eines anderen als des hoheitlich festgesetzten Tarifsystems beantragen oder erstmals Anträge im Rahmen des letzteren stellen sowie Anträge betreffend Kosten- und Entschädigungsfolgen des Beschwerdeverfahrens stellen (vgl. BVGE 2012/18 nicht publizierte E. 3.4.2 und [publizierte] E. 3.4.3). Bereits in ihren Eingaben vom 14. April 2009 und 17. August 2009 verlangte die Beschwerdeführerin von der Vorinstanz, dass lediglich für das Jahr 2005 bzw. die Jahre 2005 bis 2007, evtl. auch für die Jahre 2008 bis 2009 ein eigener Tarif

festzusetzen sei. Ausserdem führte sie aus, dass für die SanaTop eine rückwirkende Tariffestsetzung nicht in Frage komme. Somit sind die entsprechenden Beschwerdeanträge bereits in vorinstanzlichen Anträgen der Beschwerdeführerin enthalten, sind daher nicht neu und verstossen nicht gegen Art. 53 Abs. 2 Bst. a KVG (vgl. BVGE 2012/18 E. 3.5).

E. 4.1

Der vorliegende Entscheid ist in materiellrechtlicher Hinsicht im Lichte des Art. 49 KVG, in der Fassung vom 18. März 1994 (AS 1995 1328), zu beurteilen - und zwar auch für den Zeitraum vom 1. Januar bis 31. Dezember 2009 - und es ist auf die VKL in der vom 1. Januar 2005 bis Ende Dezember 2008 gültigen Fassung abzustellen (vgl. BVGE 2012/18 nicht publizierte E. 5.6 m.w.H.).

E. 4.2

Die hoheitliche Festsetzung stationärer Spitaltarife zu Lasten der OKP hat gestützt auf das Spitaltaxmodell der Preisüberwachung zu erfolgen (nachfolgend: PUE-Modell), wobei als Basis für die Festlegung eines OKP-Tarifs des Jahres X grundsätzlich die ausgewiesenen Kosten des Jahres X-2 gelten, sodass vorliegend mangels besonderer Umstände, die ein Abweichen von dieser Regel rechtfertigen würden, auf die Kosten bzw. Daten aus dem Jahr 2003 abzustützen ist (vgl. BVGE 2012/18 E. 6, 8 ff.).

E. 4.3

Mit Hilfe des PUE-Modells werden die für die Bemessung des OKP-Tarifs anrechenbaren Betriebskosten bestimmt. Dieses Modell geht von den tatsächlich für die Leistungserbringung aufgebracht, transparent ausgewiesenen (und belegten) Betriebskosten des stationären Spitalteils angefallenen Kosten aus und bestimmt den Anteil dieser Kosten, der KVG-konform der OKP belastet werden kann. Dabei werden die anrechenbaren Kosten für die meisten Positionen unter Berücksichtigung normativer Zu- und Abschläge ermittelt (vgl. BVGE 2012/18 E. 8.1 ff.). Als Betriebskosten des stationären Spitalteils gelten die Kosten, die für die stationäre Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital in der allgemeinen Abteilung zu Lasten der OKP anfallen (im Folgenden: OKP-Inputkosten; vgl. Art. 49 Abs. 1 KVG; BVGE 2010/62 E. 4.12, 4.12.1; BVGE 2012/18 E. 8.3). Dabei ist der Begriff der allgemeinen Abteilung funktional auszulegen und es sind für die Festsetzung der Tarife betreffend die stationäre Behandlung im Spital neben denjenigen Leistungen und Kosten, die sich auf (lediglich) grundversicherte Patientinnen und Patientinnen beziehen, auch diejenigen massgeblich, die sich auf zugleich grund- und zusatzversicherte Patientinnen und Patienten beziehen, die ebenfalls zu den OKP-Versicherten zu zählen sind (vgl. BVGE 2010/62 E. 4.12.2, RKUV 2004 S. 37). Darüber hinausgehende, zugunsten der Zusatzversicherten erbrachte Leistungen und deren Mehrkosten sind hingegen für die Bestimmung der anrechenbaren Kosten auszuscheiden (vgl. BVGE 2010/62 E. 4.12.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_383/2009 vom 9. März 2010 E. 2.2). Weiter sind die nicht stationären Leistungen, die zu Lasten der OKP erbracht werden, und deren Kosten (ambulante und teilstationäre Leistungen) auszuscheiden. Auch jene stationär durchgeführten Behandlungen und Massnahmen, die ausserhalb des Anwendungsbereichs des KVG erbracht werden (im Folgenden: Nicht-OKP-Leistungen; vgl. Art. 1a KVG i.V.m. Art. 24 und Art. 25-31 KVG; RKUV 1997 S. 347), fallen ausser Betracht (vgl. Art. 49 Abs. 1 KVG und RKUV 2004 S. 37, je e contrario). Dies betrifft insbesondere unfallbezogene Leistungen, für welche die Unfallversicherung (UV) aufkommt, und Leistungen für Personen, die der Versicherungspflicht nach KVG nicht

unterstellt sind (z.B. ausländische Touristen) und daher selbst für die entsprechenden Kosten aufkommen müssen (sogenannte Selbstzahler [SZ]; vgl. Entscheid des Bundesrats vom 20. Dezember 2000 betreffend die Spitalliste des Kantons G. _____ E. II.5.2.5.1; RKUV 2004 S. 37). Somit müssen zur Ermittlung der massgeblichen OKP-Inputkosten vorab die aufgeführten übrigen Leistungen und Kosten, insbesondere betreffend Nicht-OKP-Patientinnen und -Patienten ausgeschieden werden. Auch erlaubt es erst eine entsprechende Ausscheidung, die Anzahl der tatsächlich betriebenen stationären OKP-Betten einerseits und die zu Lasten der stationären OKP-Patientinnen und -patienten erbrachten Pflage tage bzw. die Anzahl der Austritte stationärer OKP-Patientinnen und -Patienten andererseits zu bestimmen (vgl. BVGE 2012/18 E. 12). Sollte eine vollständige Ausscheidung der Nicht-OKP-Patienten nicht transparent möglich sein, ist in einem zweiten, späteren Schritt der verbleibenden Unschärfe bei der Beurteilung der Datentransparenz und bei der Festsetzung des Kostendeckungsgrades Rechnung zu tragen.

E. 4.4

Die Beschwerdeführerin hat zu diesen Daten gegenüber der Vorinstanz und im Beschwerdeverfahren zu den für die Tarifbemessung auszugehenen Ausgangskosten bzw. den OKP-Inputkosten, zur Anzahl tatsächlich betriebener stationärer Betten, zu den stationären Austritten und zu den stationären Pflage tagen unterschiedliche Angaben gemacht bzw. solche Angaben enthaltende Dokumente eingereicht (vgl. nachfolgend E. 4.4.1 ff.).

E. 4.4.1

Eine Übersicht der von der Beschwerdeführerin angeführten Ausgangskosten (in Fr., inkl. Arzthonorare) für den gesamten stationären Bereich, für UV-Fälle (wobei die Beschwerdeführerin teilweise auch Fälle der Militärversicherung und der Invalidenversicherung einschliesst; im Folgenden wird vereinfachend von UV-Fällen, SZ-Fällen und OKP-Fällen gesprochen, ergibt folgendes Bild: Die angeführten Dokumente werden am Ende der Tabelle genauer bezeichnet. Dokument gesamter stationärer Bereich UV-Fälle SZ-Fälle OKP-Fälle(PSOMA + Akutsomatik) Gesamtübersichten August 2009 und März 2010 1 93'490'363(gerundet) 3'102'325(gerundet) 477'958(gerundet) 89'910'080(gerundet) Verdichtung März 2010 2 88'957'602 2'390'707 1'701'844 84'865'051 Tarifkalkulation März 2010 i.V.m. Eingabe vom 8. März 2010 (S. 14) 3 88'957'602 2'429'525 1'729'477 84'798'600 (nicht ausgewiesene Differenz nach Abzug der UVG-/SZ-Fälle) Beschwerde (S. 43) i.V.m. Verdichtung Beschwerde (S. 3) 87'871'653 2'390'707 1'701'844 83'779'102 1 Gesamtübersicht August 2009: "Gesamtübersicht sowie Berichtigung / Abgrenzung von Finanzbuchhaltung und Betriebsbuchhaltung 2003" (Beilage zur Eingabe vom 17. August 2009 1 Gesamtübersicht März 2010: Beilage zur Eingabe vom 8. März 2010 analog zur Gesamtübersicht August 2009 2 Verdichtung März 2010: "Verdichtung Kosten / Erträge KTR (1.1.2003 - 31.12.2003)" (Beilage zur Eingabe vom 8. März 2010) 3 Tarifkalkulation März 2010: "Festsetzung der stationären Tarife zulasten der OKP ab dem Jahr 2005" (Beilage zur Eingabe vom 8. März 2010) Der Regierungsrat ging im angefochtenen Beschluss von (OKP)Inputkosten (inkl. Arzthonorare) in der Höhe von Fr. 88'528'869.- aus. Dies entspricht den in den Gesamtübersichten August 2009 und März 2010 ausgewiesenen Gesamtkosten HKST stationär in der Höhe von Fr. 93'490'363 (vor Ausscheidung von UV- und SZ-Kosten) minus die darin enthaltenen Arzthonorare in der Höhe von Fr. 19'074'610.- plus die vom Regierungsrat kalkulierten Arzthonorare (Fr. 14'113'116.-). Nicht berücksichtigt hat er die

in den Gesamtübersichten angezeigte Ausscheidung von Nicht-OKP-Kosten.

E. 4.4.2

Eine Übersicht über die von der Beschwerdeführerin angeführten tatsächlich betriebenen Betten für den gesamten stationären Bereich, für UV-Fälle, SZ-Fälle und OKP-Fälle ergibt folgendes Bild: Dokument gesamter stationärer Bereich UV-Fälle SZ-Fälle OKP-Fälle(PSOMA + Akutsomatik) Erhebungsformular August 2009 1 232 (von 250 OKP-Betten gemäss Spitalliste) E-Mail der Beschwerdeführerin vom 10. November 2009 219 (nach Ausschluss der teilstationären Betten) Tarifikalkulation März 2010 226 (falls nicht alle OKP-Betten gemeint sind) 226(falls nicht alle stationären Betten gemeint sind) Verdichtung März 2010 211 10 2 199 Eingabe vom 8. März 2010 (S. 12) 226(davon 28 Psychosomatik-, Tages-, Selbstzahler- und UVG-Betten) Beschwerde (S. 45) 219(davon 35 Psychosomatik-, Tages-, Selbstzahler und UVG-, Säuglingsbetten) Verdichtung Beschwerde 226 11 2 213 1 Erhebungsformular August 2009: Erhebungsformular KTR 2003" (Beilage zur Eingabe vom August 2009) 2 Verdichtung Beschwerde: analog zur Verdichtung März 2010 (Beschwerdebeilage) Der Regierungsrat ging im angefochtenen Beschluss von 219 tatsächlich betriebenen OKP-Betten aus.

E. 4.4.3

Eine Übersicht über die von der Beschwerdeführerin angeführten Austritte für den gesamten stationären Bereich, für UV-Fälle, SZ-Fälle und OKP-Fälle ergibt folgendes Bild: Dokument gesamter stationärer Bereich UV-Fälle SZ-Fälle OKP-Fälle(PSOMA + Akutsomatik) Erhebungsformular August 2009 9'117 plus 705 gesunde Neugeborene(falls nicht nur OKP-Fälle gemeint sind) 9'117 plus 705 gesunde Neugeborene (falls nicht gesamter stationärer Bereich gemeint ist) Verdichtung März 2010 (inkl. gesunde Neugeborene) 9'823 726 58 9'039 Tarifikalkulation März 2010 9'823("exkl. ges. Neugeborene" / "inklusive Säuglinge") 8'937 Eingabe März 2010 8'937 (ohne PSOMA, inkl. Säuglinge) Statistikdaten (Beschwerdebeilage) 9'117(nicht ausgewiesene Summe von UVG, Akutsomatik, PSOMA stationär) plus 705 Säuglinge 477 8'640 (nicht ausgewiesene Summe von PSOMA stationär und Akutsomatik)plus 705 Säuglinge Verdichtung Beschwerde 9'117 inkl. gesunde Neugeborene 724 56 8'337 Beschwerde (S. 46) 780 Der Regierungsrat ging im angefochtenen Beschluss von 9'117 Austritten (ohne gesunde Neugeborene) aus.

E. 4.4.4

Eine Übersicht über die von der Beschwerdeführerin angeführten stationären Pflgetage für den gesamten stationären Bereich, für UV-Fälle, SZ-Fälle und OKP-Fälle ergibt folgendes Bild: Dokument gesamter stationärer Bereich UV-Fälle SZ-Fälle OKP-Fälle(PSOMA + Akutsomatik) Erhebungsformular 2003 65'830 ohne gesunde Neugeborene (falls nicht OKP-Fälle gemeint sind) 65'830 ohne gesunde Neugeborene(falls nicht OKP-Fälle gemeint sind) Tarifikalkulation März 2010(inkl. gesunde Neugeborene) 70'542 3'128 389 67'025 Statistikdaten Beschwerde 65'830(nicht ausgewiesene Summe von Akutsomatik + PSOMA + UVG)plus 4'667 Säuglinge 2'034 63'796 (nicht ausgewiesene Summe von Akutsomatik + PSOMA) plus 4'667 Säuglinge Verdichtung Beschwerde(inkl. gesunde Neugeborene) 65'830 3'111 381 62'338 Der Regierungsrat ging im angefochtenen Beschluss von 65'830 Pflgetagen (ohne gesunde Neugeborene) aus).

E. 4.5.1

Sowohl in ihrer Eingabe vom 8. März 2010 als auch in ihrer Beschwerde hat die Beschwerdeführerin nachdrücklich und zu Recht die Ausscheidung der UV/IV/MV-Patienten und der Selbstzahler beantragt, was eine Auseinandersetzung mit den von ihr deklarierten (unterschiedlichen) Daten voraussetzt.

E. 4.5.2

Die Beschwerdegegnerinnen, die PUE und das BAG haben zur beantragten Ausscheidung von Nicht-OKP-Fällen nicht Stellung genommen.

E. 4.5.3

Im angefochtenen Beschluss ging der Regierungsrat von (OKP-)Inputkosten in der Höhe von Fr. 88'528'869.- (inkl. kalkulatorische Arzthonorare), von 219 tatsächlich betriebenen stationären (OKP-)Betten, von 65'830 stationären (OKP-)Pflegetagen und von 9'117 (OKP-)Austritten (exkl. gesunde Neugeborene) aus. Dies begründete er damit, dass seine Berechnung (neben den dokumentierten Überlegungen der PUE) auf den Angaben der Klinik beruhe, die erklärt habe, dass die Hauptkostenstelle "stationär" die Kosten aller stationären Patientinnen und Patienten (KVG, Zusatzversicherte, UV/IV/MV sowie Selbstzahler) ohne die Kosten aus den Nebenbetrieben umfasse (vgl. RRB S. 3, 8). Die vom KVG vorgeschriebene Ausscheidung zur Ermittlung der OKP-Inputkosten hat der Regierungsrat nicht vorgenommen. Er hat auch nicht begründet, nach welchen Kriterien er die Auswahl unter den unterschiedlichen von der Klinik vorgebrachten Zahlen getroffen und weshalb er sich auf Werte abgestützt hat, von welchen die Beschwerdeführerin stellenweise ausgeführt hat, dass sie sich auch auf Personen bezögen, die nicht zu den stationären OKP-Patientinnen und -Patienten zu zählen seien. Eine entsprechende Begründung hat der Regierungsrat auch in seiner Vernehmlassung nicht nachgereicht. Vielmehr hat er darin einerseits erklärt, seine Berechnung basiere auf den Angaben der Beschwerdeführerin, und andererseits auf seine Ausführungen im angefochtenen RRB zur Datentransparenz und zum Kostendeckungsgrad verwiesen (E. 2.5.4 des RRB). Diese äussern sich aber nicht zur Ausscheidung von Nicht-OKP-Fällen und können erst in Bezug auf eine nach der Ausscheidung allenfalls verbleibende Unschärfe zum Zug kommen (vgl. oben E. 4.3). Da der Regierungsrat seinen Verzicht auf die von der Beschwerdeführerin beantragte Ausscheidung der Nicht-OKP-Fälle nicht zu rechtfertigen vermag und aus den Akten keine rechtfertigenden Umstände hervorgehen, kann sein Vorgehen nicht geschützt werden. Die von der Beschwerdeführerin angegebenen (unterschiedlichen) Zahlen bedürfen weiterer Abklärungen. Angesichts der bereits in den Eingaben zuhanden der Vorinstanz enthaltenen widersprüchlichen Angaben kann offen bleiben, inwiefern es sich bei den im Beschwerdeverfahren gemachten Angaben um unzulässige neue Tatsachenbehauptungen im Sinne von Art. 53 Abs. 2 Bst. a KVG handelt. Da schon in Bezug auf die Abgrenzung der gesamten stationären OKP-Leistungen gegenüber Nicht-OKP-Leistungen Abklärungen notwendig sind, braucht nicht geprüft zu werden, ob die OKP-Leistungen und deren Kosten transparent und korrekt dem akutsomatischen Bereich und der PSOMA zugerechnet wurden und ob die separaten Tarife rechtskonform hergeleitet und festgesetzt wurden (vgl. auch unten E. 6). Die Beschwerde ist daher insofern gutzuheissen, als der angefochtene Regierungsratsbeschluss Nr. [...] vom 30. Juni 2010 in Bezug auf die Beschwerdegegnerinnen 3 und 5-7 aufzuheben und die Sache zur Vornahme der notwendigen Abklärungen und zum neuen Entscheid über den ab 1. Januar 2005 für die stationäre Behandlung in der Klinik der Beschwerdeführerin zu Lasten der OKP geltenden Tarif an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

E. 5

Zu welchem Zeitpunkt der SanaTop die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung erteilt wurde, ist aus den Akten nicht ersichtlich. Da sie am 21. Juni 2006 im Handelsregister eingetragen wurde, verfügte sie davor jedenfalls nicht über eine entsprechende Bewilligung. Da letztere Voraussetzung ist, damit gegenüber einem Krankenversicherer überhaupt ein hoheitlicher OKP-Tarif festgesetzt werden kann, hat der Regierungsrat zu Unrecht für den Zeitraum vom 1. Januar 2005 bis zu dem Zeitpunkt, ab welchem der SanaTop die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung erteilt wurde, einen OKP-Tarif zwischen der Beschwerdeführerin und der SanaTop festgesetzt (zum Ganzen vgl. BVGE 2012/18 E. 22). Die Beschwerde ist daher auch insofern gutzuheissen, als der angefochtene Regierungsratsratsbeschluss Nr. [...] vom 30. Juni 2010 in Bezug auf die SanaTop (Beschwerdeführerin 9) aufzuheben und die Sache zur Abklärung, ab welchem Zeitpunkt der SanaTop die erwähnte Bewilligung erteilt wurde, und zum neuen Entscheid über den ab diesem Zeitpunkt für die stationäre Behandlung in der Klinik der Beschwerdeführerin zu Lasten der OKP geltenden Tarif an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

E. 6

Für die übrigen von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Rügen (massgebliche Nettobetriebskosten, vom PUE-Modell vorgesehene normative Zu- und Abschläge, Benchmarking, Auswirkungen einer Deckungslücke betreffend die OKP-Leistungskosten, Kostendeckungsgrad, Tariffdauer und Tarifsystem sowie Treu und Glauben), welche die Vorinstanz zu prüfen haben wird, ist auf die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zu verweisen (vgl. namentlich BVGE 2012/18). Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass Patientenpauschalen neben Versichertenpauschalen zur Anwendung kommen können und das Gesetz nur für letztere eine prospektive Tariffestsetzung vorsieht (vgl. Art. 43 Abs. 3 KVG), dass dementsprechend Leistungserbringer, die - wie vorliegend die Beschwerdeführerin - mit einem Teil der Krankenversicherer die Anwendung eines bestimmten Tarifsystems vereinbart haben, keinen Anspruch darauf haben, dass die Anwendung dieses Tarifsystems mittels hoheitlichem Beschluss im Verhältnis zu den übrigen Krankenversicherern, mit welchen eine entsprechende (oder abweichende) Vereinbarung nicht getroffen wurde, vorgeschrieben wird (vgl. Art. 47 Abs. 1 i.V.m. Art. 46 Abs. 1 und 2 KVG), sodass die Beschwerdeführerin vorliegend unter Berufung auf eine spezielle Zusammensetzung des Versichertenguts der Beschwerdegegnerinnen keinen Anspruch auf Anwendung des BFP-Modells ableiten kann (vgl. auch BVGE 2012/18 nicht publizierte E. 19.2). Die Vorinstanz wird auch zu prüfen haben, ob nach den ergänzenden Abklärungen ein separater Tarif je für den akutsomatischen Bereich und die PSOMA festzusetzen ist, was das BAG und die PUE bei der aktuellen Aktenlage verneinen. Auch diesbezüglich wird sich die Vorinstanz an der geltenden Rechtsprechung orientieren müssen, wonach die separaten Tarife insbesondere die unterschiedlichen Kostenstrukturen auch tatsächlich abbilden müssen. Es ist von Tarifen abzusehen, die diese Unterschiede einebnen und den Vorteil der separaten Tarifierung wieder ganz oder teilweise zunichtemachen (vgl. Entscheid des Bundesrats vom 30. Juni 2004 [Kanton F. _____; Nr. [...] E.II.8.2.9). Bei unklarer bzw. ungenügender Kostenausscheidung sind Tarife zu vermeiden, die das Risiko in sich tragen, die Datentransparenz zusätzlich zu beeinträchtigen (vgl. RKUV 1997 S. 390).

E. 7.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 und Abs. 3 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei, wobei eine Rückweisung praxismässig als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6) und Vorinstanzen keine Verfahrenskosten auferlegt werden (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Unter Berücksichtigung des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache, Art der Prozessführung und finanzieller Lage der Parteien (vgl. Art. 63 Abs. 4bis VwVG) wären die Verfahrenskosten auf Fr. 3'000.- festzusetzen. Der Schriftenwechsel wurde am 20. Juni 2011 geschlossen. Da mehr als eineinhalb Jahre später der Beschwerderückzug betreffend 4 der 9 ursprünglich betroffenen Beschwerdegegnerinnen erklärt und deswegen das separate Beschwerdedossier C 8909/2010 angelegt wurde (vgl. oben Bst. B.k f.), sind diese Gesamtverfahrenskosten von insgesamt Fr. 3'000.- auf beide Verfahren zu verteilen. Die Verfahrenskosten sind für das vorliegende Verfahren auf Fr. 2'000.- festzusetzen, während für das Verfahren C 8909/2010 Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 1'000.- zu erheben sind. Die vorliegend auf Fr. 2'000.- festgesetzten Verfahrenskosten sind den unterliegenden Beschwerdegegnerinnen unter solidarischer Haftung aufzuerlegen. Die im Verfahren C 8909/2010 auf Fr. 1'000.- festgesetzten und der Beschwerdeführerin auferlegten Verfahrenskosten sind in diesem Umfang mit dem im vorliegenden Verfahren geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 3'000.- zu verrechnen. Im darüber hinausgehenden Betrag von Fr. 2'000.- ist der Kostenvorschuss der Beschwerdeführerin im vorliegenden Verfahren zurückzuerstatten.

E. 7.2

Vor Bundesverwaltungsgericht obsiegende Parteien haben grundsätzlich Anspruch auf eine Parteientschädigung für die ihnen erwachsenen notwendigen Kosten (Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Von einer Parteientschädigung kann abgesehen werden, wenn die Kosten verhältnismässig gering sind. Keine Entschädigung ist geschuldet, wenn der Vertreter oder die Vertreterin in einem Arbeitsverhältnis zur Partei steht. Da die Beschwerdeführerin keine erheblichen notwendigen Kosten geltend macht und nicht ersichtlich ist, dass solche in Bezug auf das Beschwerdeverfahren, jedenfalls soweit sie über die Arbeit von Angestellten der Beschwerdeführerin hinausgehen, angefallen sind, ist ihr trotz ihres Obsiegens keine Parteientschädigung zuzusprechen.

E. 8

Der vorliegende Entscheid bringt eine Änderung des angefochtenen Beschlusses mit sich, weshalb sich eine Veröffentlichung im offiziellen Publikationsorgan aufdrängt.

E. 9

Dieses Urteil kann nicht beim Bundesgericht angefochten werden und tritt mit Eröffnung in Rechtskraft (vgl. BVGE 2009/23 E. 8).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.