

BVGer C-5749/2013 vom 31. August 2015

Bundesverwaltungsgericht, 2015-08-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5749_2013

FR: TAF C-5749/2013 du 31 août 2015

IT: TAF C-5749/2013 del 31 agosto 2015

Regeste

Tarife der Leistungserbringer

Erwägungen

E. 1.1

Den angefochtenen Beschluss (RRB 858) vom 10. September 2013 hat die Vorinstanz gestützt auf Art. 47 Abs. 1 KVG erlassen. Gemäss Art. 53 Abs. 1 KVG kann gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 47 KVG beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden. Das Bundesverwaltungsgericht ist deshalb zur Beurteilung der Beschwerde zuständig (vgl. auch Art. 90a Abs. 2 KVG).

E. 1.2

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich gemäss Art. 37 VGG und Art. 53 Abs. 2 Satz 1 KVG grundsätzlich nach den Vorschriften des VwVG. Vorbehalten bleiben allfällige Abweichungen des VGG und die besonderen Bestimmungen des Art. 53 Abs. 2 KVG.

E. 1.3

Die Beschwerdeführerinnen sind primäre Adressatinnen des angefochtenen Beschlusses und ohne Zweifel zur Beschwerde legitimiert (vgl. Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde ist, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, einzutreten (vgl. Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

E. 1.4

Die Beschwerdeführerinnen können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids beanstanden (Art. 49 VwVG; zur Überprüfungsbefugnis des Bundesverwaltungsgerichts bei Tariffestsetzungsbeschlüssen siehe BVGE 2014/3 E. 1.4).

E. 2

Am 1. Januar 2009 ist die KVG-Revision zur Spitalfinanzierung (Änderung vom 21. Dezember 2007, AS 2008 2049) in Kraft getreten. Per 1. Januar 2012 wurde der Systemwechsel bei der Spitalfinanzierung vollzogen (vgl. Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 [Spitalfinanzierung]). Der angefochtene Beschluss ist somit aufgrund des revidierten KVG und dessen Ausführungsbestimmungen zu beurteilen.

E. 2.1

Spitäler sind nach Art. 39 Abs. 1 (in Verbindung mit Art. 35) KVG zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassen, wenn sie die Dienstleistungs- und Infrastrukturvoraussetzungen gemäss Bst. a-c erfüllen, der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen (Bst. d) und auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind (Bst. e).

E. 2.2

Gemäss Art. 43 KVG erstellen die (zugelassenen) Leistungserbringer ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen (Abs. 1). Tarife und Preise werden in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Tarifvertrag) vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt. Dabei ist auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife zu achten (Abs. 4). Die Vertragspartner und die zuständigen Behörden achten darauf, dass eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird (Abs. 6). Der Bundesrat kann Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen. Er sorgt für die Koordination mit den Tarifordnungen der anderen Sozialversicherungen (Abs. 7).

E. 2.3

Parteien eines Tarifvertrages sind einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder deren Verbände einerseits sowie einzelne oder mehrere Versicherer oder deren Verbände andererseits (Art. 46 Abs. 1 KVG). Der Tarifvertrag bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat (Art. 46 Abs. 4 Satz 1 KVG). Die Genehmigungsbehörde prüft, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht (Art. 46 Abs. 4 Satz 2 KVG). Kommt zwischen Leistungserbringern und Versicherern kein Tarifvertrag zustande, so setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest (Art. 47 Abs. 1 KVG).

E. 2.4

Art. 49 KVG trägt den Titel "Tarifverträge mit Spitälern". Obwohl sich diese Bestimmung nach ihrem Wortlaut (nur) an die Tarifparteien richtet, sind die darin verankerten Grundsätze auch bei einer hoheitlichen Festsetzung im Sinne von Art. 47 KVG zu beachten (BVGE 2014/3 E. 2.7).

E. 2.4.1

Nach Abs. 1 des Art. 49 KVG vereinbaren die Vertragsparteien für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital (Art. 39 Abs. 1) oder einem Geburtshaus (Art. 29) Pauschalen. In der Regel sind Fallpauschalen festzulegen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden. Die Spitaltarife orientieren sich an der Entschädigung jener Spitälern, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen.

E. 2.4.2

Die gestützt auf Art. 49 Abs. 2 KVG von den Tarifpartnern und den Kantonen eingesetzte SwissDRG AG ist für die Erarbeitung und Weiterentwicklung der Tarifstruktur zuständig. Die Tarifstruktur und deren Anpassungen sind vom Bundesrat zu genehmigen (Art. 49 Abs. 2 Satz 5 KVG). Die ab 1. Januar 2012 im akutsomatischen Bereich anwendbare Version 1.0 der Tarifstruktur SwissDRG wurde vom Bundesrat am 6. Juli 2011 genehmigt (vgl. Medienmitteilung des Bundesrates vom 6. Juli 2011 "Bundesrat genehmigt die neue Tarifstruktur SwissDRG").

E. 2.4.3

Laut Art. 49 Abs. 3 KVG dürfen die Vergütungen nach Abs. 1 keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten. Dazu gehören insbesondere die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen (Bst. a) sowie die Forschung und universitäre Lehre (Bst. b).

E. 2.4.4

Die Spitäler verfügen über geeignete Führungsinstrumente; insbesondere führen sie nach einheitlicher Methode zur Ermittlung ihrer Betriebs- und Investitionskosten und zur Erfassung ihrer Leistungen eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik. Diese beinhalten alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, für Betriebsvergleiche, für die Tarifierung und für die Spitalplanung notwendigen Daten. Die Kantonsregierung und die Vertragsparteien können die Unterlagen einsehen (Art. 49 Abs. 7 KVG).

E. 2.4.5

Gemäss Art. 49 Abs. 8 KVG ordnet der Bundesrat in Zusammenarbeit mit den Kantonen schweizweit Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an, insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität. Die Spitäler und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Der Bundesrat veröffentlicht die Betriebsvergleiche.

E. 2.5

Gestützt auf Art. 43 Abs. 7 KVG hat der Bundesrat Art. 59c KVV erlassen (in Kraft seit 1. August 2007; AS 2007 3573). Nach dessen Abs. 1 prüft die Genehmigungsbehörde (im Sinne von Art. 46 Abs. 4 KVG), ob der Tarifvertrag namentlich folgenden Grundsätzen entspricht: Der Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken (Bst. a). Der Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken (Bst. b). Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen (Bst. c). Gemäss Art. 59c Abs. 3 KVV sind diese Grundsätze bei Tariffestsetzungen nach Art. 47 KVG sinngemäss anzuwenden.

E. 3

Streitig ist die vorinstanzliche Festsetzung der Basisfallwerte (Baserate) für die leistungsbezogenen und auf der SwissDRG-Tarifstruktur beruhenden Fallpauschalen (Art. 49 Abs. 1 Satz 2 und 3 KVG). In zwei Grundsatzurteilen hat das Bundesverwaltungsgericht verschiedene auch im vorliegenden Verfahren umstrittene Fragen beurteilt (BVGE 2014/3, BVGE 2014/36).

E. 3.1

Im System der neuen Spitalfinanzierung bilden die individuellen Kosten eines Spitals die Grundlage für das Benchmarking beziehungsweise für die Ermittlung der benchmarking-relevanten Betriebskosten und der schweregradbereinigten Fallkosten

(benchmarking-relevanter Basiswert). Der Basisfallwert hat aber nicht diesen Kosten zu entsprechen, da kein Kostenabgeltungsprinzip gilt. Die frühere - gestützt auf aArt. 49 Abs. 1 KVG entwickelte - Praxis zu den anrechenbaren Kosten ist nicht mehr anwendbar (BVGE 2014/3 E. 2.8.5). Effizienzgewinne von Spitälern (mit einem benchmarking-relevanten Basiswert unterhalb des gesetzeskonform bestimmten Benchmarks) sind nicht unzulässig (BVGE 2014/3 E. 2.9.4.4 und 2.9.5). Art. 59c Abs. 1 Bst. a KVV, wonach der Tarif höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken darf, ist in dem Sinne gesetzeskonform auszulegen, dass es sich bei den "ausgewiesenen Kosten der Leistung" nicht um die individuellen Kosten des Spitals, dessen Tarif zu beurteilen ist, handelt, sondern um die Kosten des Spitals, welches den Benchmark bildet (und an dessen Tarif sich die Spitaltarife gemäss Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG zu orientieren haben; BVGE 2014/3 E. 2.10.1).

E. 3.2

Die Preisbestimmung nach Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG erfolgt aufgrund eines Vergleichs mit anderen Spitälern, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Zur Ermittlung und Auswahl dieser als Referenz massgebenden Spitaler ist grundsätzlich ein Fallkosten-Betriebsvergleich notwendig (vgl. BVGE 2014/36 E. 3.6 und E. 6.7).

E. 3.3

Die Bestimmung, wonach Betriebsvergleiche nur unter vergleichbaren Spitälern durchzuführen sind (aArt. 49 Abs. 7 KVG) ist im revidierten Recht nicht mehr enthalten. Die möglichst hohe Transparenz und breite Vergleichbarkeit der Spitaltarife gehörte zu den Zielsetzungen der Gesetzesrevision. Das System der einheitlichen Tarifstruktur eröffnet grundsätzlich die Möglichkeit von Betriebsvergleichen über die Grenzen der Spitaltypen und -kategorien hinaus (BVGE 2014/36 E. 3.8).

E. 3.4

In BVGE 2014/36 wird dargelegt, welche Voraussetzungen zur Vergleichbarkeit der Fallkosten idealtypisch gegeben sein müssen (E. 4) und welche dieser Voraussetzungen noch fehlen beziehungsweise verbessert werden müssen (E. 5). Zu den Voraussetzungen, die fehlen beziehungsweise verbessert werden müssen, gehören insbesondere die schweizweit durchzuführenden Betriebsvergleiche zu Kosten (Art. 49 Abs. 8 KVG), die Vereinheitlichung der Kosten- und Leistungsermittlung (Art. 49 Abs. 7 KVG) und die Verfeinerung der Tarifstruktur. Hinsichtlich der künftigen Preisbildung ist es unabdingbar, dass die Verpflichtung zur Erstellung der Betriebsvergleiche, insbesondere hinsichtlich der Kosten, baldmöglichst umgesetzt wird. Auch in der Einführungsphase ist jedoch eine auf die vom Gesetzgeber angestrebten Ziele ausgerichtete Preisbestimmung erforderlich. Den Tarifpartnern, Festsetzungs- und Genehmigungsbehörden verbleibt die Möglichkeit, ersatzweise auf möglichst aussagekräftige vorhandene Daten abzustellen und erkannte Mängel mit sachgerechten Korrekturmassnahmen zu "überbrücken". Vor diesem Hintergrund wird das Bundesverwaltungsgericht - zumindest in der Phase der Einführung der leistungsbezogenen Fallpauschalen - den Vorinstanzen bei der Umsetzung der Preisbildungsregel nach Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG beziehungsweise bei der Durchführung des Benchmarkings einen erheblichen Spielraum einzuräumen haben. Erscheint das Vorgehen der Vorinstanz als vertretbar, ist der Entscheid selbst dann zu schützen, wenn andere Vorgehensweisen als besser geeignet erscheinen, die vom Gesetzgeber angestrebten

Ziele zu erreichen (BVGE 2014/36 E. 5.4, vgl. auch BVGE 2014/3 E. 10.1.4).

E. 3.5

Weiter prüfte das Gericht, welche Korrekturmassnahmen in einer Übergangsphase sachgerecht und vertretbar sein können (BVGE 2014/36 E. 6). So kann beispielsweise die Auswahl einer repräsentativen Teilmenge (Stichprobe) vertretbar sein, obwohl für den Betriebsvergleich idealerweise von der Grundgesamtheit aller akutsomatischen Spitäler auszugehen wäre (E. 6.1). Zur Bildung von Benchmarking-Gruppen (z.B. nach Spitalkategorie) hat das Gericht unter anderem erwogen, eine solche stehe im Widerspruch zur Grundidee eines schweizweiten, möglichst breit abgestützten Betriebsvergleichs (E. 6.6.1). Es stellte fest, dass für die zukünftige Entwicklung in der Preisfindungspraxis die Kategorisierung wenig zielführend sei, zumal bereits die Kategorienbildung Probleme verursache (E. 6.6.4). Dennoch könne in einer Einführungsphase der Entscheid einer Kantonsregierung, für spezielle Spitäler (z.B. Universitätsspitäler) auf einen eigenen Betriebsvergleich abzustellen, geschützt werden (E. 6.6.6). Zudem ist bei der Preisgestaltung unter Umständen der spezifischen Situation der Leistungserbringer Rechnung zu tragen, so dass - ausgehend von einem Referenzwert - aus Billigkeitsgründen differenzierte Basisfallwerte verhandelt oder festgesetzt werden müssen (vgl. dazu BVGE 2014/36 E. 6.8, s.a. E. 3.4 und E. 22.3 ff.).

E. 3.6

Obwohl das Benchmarking idealtypisch kostenbasiert und nicht aufgrund der verhandelten Preise zu erfolgen hat, sind Ausnahmen vom Grundsatz des Fallkostenvergleichs möglich. Solange für einzelne Kantone verwertbare Kostendaten fehlen, ist für eine Übergangsphase allenfalls auch die Orientierung an festgesetzten oder genehmigten Tarifen anderer Spitäler zu tolerieren (zu den Anforderungen an ein Preisbenchmarking vgl. BVGE 2014/36 E. 6.7).

E. 3.7

Im Urteil C-3425/2013 vom 29. Januar 2015 (auszugsweise publiziert in BVGE 2015/8) hat das Bundesverwaltungsgericht das Vorgehen des Regierungsrates des Kantons Glarus, das Fehlen eines gesamtschweizerischen Betriebsvergleichs mit dem Bezug verschiedener Benchmarkings zu kompensieren, angesichts der im Zeitpunkt des Festsetzungsentscheides in einem kleinen Kanton zur Verfügung stehenden Entscheidungsgrundlagen als grundsätzlich sachgerecht bezeichnet (E. 4.4.5). Die von tarifsuisse gewählte Methode zur Bestimmung des Benchmark-Wertes entspricht nicht Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG (BVGE 2015/8 E. 4.3.2; Urteil BVGer C-3497/2013 vom 26. Januar 2015 E. 3.8.2), weshalb nicht zu beanstanden war, dass die Vorinstanz nicht auf diesen Wert abgestellt hatte. Gestützt auf die dem Benchmarking von tarifsuisse zugrunde liegenden Daten hätte sie indessen einen Fallkostenvergleich vornehmen können (C-3425/2013 E. 4.4.1 i.V.m. E. 4.3).

E. 4

Die Regierung hat für fast alle Spitäler (mit Ausnahme der Klinik Gut am Standort Chur sowie des Kantonsspitals betreffend HSM-Leistungen) den Basisfallwert entsprechend dem von ihr auf CHF 9'754.- berechneten Referenzwert festgesetzt. Für das Kantonsspital wurden zwei Basisfallwerte festgesetzt, einen für HSM-Leistungen von CHF 11'300.- sowie den "normalen" Basisfallwert von CHF 9'754.- für alle übrigen Leistungen. Nachfolgend ist zu prüfen, ob diese Basisfallwerte mit dem KVG im Einklang stehen. Die für den Standort Chur der Klinik Gut um CHF 200.- reduzierte Baserate bildet den Streitgegenstand im Parallelverfahren C-5849/2013, weshalb darauf im vorliegenden Verfahren nicht

eingegangen wird.

E. 4.1

Für die Ermittlung des Referenzwertes im Sinne von Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG hat sich die Vorinstanz auf das Benchmarking der HSK abgestützt. Soweit sie dies damit begründet, dass sich das Benchmarking grundsätzlich auf gesamtschweizerische Daten und eine Vielzahl von Spitälern stützen müsse, ist ihr zuzustimmen (vgl. Art. 49 Abs. 8 KVG, BVGE 2014/36 E. 4.3; E. 3.3-3.5 hiervor). Zur Begründung, dem Kanton lägen nur die detaillierten Daten zum Benchmarking der HSK vor, ist festzustellen, dass das Benchmarking der tarifsuisse nicht in den vorinstanzlichen Akten ist und von der Vorinstanz nicht erwähnt wird. Aus dem von tarifsuisse im Juni 2013 eingereichten Vergleich zwischen den Benchmarkings von HSK und tarifsuisse (V-act. 6) hat die Vorinstanz lediglich die Folgerung übernommen, dass die beiden Benchmarkings bei gleichem Perzentil zu ähnlichen Ergebnissen führten. Soweit ersichtlich hat das Gesundheitsamt das von tarifsuisse erstellte Benchmarking aber nicht eingefordert - ebenso wenig wurde ein begründetes Tariffestsetzungsbegehren verlangt, mit dem tarifsuisse ihre Berechnungen hätte offenlegen müssen. Die Beschwerdeführerinnen machen jedoch nicht geltend, die Vorinstanz habe ihr Benchmarking zu Unrecht nicht berücksichtigt, sondern rügen die Nichtberücksichtigung des Benchmarkings der Preisüberwachung und die Festsetzung des Benchmarks auf dem 40. Perzentil.

E. 4.2

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerinnen ist nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz ihren Entscheid nicht auf das Benchmarking der Preisüberwachung stützte (vgl. BVGE 2014/36 E. 9.2; Urteile BVGer C-3425/2013 vom 29. Januar 2015 E. 4.4.2 und C-4310/2013 vom 20. April 2015 E. 4.4.1). Weiter erweist sich der angefochtene Entscheid nicht bereits deshalb als bundesrechtswidrig, weil die Vorinstanz den Benchmark beim 40. Perzentil gesetzt hat. In BVGE 2014/36 hat das Bundesverwaltungsgericht den Entscheid des Regierungsrates des Kantons Zürich, den Benchmark auf dem 40. Perzentil festzusetzen, angesichts des erheblichen Ermessensspielraums, welcher der Kantonsregierung zuzugestehen ist, als vertretbar erachtet (E. 10.3). In BVGE 2015/8 hat das Gericht zudem festgestellt, dass die Bestimmung des 40. Perzentils (bzw. des Perzentils X) allein noch wenig darüber aussagt, wie streng der Effizienzmassstab tatsächlich gesetzt wird, solange von den Akteuren verschiedene, nach ganz unterschiedlichen Methoden erstellte Benchmarkings angewendet werden (BVGE 2015/8 E. 4.2.6 und 4.3 ff.).

E. 4.3

Die von den Beschwerdeführerinnen mit ihrem Hauptbegehren beantragten Basisfallwerte für die einzelnen Spitäler entsprechen dem jeweils tiefsten Wert der (vom Gesundheitsamt oder der Preisüberwachung) spitalindividuell kalkulierten Fallkosten bei Schweregrad 1.0 (vgl. zu diesem Begriff BVGE 2014/3 Anhang S. 90) beziehungsweise dem von der Preisüberwachung mittels Benchmarking ermittelten Referenzwert für Nicht-Universitätsspitäler. Soweit dieser Antrag damit begründet wird, ein Tarif dürfe nicht mehr als die spitalindividuell kalkulierten Fallkosten bei Schweregrad 1.0 decken, kann auf die in E. 3.1 zusammengefasste Rechtsprechung verwiesen werden.

E. 5

Weiter ist zu prüfen, ob die vorinstanzliche Ermittlung des Referenzwertes korrekt erfolgte.

E. 5.1

Der von der HSK in ihrem Benchmarking ausgewiesene Benchmark beträgt beim 40. Perzentil CHF 8'756.- (vgl. Beilage 20 zu V-act. 7). In diesem Betrag bereits enthalten sind die normative Teuerung, nicht aber die weiteren Zuschläge (gemäss BVGE 2014/3 Anhang S. 90 sowie E. 8 enthält der Benchmark noch keine Zuschläge, auch nicht für die Teuerung) und die Kosten der nicht-universitären Ausbildung, sofern diese von den Spitälern ausgewiesen wurden.

E. 5.1.1

Betreffend die Kosten der nicht-universitären Ausbildung wird im angefochtenen Beschluss ausgeführt, dem Antrag der Leistungserbringer, die Kosten der nicht-universitären Ausbildung pro Spital separat zuzuschlagen, könne im jetzigen Zeitpunkt nicht gefolgt werden. Der Ausweis dieser Kosten in den dem Benchmarking zugrunde liegenden Kostenrechnungen der 79 Spitäler sei ungenügend. Mehr als die Hälfte der einbezogenen Spitäler habe die Kosten nicht separat ausgewiesen. Die durchschnittlichen Kosten der Spitäler, die die Kosten für nicht-universitäre Ausbildung separat ausgewiesen hätten, würden CHF 88.- pro Kostengewicht 1.0 betragen; dies decke sich in etwa mit dem Bündner Durchschnitt. Das Gesundheitsamt habe mit den von den HSK-Versicherern gelieferten Daten 2010 einen Benchmark inklusive Kosten für nicht-universitäre Bildung (aber ohne Anlagenutzungskosten) beim 40. Perzentil von CHF 8'782.- berechnet.

E. 5.1.2

Die Beschwerdeführerinnen beanstanden, die Feststellung der Vorinstanz, wonach die durchschnittlichen Kosten für nicht-universitäre Ausbildung CHF 88.- pro Fall betrügen, werde nicht weiter erörtert und lasse sich daher auch nicht nachprüfen. Wenn der Durchschnitt CHF 88.- betrage, bedeute dies, dass einige Spitäler tiefere Kosten hätten, andere höhere. Ein Zuschlag von CHF 88.- pro Fall sei - namentlich mit Blick auf das Effizienzgebot und Art. 59c Abs. 1 Bst. a KVV - nicht rechtmässig.

E. 5.1.3

Dass die Kosten der nicht-universitären Ausbildung mit dem Basisfallwert abzugelten sind (vgl. Art. 49 Abs. 3 KVG e contrario; BVGE 2014/3 E. 6.1.1; 2014/36 E. 5.2 und 16.1), ist unbestritten. Die Berücksichtigung dieser Kosten beim Benchmarking beinhaltet eine gewisse Verzerrungsgefahr, sofern die einzelnen Spitäler in sehr unterschiedlichem Umfang Ausbildungsleistungen erbringen (vgl. BVGE 2014/36 E. 5.2; Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK [verabschiedet durch den Vorstand der GDK am 5. Juli 2012] S. 7; im Folgenden: GDK-Empfehlungen). Engagiert sich ein Spital überdurchschnittlich im Bereich der nicht-universitären Ausbildung, fallen höhere Kosten an, die nicht als mangelnde Effizienz zu werten sind. Es ist deshalb nicht grundsätzlich unzulässig, die Kosten der nicht-universitären Ausbildung bei den benchmarking-relevanten Betriebskosten auszuscheiden und mittels spitalindividueller Zuschläge zu vergüten (vgl. auch GDK-Empfehlungen S. 7; BVGE 2014/36 E. 6.8.2; hinten E. 6.1). Verteilen sich die Ausbildungsleistungen hingegen gleichmässig auf die einzelnen Spitäler, ist die Ausscheidung der Ausbildungskosten vor dem Benchmarking grundsätzlich nicht erforderlich. Wesentlich ist (bzw. wäre) allerdings eine einheitliche Handhabung zumindest bei den in das Benchmarking einbezogenen Spitälern (zum Problem der unterschiedlichen Benchmarking-Methoden vgl. oben E. 4.2, BVGE 2015/8 E. 4.2.6, 4.3 ff.

und 4.4.6).

E. 5.1.4

Die Ausführungen der Vorinstanz betreffend die durchschnittlichen Kosten für nicht-universitäre Ausbildung von CHF 88.- sind missverständlich beziehungsweise nicht nachvollziehbar. Wie diese Durchschnittskosten - für Bündner Spitäler und/oder die Spitäler des HSK-Benchmarkings - ermittelt wurden, lässt sich aufgrund der Akten nicht feststellen. Für die vorinstanzliche Berechnung des Benchmarks inklusive nicht-universitäre Ausbildung sind diese Durchschnittskosten indessen nicht massgebend. Vielmehr hat das Gesundheitsamt offenbar die im HSK-Benchmarking bei 31 Spitälern ausgeschiedenen Kosten für nicht-universitäre Ausbildung wieder hineingerechnet und anschliessend den Benchmark beim 40. Perzentil bestimmt (vgl. V-act. 33). Dieser Wert liegt um CHF 26.- über dem HSK-Benchmark (CHF 8'782.- statt 8'756.-).

E. 5.1.5

Dieses Vorgehen zur Bestimmung des Benchmarks wäre grundsätzlich nicht zu beanstanden, wenn die Vorinstanz ihre Berechnungen transparent und nachvollziehbar dargelegt hätte. Weiter müsste aus den Akten auch ersichtlich sein, welche ergänzenden Daten für die Neuberechnung des Benchmarks (durch das Gesundheitsamt; V-act. 33) von der HSK geliefert wurden, denn das Benchmarking der HSK enthält keine spitalindividuellen Daten, welche eine Aufrechnung der Kosten für nicht-universitäre Ausbildung erlauben würden (vgl. Beilage 20 zu V-act. 8). Ob die der Berechnung zugrunde gelegten Zahlen mit den von HSK erhobenen Daten übereinstimmen, lässt sich nicht überprüfen.

E. 5.2

Der von der Vorinstanz vorgenommene Zuschlag von 10% für die Anlagenutzungskosten entspricht Abs. 4 der Schlussbestimmungen der Änderungen der KVV vom 22. Oktober 2008 (vgl. auch BVGE 2014/36 E. 4.9.5, 2014/3 E. 3.8). Dies wird auch von den Beschwerdeführerinnen anerkannt.

E. 5.3

Bestritten wird hingegen der Zuschlag von 1% für Fallzusammenführungen.

E. 5.3.1

Die Vorinstanz begründet den Zuschlag insbesondere damit, dass gemäss den Regeln von SwissDRG Wiedereintritte innerhalb von 18 Tagen zu einem Fall zusammengeführt würden; früher sei die Grenze bei sieben Tagen gewesen. Die weitergehende Fallzusammenführung führe dazu, dass die Fallzahlen im Jahr 2012 (gegenüber dem Basisjahr 2010) tiefer lägen und sich die durchschnittlichen Fallkosten entsprechend erhöhten. Mangels genauerer Datengrundlagen werde dieser Effekt analog zum Kanton Zürich mit einem Zuschlag von 1% berücksichtigt.

E. 5.3.2

In BVGE 2014/36 (betreffend Zürcher Spitäler) hat das Bundesverwaltungsgericht erwogen, ein Zuschlag könne gerechtfertigt werden, weil bei der Herleitung der benchmarking-relevanten Basiswerte die (höheren) Fallzahlen des Jahres 2010 verwendet worden seien. Das Vorgehen des Zürcher Regierungsrates sei vertretbar, und die mangels genauer Datengrundlagen erfolgte Schätzung des Zuschlagsfaktors liege im sachgerechten

Ermessen der Vorinstanz (BVGE 2014/36 E. 18.3.2). Dies hat auch vorliegend zu gelten, weshalb der Zuschlag für Fallzusammenführungen nicht zu beanstanden ist.

E. 5.4

Nicht von den Beschwerdeführerinnen, aber von der Preisüberwachung wird der CMO-Zuschlag (Fallbeitrag an SwissDRG AG) von CHF 6.- beanstandet. Der CMO-Zuschlag betrage unabhängig von der Fallschwere CHF 3.97 pro Fall und sei daher nicht in die Baserate einzurechnen (act. 17 S. 16).

E. 5.4.1

Gemäss Art. 49 Abs. 2 Satz 2 KVG kann zur Finanzierung der Tätigkeiten der SwissDRG AG ein kostendeckender Beitrag pro abgerechnetem Fall erhoben werden. Die Höhe des Fallbeitrages im Sinne von Art. 49 Abs. 2 Satz 2 KVG muss vom Bundesrat genehmigt werden (Art. 59e Abs. 1 KVV). Die Finanzierung der Fallbeiträge richtet sich nach Art. 49a Abs. 1 und 2 KVG (Art. 59e Abs. 3 KVV). Mit Beschluss vom 22. Dezember 2010 hat der Bundesrat den Antrag auf Erhebung eines Fallbeitrages von CHF 3.97 pro abgerechneten stationären akutsomatischen Fall als Höchstbetrag genehmigt. Die Genehmigung wurde bis zum 31. Dezember 2012 befristet (vgl. < www.swissdrg.org > Tarifdokumente > Fallbeitrag [letztmals besucht am 2.6.2015]).

E. 5.4.2

Die Vorinstanz stimmt den Ausführungen der Preisüberwachung betreffend CMO-Zuschlag grundsätzlich zu. Sie macht jedoch geltend, sie habe aus "verfahrensökonomischen Abwicklungsgründen" eine Baserate ohne Zuschläge festgesetzt. In der Summe ergebe sich bei dem von ihr gewählten Vorgehen in etwa das gleiche Resultat wie wenn die Anzahl Fälle mit dem CMO-Zuschlag von CHF 3.97 multipliziert worden wären (act. 26 S. 14).

E. 5.4.3

Dieser Auffassung kann schon deshalb nicht gefolgt werden, weil eine solche Vergleichsrechnung nicht aktenkundig ist. Der Fallbeitrag ist nach dem klaren Wortlaut von Art. 49 Abs. 2 Satz 2 KVG pro abgerechneten Fall (und nicht für einen Fall mit Schweregrad 1.0) geschuldet. Weiter gehört der Fallbeitrag nicht zum Spitaltarif im Sinne von Art. 49 Abs. 1 KVG beziehungsweise ist er nicht eine Vergütung für stationäre Behandlung an das Spital, sondern eine Vergütung für die Tarifstrukturentwicklung und -pflege an die SwissDRG AG, die vom Spital lediglich weitergeleitet wird. Es erscheint fraglich, ob die Abwicklung bei Einbezug des Fallbeitrages in die Baserate wesentlich vereinfacht würde.

E. 5.5

Der von der Vorinstanz berechnete Referenzwert erweist sich demnach nicht als bundesrechtskonform.

E. 6

Weiter ist auf die Frage einzugehen, ob für alle Bündner Spitäler ein Basisfallwert entsprechend dem Referenzwert (sofern rechtskonform berechnet) festzusetzen ist, beziehungsweise welche Abweichungen zulässig sind.

E. 6.1

Gemäss BVGE 2014/36 ist (jedenfalls in einer Übergangsphase, vgl. vorne E. 3.5) bei der Preisgestaltung unter Umständen der spezifischen Situation der Leistungserbringer Rechnung zu tragen, so dass aus Billigkeitsgründen (vgl. Art. 46 Abs. 4 KVG) differenzierte Basisfallwerte verhandelt oder festgesetzt werden müssen. Da das Gesetz die Orientierung an günstigen und effizienten Spitälern gebietet, kann sich eine Preisdifferenzierung nur in begründeten Einzelfällen rechtfertigen. Namentlich wenn von einem gesamtschweizerisch geltenden Referenzwert ausgegangen wird, sind in begründeten Fällen Zu- und Abschläge naheliegend. Der Wortlaut von Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG ("orientieren sich") indiziert, dass die Tarifpartner, die Genehmigungs- und die Festsetzungsbehörde diesbezüglich einen Ermessensspielraum geniessen (BVGE 2014/36 E. 6.8).

E. 6.1.1

Eine Tariffdifferenzierung kann sich beispielsweise rechtfertigen aufgrund regional unterschiedlicher Strukturkosten (Lohn- und Standortkosten; BVGE 2014/36 E. 6.8.1) oder wenn die einzelnen Spitäler in sehr unterschiedlichem Umfang Leistungen im Bereich nicht-universitäre Ausbildung erbringen (vgl. BVGE 2014/36 E. 6.8.2 mit Hinweis; siehe auch oben E. 5.1.2). Zulässig ist sodann eine Differenzierung zwischen Spitälern mit und solchen ohne Notfallstation (BVGE 2014/36 E. 21.4).

E. 6.1.2

Bei der Frage, ob eine Tariffdifferenzierung zur Korrektur tarifstruktur-bedingter Verzerrungen zulässig und geboten ist, sind zwei Grundkonstellationen, die beide die Gefahr einer Fehlallokation der Erlöse beinhalten, zu unterscheiden: Fehlbewertung: Die Kostengewichte der DRG-Struktur sind falsch bewertet (über- oder unterbewertet), und diese falsch bewerteten DRGs häufen sich bei einzelnen Spitälern einseitig und überproportional (BVGE 2014/36 E. 22.5). Eine solche Fehlbewertung ist primär über die Tarifstruktur zu korrigieren. Die Argumentation, ein Spital erbringe Leistungen, welche aufgrund fehlbewerteter Kostengewichte der Tarifstruktur SwissDRG 1.0 nicht ausreichend vergütet würden, ist daher grundsätzlich nicht geeignet, einen höheren Basisfallwert zu rechtfertigen (BVGE 2014/36 E. 22.6; Urteil BVGer C-6392/2014 vom 27. April 2015 E. 4.5). DRG-interne Fallverteilung: Bei DRGs mit einer breiten Streuung von Fällen (inhomogene DRG) verteilen sich profitable Fälle und defizitäre Fälle derselben DRG nicht gleichmässig auf alle Spitäler, so dass einzelne Spitäler einen überproportionalen Anteil defizitärer Fälle und andere einen überproportionalen Anteil profitabler Fälle versorgen (BVGE 2014/36 E. 22.5). Die Festlegung differenzierter Basisfallwerte als Korrektiv dieses Effekts bildet keinen systemwidrigen Eingriff in die Tarifstruktur (BVGE 2014/36 E. 22.7; C-6392/2014 E. 4.5).

E. 6.2

Die negativen Auswirkungen einer ungleichen DRG-internen Fallverteilung treffen insbesondere Spitäler am Ende der Versorgungskette, weil diese die komplexen und (hoch)defizitären Fälle grundsätzlich nicht an einen anderen Leistungserbringer verweisen können ("Endversorger"). Bei den Universitätsspitälern sind es denn auch diese Endversorgerstellung und die damit einhergehenden hochdefizitären Fälle, welche höhere Basisfallwerte (allenfalls) rechtfertigen können (vgl. Urteil BVGer C-2255/2013 vom 24. April 2015 E. 3, 3.4 und 8.2; C-6392/2014 E. 3 und 9.2; Beschluss des Regierungsrates des Kantons Zürich [RRB 278/2013] vom 13. März 2013 S. 18 f.), nicht die Leistungsaufträge

im Bereich HSM.

E. 6.2.1

Die Tarifstruktur sieht für spezialisierte und hochspezialisierte Leistungen höhere Kostengewichte vor, was zu entsprechend höheren Vergütungen führt. Für die Leistungen des Kantonsspitals im Bereich HSM kann demnach - entgegen der Ansicht der Vorinstanz - nicht ein generell höherer Basisfallwert festgesetzt werden. Soweit die Vorinstanz den höheren Basisfallwert für HSM-Leistungen mit fehlbewerteten Kostengewichten in der SwissDRG-Tarifstruktur 1.0 (Fehlbewertung, vgl. oben E. 6.1.2) rechtfertigen will, ist festzuhalten, dass ein Eingriff in die Tarifstruktur nicht in den Kompetenzbereich der Kantonsregierung fällt (vgl. BVGE 2013/36 E. 22.6).

E. 6.2.2

Dass die hochdefizitären Fälle nicht ohne weiteres mit HSM-Fällen gleichgesetzt werden können, bestätigt im Übrigen auch das Kantonsspital beziehungsweise der BSH in seiner Beschwerdeantwort. Darin wird namentlich auf die hochdefizitären Fälle im Bereich Kindermedizin hingewiesen, die nicht der HSM zuzuordnen seien (act. 14 Rz. 53 und 55; vgl. zu den Besonderheiten der Kindermedizin C-6392/2014 E. 4).

E. 6.2.3

Weiter ist festzuhalten, dass das Kantonsspital bereits im Festsetzungsverfahren seinen Antrag auf eine höhere Baserate insbesondere mit der Anzahl hochdefizitärer Fälle und der Kinderklinik begründet hat (vgl. Stellungnahme vom 28. März 2013 [V-act. 18]). In der - unzutreffenden - Annahme, es dürften nur aber immerhin für HSM-Leistungen höhere Basisfallwerte festgesetzt werden (vgl. angefochtener Beschluss S. 18), hat die Vorinstanz diese Vorbringen nicht weiter geprüft.

E. 6.3

Spitalindividuelle Besonderheiten können nicht nur eine Abweichung vom Referenzwert nach oben, sondern auch nach unten gebieten (vgl. oben E. 6.1; BVGE 2014/36 E. 6.8).

E. 6.3.1

Im Rahmen der zweiten Anhörung hatte das Gesundheitsamt noch eine Differenzierung zwischen den vier "Kleinstspitälern" (Bregaglia, Val Müstair, Surses und Hochgebirgsklinik) und den übrigen Spitäler in Aussicht gestellt. Für die vier Kleinstspitäler sollte die Baserate - entsprechend den vertraglichen Vereinbarungen mit den HSK-Versicherern sowie der Empfehlung der Preisüberwachung - wie folgt festgesetzt werden: Bregaglia CHF 8'898.-, Val Müstair CHF 8'885.-, Surses CHF 8'886.-, Hochgebirgsklinik CHF 8'889.- (V-act. 32 S. 5). Für die Klinik Gut wurde eine um CHF 200.- tiefere Baserate vorgesehen, weil die Klinik nicht über eine 24-Stunden-Notfallaufnahme verfügen (vgl. C-5849/2013).

E. 6.3.2

Die tiefere Baserate für Kleinstspitäler rechtfertigte das Gesundheitsamt damit, dass diese aufgrund der geringen Fallzahlen grosse Schwankungen der Fallkosten aufwiesen und nur einen minimalen Leistungsauftrag (nur medizinische Grundversorgung, keine Chirurgie, Anästhesie und Geburtshilfe) hätten (V-act. 32 S. 5). Dagegen hatte das Spital Surses eingewendet, es gehöre nicht in die vom Gesundheitsamt definierte Kategorie der Kleinstspitäler. Insbesondere betreibe es eine chirurgische Abteilung und beschäftige einen

Anästhesiearzt; zudem sei das Argument des unterschiedlichen Leistungsauftrages nicht nachvollziehbar, weil diese Unterschiede mit der Tarifstruktur ausgeglichen würden (V-act. 13). Die drei übrigen Kleinstspitäler erhoben keine Einwände (vgl. V-act. 17 und V-act. 23). Dem angefochtenen Beschluss lässt sich - ausser dem Hinweis, dass grundsätzlich für alle Spitäler die gleiche Baserate festzusetzen sei - nicht entnehmen, weshalb die Regierung schliesslich auf eine Differenzierung verzichtete und für die Kleinstspitäler ebenfalls einen Basisfallwert von CHF 9'754.- (mithin über CHF 850.- höher als zuvor in Aussicht gestellt) festsetzte.

E. 6.3.3

Aufgrund seiner Berechnung der schweregradbereinigten Fallkosten der einzelnen Spitäler hatte das Gesundheitsamt zunächst nicht nur für die Kleinstspitäler erheblich tiefere Basisfallwerte vorgesehen (vgl. V-act. 29). Zwar beruhte diese Berechnung soweit ersichtlich primär auf den Daten gemäss integriertem Tarifmodell Kostenträgerrechnung (ITAR_K) Version 0.3 (nicht auf der für die Tarifiermittlung 2012 entwickelten ITAR_K-Version 1.0; vgl. V-act. 35 ff., V-act. 16 S. 3 f. und V-act. 31) und einzelne Spitäler machten geltend, die Fallkosten würden bei richtiger Berechnung höher liegen (act. 14 S. 20). Dennoch ist festzustellen, dass zwischen den vom Gesundheitsamt kalkulierten schweregradbereinigten Fallkosten einzelner Spitäler (bspw. Thuisis, Unterengadin, Surses und Klinik Gut) und dem als Benchmark gesetzten Wert eine erhebliche Differenz besteht (vgl. auch die Übersicht im angefochtenen Beschluss S. 5).

E. 6.3.4

Allein aus dem Umstand, dass ein Spital im Verhältnis zur Norm tiefere Kosten ausweist, kann - wie beim Ausweis von höheren Kosten (vgl. BVGE 2014/36 E. 22.7.2) - noch nicht auf eine Korrekturnotwendigkeit geschlossen werden. Wie das Bundesverwaltungsgericht in BVGE 2014/3 erkannt hat, ist ein Basisfallwert, der bei einem effizienteren Spital (dessen schweregradbereinigte Fallkosten unterhalb des Benchmarks liegen) mehr als die tarifrelevanten Kosten deckt, nicht KVG-widrig (BVGE 2014/3 E. 2.9.5). Zulässig sind aber auch nach der revidierten Spitalfinanzierung nur Effizienzgewinne, ansonsten der Grundsatz der qualitativ hoch stehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten (Art. 43 Abs. 6 KVG) nicht eingehalten würde (BVGE 2014/3 E. 2.9.4.4). Angesichts der Tatsache, dass das Gesundheitsamt bei verschiedenen Spitalern (die alle nicht am Ende der Versorgungskette stehen) im Vergleich zum Benchmark erheblich tiefere schweregradbereinigte Fallkosten ermittelt hat und einzelne Spitäler mit den HSK-Versicherern vertraglich einen wesentlich tieferen Basisfallwert als CHF 9'754.- vereinbart haben, bestand jedenfalls Anlass, näher zu untersuchen, ob es sich vorliegend tatsächlich um Effizienzgewinne handelt. Soweit die geringeren Kosten aus einem überproportionalen Anteil profitabler Fälle beziehungsweise einem vergleichsweise geringen Anteil defizitärer Fälle resultieren, handelt es sich nicht um Effizienzgewinne. Die Vorinstanz wird daher noch zu klären haben, ob ein Effekt DRG-interner Fallverteilung (oben E. 6.1.2) vorliegt, der eine Differenzierung der Basisfallwerte erfordert.

E. 6.4

Nach dem Gesagten kann vorliegend nicht ausgeschlossen werden, dass aus Billigkeitsgründen differenzierte Basisfallwerte festzusetzen gewesen wären. Diesbezüglich erweist sich der Sachverhalt jedoch als unzureichend abgeklärt.

E. 7

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Vorgehen der Vorinstanz, den Referenzwert, an dem sich der festzulegende Basisfallwert zu orientieren hat, aufgrund eines nationalen Benchmarkings zu bestimmen, sachgerecht ist. Mit Blick auf die im Zeitpunkt des Festsetzungsbeschlusses verfügbaren Entscheidungsgrundlagen, war es grundsätzlich nicht unzulässig, auf ein bestehendes und von der Kantonsregierung als KVG-konform erachtetes Benchmarking abzustellen. Allerdings wären die Benchmarkings der verschiedenen Akteure zu evaluieren gewesen (vgl. auch oben E. 3.7 und 4.1). Weiter muss der gestützt auf ein Benchmarking bestimmte Referenzwert nicht nur gesetzeskonform ermittelt, sondern auch für die Parteien nachvollziehbar dargelegt werden (oben E. 5). Sodann hätte die Kantonsregierung vorliegend prüfen müssen, ob spitalindividuelle Besonderheiten Anlass zu einer differenzierenden Tariffestsetzung geben (E. 6). Der angefochtene Beschluss kann daher nicht geschützt werden.

E. 7.1

Die Voraussetzungen für ein reformatorisches Urteil sind vorliegend nicht gegeben, insbesondere weil im Tariffestsetzungsverfahren verschiedene Ermessensfragen zu entscheiden sind, wofür in erster Linie die Kantonsregierung und nicht das angerufene Gericht zuständig ist (C-3497/2013 E. 3.8.4 m.w.H.; BVGE 2014/3 E. 10.4). Sodann sind ergänzende Sachverhaltsabklärungen im Beschwerdeverfahren - mit dem Ziel, ein reformatorisches Urteil zu fällen - nur in besonderen Fällen angezeigt (BVGE 2014/3 E. 1.5.4, 2014/36 E. 1.5.3). Zudem ist zu berücksichtigen, dass das Bundesverwaltungsgericht als einzige Gerichtsinstanz urteilt (vgl. nachfolgend E. 9) und die Parteien daher gegen den Festsetzungsbeschluss kein Rechtsmittel ergreifen könnten, was mit Blick auf die Art. 29a BV verankerte Rechtsweggarantie problematisch erschiene.

E. 7.2

Demnach ist die Beschwerde im Eventualantrag gutzuheissen. Abzuweisen ist hingegen der Hauptantrag der Beschwerdeführerinnen. Der angefochtene Beschluss ist aufzuheben und die Sache ist zur Neuurteilung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen.

E. 8

Zu befinden ist abschliessend über die Verfahrenskosten und allfällige Parteientschädigungen.

E. 8.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Unterliegt diese nur teilweise, so werden die Verfahrenskosten ermässigt (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Den Vorinstanzen werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Die Spruchgebühr richtet sich nach Umfang und Schwierigkeit der Streitsache, Art der Prozessführung und finanzieller Lage der Parteien (vgl. Art. 63 Abs. 4bis VwVG; zur Qualifikation als vermögensrechtliche Streitigkeit vgl. BVGE 2010/14 E. 8.1.3). Das für die Kostenverteilung massgebende Ausmass des Unterliegens ist aufgrund der gestellten Rechtsbegehren zu beurteilen (Michael Beusch, in: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren [VwVG], 2008, Rz. 13 zu Art. 63). Dabei ist auf das materiell wirklich Gewollte abzustellen (Moser et al., Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2. Aufl. 2013, Rz. 4.43).

E. 8.1.1

Die Beschwerdeführerinnen obsiegen insoweit, als sie die Aufhebung des angefochtenen Beschlusses und Rückweisung an die Vorinstanz beantragen; sie unterliegen mit ihrem Hauptantrag betreffend Festsetzung der Basisfallwerte für die einzelnen Spitäler (vgl. Sachverhalt Bst. C). Die Beschwerdegegner 1-10 und die Beschwerdegegnerin 11 unterliegen mit ihrem Antrag auf vollumfängliche Abweisung der Beschwerde. Die Rückweisung an die Vorinstanz ist vorliegend als je hälftiges Obsiegen beziehungsweise Unterliegen zu betrachten.

E. 8.1.2

Die Verfahrenskosten werden vorliegend auf CHF 8'000.- festgelegt. Der von den Beschwerdeführerinnen zu leistende Anteil von CHF 4'000.- wird dem Kostenvorschuss (CHF 8'000.-) entnommen. Der darüber hinausgehende Betrag von CHF 4'000.- wird ihnen zurückerstattet. Den Beschwerdegegnern 1-10 werden Verfahrenskosten von CHF 3'500.- (in solidarischer Haftung), der Beschwerdegegnerin 11 Verfahrenskosten von CHF 500.- auferlegt.

E. 8.2

Gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG hat die obsiegende Partei Anspruch auf eine Parteientschädigung für die ihr erwachsenen notwendigen und verhältnismässig hohen Kosten (vgl. auch Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Obsiegt die Partei nur teilweise, so ist die Parteientschädigung entsprechend zu kürzen (Art. 7 Abs. 2 VGKE). Die Entschädigung wird der Körperschaft oder autonomen Anstalt auferlegt, in deren Namen die Vorinstanz verfügt hat, soweit sie nicht einer unterliegenden Gegenpartei auferlegt werden kann (Art. 64 Abs. 2 VwVG). Vorliegend sind die Beschwerdeführerinnen und die Beschwerdegegner als im gleichen Umfang obsiegend beziehungsweise unterliegend zu betrachten, weshalb die Parteientschädigungen wettgeschlagen werden können.

E. 9

Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht gegen Entscheide auf dem Gebiet der Krankenversicherung, die das Bundesverwaltungsgericht gestützt auf Art. 33 Bst. i VGG in Verbindung mit Art. 53 Abs. 1 KVG getroffen hat, ist gemäss Art. 83 Bst. r des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (BGG, SR 173.110) unzulässig. Das vorliegende Urteil ist somit endgültig.

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