Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Abteilung III
C-7967/2008

Urteil vom 13. Dezember 2010

Besetzung

Richterin Franziska Schneider (Vorsitz),
Richter Beat Weber, Richter Alberto Meuli, Richter Stefan Mesmer, Richter Michael Peterli,
Gerichtsschreiberin Christine Schori Abt.

Parteien

santésuisse, Die Schweizer Krankenversicherer,
Zentralschweiz,
vertreten durch Dr. iur. Stefan Mattmann,
Beschwerdeführerin,

gegen

Kantonsspital Uri,
Beschwerdegegner,

Regierungsrat des Kantons Uri,
handelnd durch Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion des Kantons Uri, Direktionssekretariat,
Vorinstanz

Gegenstand

Entscheid Nr. 2008-661 R-721-13 vom 4. November 2008 betr. Festsetzung des OKP-Tarifs ab 1. Januar 2008.

Sachverhalt:

A.
Am 30. Januar 2007 genehmigte der Regierungsrat des Kantons Uri (nachfolgend: Regierungsrat oder Vorinstanz) die Verlängerung des Tarifvertrags für das Jahr 2007 zwischen dem Kantonsspital Uri (nachfolgend: KSU oder Beschwerdegegner) und santésuisse (nachfolgend: santésuisse oder Beschwerdeführerin) für die Behandlung von stationären Akutpatientinnen und -patienten in der allgemeinen Abteilung im KSU auf der Grundlage von Fallpauschalen gemäss dem Patientenklassifikationssystem All Patient Diagnosis Related Groups (APDRG) gemäss Kostengewichtsversion 5.1 (Vorakten Nr. 1).

B.
Nachdem die Vertragsverhandlungen zwischen dem KSU und santésuisse betreffend die Baserate ab 2008 gescheitert waren, beantragte santésuisse am 25. Oktober 2007 bei der Vorinstanz die Festsetzung der Spitaltaxen (APDRG-Baserate) ab 1. Januar 2008 gemäss Art. 47 des Gesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) (Vorakten Nr. 2a).

C.
Nach Anhörung der Preisüberwachung (nachfolgend: PUE) hat der Regierungsrat die Baserate für die stationäre Behandlung von Krankenversicherungspatientinnen und -patienten in der allgemeinen Abteilung des KSU mit zivilrechtlichem Wohnsitz im Kanton Uri für die Zeit vom 1. Januar 2008 bis 31. Dezember 2008 mit Beschluss Nr. 2008-661 R-721-13 vom 4. November 2008 auf Fr. 3'981.- festgesetzt. In allen übrigen Teilen hat er die Bestimmungen des Tarifvertrags vom 10. Dezember 2004 sowie des Nachtrags vom 22. Mai 2006 als anwendbar erklärt (Vorakten Nr. 5).

Der Regierungsrat führte in seiner Begründung aus, dass er der Empfehlung der PUE nur teilweise folge. Er anerkenne die Berechnung der standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten und den Kostendeckungsgrad von 48% sowie die Tatsache, dass die von der PUE ermittelte Baserate von Fr. 8'731.- für ein nicht universitäres Spital eher hoch sei. Er sei jedoch nicht einverstanden mit dem von der PUE vorgenommenen Benchmarking, dem Betriebs- und Kostenvergleich, und der darauf basierenden Tarifempfehlung. Bei dem von der PUE durchgeführten Betriebsvergleich sei weder die Betriebsvergleichsmethode noch die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach dem

Berechnungsmodell der PUE durchgeführt worden. Die PUE habe für ihre Empfehlung lediglich die tiefste, ausgehandelte Baserate herangezogen, nicht aber eine Baserate von vergleichbaren Spitälern. Der Regierungsrat sei der Auffassung, dass ein Baserate-Vergleich auf Basis der betriebswirtschaftlich ermittelten und nicht der verhandelten Baserates erfolgen sollte. Der Vergleich zwischen einer berechneten Baserate und einer ausgehandelten Baserate sei für ein objektives Tariffestsetzungsverfahren nicht anwendbar. Es entspreche zudem auch nicht dem Berechnungsmodell der PUE, für einen Betriebsvergleich eine ausgehandelte Baserate heranzuziehen. Da die von der PUE ermittelte Baserate des KSU von Fr. 8'731.- (100%) zu hoch sei, sei es gerechtfertigt, einen Abzug in Höhe der maximal zulässigen Preiskorrektur von 5% der kostenbasierten Baserate vorzunehmen.

D.

Santésuisse liess am 11. Dezember 2008 Beschwerde (BVGer Akt. 1) beim Bundesverwaltungsgericht gegen den Entscheid des Regierungsrats vom 4. November 2008 erheben. Sie beantragte, der Beschluss der Vorinstanz vom 4. November 2008 sei aufzuheben. Für die stationäre Behandlung von Krankenversicherungspatientinnen und -patienten in der allgemeinen Abteilung des KSU sei für die Zeit vom 1. Januar 2008 bis 31. Dezember 2008 eine Baserate für APDRG nach Version 5.1 von Fr. 3'840.- festzulegen. Die Beschwerdeführerin erläuterte in ihrer Beschwerde das von ihr entwickelte Benchmarking. Weiter führte sie aus, dass die PUE im Unterschied zu ihr die kalkulierte Baserate (100%) nur auf der Basis der OKP-Fälle berechnet habe. Die Vorinstanz sei in diesem Punkt der Berechnung der PUE gefolgt. Im vorinstanzlichen Verfahren seien sich jedoch die Beschwerdeführerin und das KSU darin einig gewesen, dass die kalkulierte Baserate mit Fr. 8'352.- (100%), also auf der Basis sämtlicher Fälle, zu berechnen sei. Die Beschwerdeführerin hielt fest, die Berechnung der kalkulierten Baserate nur anhand der OKP-Fälle würde zu systemwidrigen Lösungen führen, da die Pflichtleistungen der Krankenversicherer nicht vollständig berücksichtigt würden. Zudem sei ihr Benchmarking entgegen der Aussage der Vorinstanz nachvollziehbar und führe zu sachgerechten Lösungen. Im vorliegenden Fall seien die vom Beschwerdegegner gelieferten Daten korrekt ausgewertet worden, und die Berechnungen hätten zu einer kalkulierten Baserate (100%) von Fr. 8'352.- geführt. Der Beschwerdegegner habe diese Berechnungen akzeptiert. Die kalkulierte Baserate sei einer Wirtschaftlichkeitsprüfung zu unterziehen, weshalb die Beschwerdeführerin Vergleichszahlen von 22 bzw. 24 Spitälern

beigezogen habe. Das Benchmarking führe zu gewichteten Baserates von Fr. 8'040.- (bei 2 Spitälern) bzw. Fr. 7'963.- (bei 24 Spitälern). Unter den gegebenen Verhältnissen sei die beantragte Baserate von Fr. 8'000.- (100%) bzw. Fr. 3'840.- (48%) sachgerecht.

E.
Der mit Zwischenverfügung vom 18. Dezember 2008 (BVGer Akt. 2) von der Beschwerdeführerin einverlangte Kostenvorschuss von Fr. 4'000.- ging beim Bundesverwaltungsgericht am 12. Januar 2009 ein (BVGer Akt. 6).

F.
Der Beschwerdegegner reichte am 16. Februar 2009 (BVGer Akt. 10) seine Beschwerdeantwort ein. Er beantragte sinngemäss die Abweisung der Beschwerde. Die santésuisse habe die Daten zu ihrem Kostenrechnungsmodell nicht im Rahmen der Vertragsverhandlungen, sondern erst nach Einreichung des Festsetzungsantrags vorgelegt. Dies widerspreche dem Zweck der Tarifvertragsverhandlungen nach KVG. Das Benchmarking der santésuisse sei weder zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit zuverlässig, noch sei santésuisse für die Betriebsvergleiche gemäss Art. 49 Abs. 8 KVG zuständig. Der Beschwerdegegner wehre sich nicht gegen fundierte Wirtschaftlichkeitsprüfungen und auch nicht gegen eine Ablösung des Kostendeckungsprinzips durch eine Preisermittlung, die sich an wirtschaftlich arbeitenden Spitälern orientiere. Er erwarte jedoch, dass dabei die verwendeten Verfahren offen, transparent, plausibel und nachvollziehbar seien, sowie, dass diese Verfahren verbindlich definiert würden. Eine freie Auslegung des Wirtschaftlichkeitskriteriums durch die Beschwerdeführerin mit offensichtlich beträchtlichem Interpretations- und Berechnungsspielraum beurteile er als unzuverlässig und als unzureichend abgestützt durch gesetzliche Regelungen oder Vorgaben der PUE. Erforderlich sei die Festlegung von verbindlichen Regeln zur Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsprinzips bei der Ermittlung von Preisen oder Preisbandbreiten durch die Krankenversicherer, aber auch bei Empfehlungen der PUE im Rahmen von Tarifgenehmigungs- oder Festsetzungsverfahren.

G.
Mit Vernehmlassung vom 5. März 2009 (BVGer Akt. 20) beantragte die Vorinstanz, handelnd durch die Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion (GSUD), die Beschwerde sei abzuweisen, soweit darauf

einzutreten sei (vgl. Schreiben des Regierungsrats vom 23. Dezember 2008, wonach für die vorliegende Angelegenheit die GSUD zuständig sei [BVGer Akt. 5]). Vor einem allfälligen Entscheid über das korrekte Benchmarking und Kostenprüfungsmodell sei die PUE als weitere Verfahrensbeteiligte in das Beschwerdeverfahren einzubeziehen. Die Vorinstanz begründete ihren formellen Antrag damit, dass die Beschwerdeführerin ihre Beschwerde nicht mit falscher Ermittlung des Tarifs durch die Vorinstanz rüge, sondern dass sich Letztere auf das Modell der PUE und nicht auf das Modell der Beschwerdeführerin gestützt habe. Sie habe sich grundsätzlich an die von der PUE definierten Preisvergleichsmodelle zu halten, andernfalls sie begründungspflichtig werde. Die vorliegende Streitfrage nach dem richtigen Benchmarking und Kostenprüfungsmodell sei weder im Tarifbeschwerdeverfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht noch in Verfahren vor kantonalen Vorinstanzen zu klären, sondern dazu hätte santésuisse ein eigenständiges Verfahren gegen die PUE anstrengen müssen. Dazu stehe ihr nach Art. 20 des Preisüberwachungsgesetzes vom 20. Dezember 1985 (PüG; SR 942.20) der Rechtsschutz nach den allgemeinen Bestimmungen über die Bundesrechtspflege zur Verfügung, nicht aber das Tarifbeschwerdeverfahren an das Bundesverwaltungsgericht. Auf die Beschwerde sei daher nicht einzutreten. In materieller Hinsicht erläuterte die Vorinstanz nochmals ihren Beschluss vom 4. November 2008 und machte geltend, der Grund, weshalb sie das Benchmarking der santésuisse bei der Tariffestsetzung für das Jahr 2008 nicht berücksichtigt habe, liege nicht am mangelnden Verständnis der Methode. Es bestehe jedoch keine gesetzliche Grundlage, wonach eine Genehmigungsbehörde im Tariffestsetzungsverfahren das Benchmarking der santésuisse anerkennen müsse. Die Zuständigkeiten für Betriebsvergleiche seien in Art. 49 Abs. 7 KVG klar geregelt. Demnach ordne die Kantonsregierung und, wenn nötig, der Bundesrat Betriebsvergleiche zwischen den Spitälern an. Die Wirtschaftlichkeitsverfahren der Beschwerdeführerin seien Vergleichsverfahren, die mit einem echten Wirtschaftlichkeitsverfahren nichts gemeinsam hätten.

H.

Die Instruktionsrichterin lud die PUE mit Verfügung vom 16. März 2009 ein, im Rahmen des Beschwerdeverfahrens Stellung zu nehmen (BVGer Akt. 21).

I.
Mit Stellungnahme vom 9. April 2009 (BVGer Akt. 22) führte die PUE an, sie sehe keine Veranlassung, von ihrer Empfehlung vom 3. Juni 2008 zuhanden der Vorinstanz abzuweichen. Bezüglich der Kostenbeteiligung der Krankenversicherungen im Umfang von 48% seien sich alle Parteien einig, weshalb sie sich darauf beschränke, die im Verfahren vorgebrachten Vorbehalte zum Benchmarking sowie zur Berücksichtigung von OKP-Fällen bei der Ermittlung der standardisierten Kosten zu entkräften. Die von der Vorinstanz angewandte Methode nehme Bezug auf das Berechnungsmodell der PUE aus dem Jahr 2006. Dieses sei allerdings nicht korrekt umgesetzt und beruhe auf veralteten Grundlagen; denn die PUE erweitere laufend ihre Prüfpraxis und passe sie den neuen Entwicklungen an, wodurch ein einheitliches Preisvergleichsmodell nach bundesweit einheitlichen Massstäben sichergestellt werde. Bei der APDRG-Fallpauschale mit Kostengewichtsversion 5.1 und höher sei nur noch eine Toleranzmarge von 2% einzuräumen, da das Modell verfeinert worden sei. Die Beschränkung der kalkulierten Baserate auf OKP-Fälle sei laut Art. 49 KVG und Art. 9 f. der Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL, SR 832.104) korrekt und zugleich zwingend, sobald ein Spital in der Lage sei, die Kosten der allgemeinen Abteilung auszuweisen; das müsse bei einem Kostendeckungsgrad von 48% vorausgesetzt werden und sei in casu, wo eine Kostenträgerrechnung vorliege, auch der Fall.

J.
Mit Verfügung vom 17. April 2009 lud die Instruktionsrichterin das Bundesamt für Gesundheit (BAG) ein, als Fachbehörde Stellung zu nehmen (BVGer Akt. 23).

K.
Mit Stellungnahme vom 20. Mai 2009 (BVGer Akt. 25) beantragte das BAG die Aufhebung des Beschlusses der Vorinstanz vom 4. November 2008 und die Festsetzung im Sinne der Erwägungen (BVGer Akt. 25). Bezüglich der Abgrenzung zwischen OKP- und anderen Leistungen verwies es auf Art. 2 VKL, BGE 123 V 290 (S. 302-303) und den revidierten Art. 25 Abs. 2 Bst. e KVG. Die in der VKL festgelegten Instrumente – namentlich die Kostenträgerrechnung – müssten es erlauben, die Ziele gemäss VKL zu erreichen, d.h. die Bestimmung und den Ausweis der Kosten und der Leistungen der obligatorischen

Krankenpflegeversicherung in der stationären Behandlung im Spital für alle obligatorisch krankenversicherten Patientinnen und Patienten, inbegriffen für diejenigen in den halbprivaten und privaten Abteilungen. Diese Bedingung sei gemäss Kostenträgerrechnungsblatt des KSU nicht erfüllt, da die mit "OKP-KVG-Kt." bezeichnete Spalte die OKP-Kosten der Patientinnen und Patienten in der privaten und halbprivaten Abteilung nicht beinhalte. Es fehle an der Transparenz der Kostenträgerrechnung, weshalb ein Kostendeckungsgrad von 48% eher hoch sei.

Das BAG begrüsste grundsätzlich die Wirtschaftlichkeitsprüfung der PUE; es erachte ein Benchmarking als notwendig. Das Vorgehen der PUE beinhalte insbesondere hinsichtlich methodischer Aspekte einige Schwierigkeiten, wenn als Referenzwert die tiefste ausgehandelte Baserate herangezogen werde, für welche die PUE über eine geprüfte und genehmigte APDRG-Fallpauschale verfüge. Wie die PUE in ihrer Fachschrift "Spitaltarife, Praxis des Preisüberwachers bei der Prüfung von stationären Spitaltarifen, Dezember 2006" selber ausführe, seien auch bei einem Vergleich der Baserates nur vergleichbare inner- und ausserkantonale Spitäler heranzuziehen. Den Gründen einer hohen Baserate müsste nachgegangen werden, beispielsweise bezogen auf die geographische Lage und den Versorgungsauftrag. Die PUE habe im vorliegenden Verfahren jedoch nicht kundgetan, wie die Spitäler für den Vergleich im Zusammenhang mit ihrer Struktur und ihrem Auftrag gewählt worden seien. Nebst der Ungewissheit bezüglich der Kosten, auf denen die ausgehandelte Baserate basiere, werde eine weitere Ungewissheit dadurch eingeführt, dass auf den genehmigten oder festgesetzten Tarif des Referenzspitals abgestützt werde, welcher bereits das Resultat von Vergleichen mit Tarifen anderer Einrichtungen sei. Der Tarif eines Referenzspitals sage sehr wenig über dessen Kosten aus. Damit sei die Objektivität des Vergleichs nicht gewährleistet. Aufgrund dieser Unsicherheiten sei aus Sicht des BAG die Toleranzmarge von 2% zu knapp bemessen.

Die Methode der santésuisse gewährleiste eine bestimmte Stabilität des Referenzwertes. Positiv an der Methode der santésuisse sei der möglichst breite Datensatz und die Berücksichtigung der Kosten anstatt der ausgehandelten Baserate. Zudem könne die Berücksichtigung einer signifikanten Marge als Rücksichtnahme auf spitalspezifische Faktoren verstanden werden.

Die Wirtschaftlichkeitskorrektur des Regierungsrats sei nicht im Sinne eines korrekten Benchmarking erfolgt, weil sie von der Baserate des zu vergleichenden Spitals anstatt von derjenigen des Referenzspitals ausgehe.

L.
Die Instruktionsrichterin gab den Parteien mit Verfügung vom 2. Juni 2009 (BVGer Akt. 26) die Möglichkeit, allfällige Schlussbemerkungen einzureichen.

M.
Die Beschwerdeführerin wies mit Eingabe vom 1. Juli 2009 (BVGer Akt. 27) daraufhin, dass auch gemäss Stellungnahme des BAG sämtliche Fälle, nicht nur die OKP-KVG-Fälle, zur Berechnung der kalkulierten Baserate beigezogen werden müssten. Zudem halte das BAG zutreffend fest, dass der Kostendeckungsgrad von 48% eher hoch sei. Deshalb sei im vorinstanzlichen Verfahren ausdrücklich nur eine Preisofferte von Fr. 3'840.- gestellt worden, welche sich nicht explizit auf einen Kostendeckungsgrad abstütze. Indem sie den festgelegten Kostendeckungsgrad nicht angefochten habe, sei sie in diesem Punkt dem Beschwerdegegner entgegengekommen. Das BAG teile die Bedenken der Beschwerdeführerin bezüglich der Benchmark-Methode der PUE und halte zutreffend fest, dass die Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäss der Methode der Beschwerdeführerin eine höhere Objektivität gewährleiste.

Der Beschwerdegegner und die Vorinstanz liessen sich nicht vernehmen.

N.
Die Instruktionsrichterin schloss den Schriftenwechsel mit Verfügung vom 15. Juli 2009 ab (BVGer Akt. 28). Auf die weiteren Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit für die Entscheidfindung erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1. Der angefochtene Beschluss des Regierungsrats vom 4. November 2008 stützt sich auf Art. 47 Abs. 1 KVG, weshalb das Bundesverwaltungsgericht zur Beurteilung der Beschwerde zuständig ist (Art. 53 Abs. 1 KVG in der seit 1. Januar 2009 gültigen Fassung; siehe auch Art. 34 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 [VGG, SR 173.32] in der bis am 31. Dezember 2008 gültig gewesenen Fassung).

1.1.1. Die Vorinstanz hat beantragt, auf die Beschwerde sei nicht einzutreten, da das Bundesverwaltungsgericht für die Beurteilung der Streitfrage betreffend das richtige Benchmarking und Kostenprüfungsmodell nicht zuständig sei. Die Beschwerdeführerin habe ein Verfahren ausserhalb eines Tariffestsetzungsverfahrens gegen die PUE anzustrengen, wenn sie ihr Modell gegenüber der PUE durchsetzen wolle. Ihr stehe dafür gemäss Art. 20 PüG der Rechtsschutz nach den allgemeinen Bestimmungen über die Bundesrechtspflege zur Verfügung, nicht aber das Tarifbeschwerdeverfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht.

1.1.2. Es ist grundsätzlich unbestritten, dass sich die Beschwerde gegen einen Tariffestsetzungsbeschluss nach Art. 47 Abs. 1 KVG richtet, zu deren Beurteilung das Bundesverwaltungsgericht zuständig ist. Die Frage, ob die Vorinstanz zur Festsetzung des Tarifs die richtige Methode gewählt habe, betrifft entgegen der Auffassung der Vorinstanz nicht die Frage der Zuständigkeit des Bundesverwaltungsgerichts und damit des Eintretens, sondern der Ermittlung des festzusetzenden Tarifs und damit der materiellen Begründetheit des Beschwerdeantrags. Sie ist daher im Rahmen der materiellen Prüfung zu untersuchen.

1.2.

1.2.1. Die Beschwerdeführerin ist Adressatin des angefochtenen Beschlusses, sie nahm am Verfahren vor der Vorinstanz teil (BGE 127 V 80 E.3) und ist durch den angefochtenen Beschluss besonders berührt. Sie hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Anfechtung und ist daher zur Beschwerde legitimiert (Art. 48 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren [VwVG; SR 172.021] in Verbindung mit Art. 37 VGG).

1.2.2. Der Beschwerdegegner war ebenfalls Adressat des angefochtenen Beschlusses; er ist durch diesen besonders berührt und daher befugt, seine Parteirechte als Beschwerdegegner wahrzunehmen.

1.2.3. Laut Art. 14 Abs. 1 PüG haben die Exekutiven der Kantone die PUE anzuhören, bevor sie eine Preiserhöhung, die von den Beteiligten an einer Wettbewerbsabrede oder einem marktmächtigen Unternehmen beantragt wird, festsetzen oder genehmigen.

Die PUE kann beantragen, auf die Preiserhöhung sei ganz oder teilweise zu verzichten oder ein missbräuchlich beibehaltener Preis sei zu senken. Die Behörde muss die Stellungnahme der PUE in ihrem Entscheid anführen. Folgt sie ihr nicht, so hat sie dies zu begründen (vgl. RKUV 6/1997 S. 348 ff. E. 4 betreffend die konstante Praxis des Bundesrates).

Die Vorinstanz hat in casu vor der Festsetzung des Tarifs für das Jahr 2008 die PUE konsultiert. Sie ist der Empfehlung nur teilweise gefolgt und hat ihre Abweichung begründet. Die Tariffestsetzung durch die Vorinstanz ist somit aus der Sicht des PüG formal nicht zu beanstanden.

1.2.4. Auf die im Übrigen form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist somit einzutreten (vgl. Art. 50 und 52 VwVG), nachdem auch der geforderte Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde.

2.

2.1. Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln sind in verfahrensrechtlicher Hinsicht in der Regel diejenigen Rechtssätze massgebend, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2), unter Vorbehalt der spezialgesetzlichen Übergangsbestimmungen.

Das Beschwerdeverfahren richtet sich demnach nach Art. 53 KVG in der seit dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung.

2.2. In materiellrechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung haben (BGE 130 V 329 E. 2.3; BGE 134 V 315 E. 1.2).

Anfechtungsgegenstand ist vorliegend der Regierungsratsbeschluss vom 4. November 2008 betreffend den Tarif für das Jahr 2008, weshalb die bis

Ende 2008 in Kraft gewesenen Fassungen des KVG und seiner Ausführungsverordnungen anwendbar sind. Die KVG-Änderung vom 21. Dezember 2007, in Kraft seit dem 1. Januar 2009, und die darauf basierenden Verordnungsänderungen sind hingegen nicht anwendbar. Nachfolgend werden daher in materieller Hinsicht, wenn nicht speziell erwähnt, die bis am 31. Dezember 2008 anwendbaren Bestimmungen des KVG und seiner Ausführungsverordnungen zitiert (Ulrich Häfelin/Georg Müller/Felix Uhlmann, Allgemeines Verwaltungsrecht, 5. Aufl., Zürich u.a. 2006, Rz. 326 f.).

2.3. Die Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) finden auf die vorliegende, in den Bereich "Tarife, Preise und Globalbudget (Art. 43-55)" fallende Beschwerde keine Anwendung (Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 2 Bst. b KVG).

2.4. Die Beschwerdeführerin kann 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). Neue Tatsachen und Beweismittel dürfen nur so weit vorgebracht werden, als erst der angefochtene Beschluss dazu Anlass gibt. Neue Begehren sind unzulässig (Art. 53 Abs. 2 Bst. a KVG in der seit dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung). Tariffestsetzungsbeschlüsse nach Art. 47 KVG sind vom Bundesverwaltungsgericht mit voller Kognition zu überprüfen (im Unterschied zu Beschlüssen über die Spitalplanung; vgl. Art. 53 Abs. 2 Bst. e KVG).

2.4.1. Nach der Rechtsprechung hat auch eine Rechtsmittelbehörde, der volle Kognition zusteht, in Ermessensfragen einen Entscheidungsspielraum der Vorinstanz zu respektieren. Sie hat eine unangemessene Entscheidung zu korrigieren, kann aber der Vorinstanz die Wahl unter mehreren angemessenen Lösungen überlassen (BGE 133 II 35 E. 3). Das Bundesverwaltungsgericht hat daher nur den Entscheid der unteren Instanz zu überprüfen und sich nicht an deren Stelle zu setzen (vgl. BGE 126 V 75 E. 6). Insbesondere dann, wenn die Ermessensausübung, die Anwendung unbestimmter Rechtsbegriffe oder die Sachverhaltswürdigung hoch stehende, spezialisierte technische, wissenschaftliche oder wirtschaftliche Kenntnisse erfordert, ist eine Zurückhaltung des Gerichts bei der Überprüfung vorinstanzlicher

Bewertungen angezeigt (vgl. BGE 135 II 296 E. 4.4.3, BGE 133 II 35 E. 3, BGE 128 V 159 E. 3b/cc). Es stellt daher keine unzulässige Kognitionsbeschränkung dar, wenn das Gericht nicht ohne Not von der Auffassung der Vorinstanz abweicht, soweit es um die Beurteilung technischer, wissenschaftlicher oder wirtschaftlicher Spezialfragen geht, in denen die Vorinstanz über ein besonderes Fachwissen verfügt (vgl. BGE 135 II 296 E. 4.4.3, BGE 133 II 35 E. 3 mit Hinweisen; siehe zum Ganzen auch Yvo Hangartner, Behördenrechtliche Kognitionsbeschränkungen in der Verwaltungsrechtspflege, in: Benoît Bovay/Minh Son Nguyen [Hrsg.], Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Bern 2005, S. 319 ff.; Reto Feller/Markus Müller, Die Prüfungszuständigkeit des Bundesverwaltungsgerichts – Probleme der praktischen Umsetzung, Schweizerisches Zentralblatt für Staats- und Verwaltungsrecht [ZBl] 110/2009 S. 442 ff.).

2.4.2. Bei Tariffestsetzungsverfahren gilt es indessen zu beachten, dass die Kantonsregierung die PUE nicht nur anhören, sondern gemäss Art. 14 Abs. 2 PüG auch begründen muss, wenn sie deren Empfehlung nicht folgt. Nach der Rechtsprechung des Bundesrates kommt den Empfehlungen der PUE ein besonderes Gewicht zu, weil die auf Sachkunde gestützte Stellungnahme bundesweit einheitliche Massstäbe bei der Tariffestsetzung setzt (vgl. RKUV 1997 KV 16 S. 343 E. 4.6). Das Gericht hat sich insbesondere dann eine Zurückhaltung aufzuerlegen, wenn der Entscheid der Vorinstanz mit den Empfehlungen der PUE übereinstimmt.

Weicht die Kantonsregierung hingegen von den Empfehlungen der PUE ab, kommt weder der Ansicht der PUE noch derjenigen der Vorinstanz generell ein Vorrang zu (vgl. Urs Saxer, in: Recht und Ökonomie der KVG-Tarifgestaltung, Zürich/Basel/Genf 2010, S. 19; Daniel Staffelbach/Yves Endrass, Der Ermessensspielraum der Behörden im Rahmen des Tariffestsetzungsverfahrens nach Art. 47 in Verbindung mit Art. 53 KVG, Zürich etc. 2006 Rz. 231). Trotz Anhörungs- und Begründungspflicht gemäss Art. 14 PüG obliegt es nach dem Willen des Gesetzgebers der Kantonsregierung, bei vertragslosem Zustand den Tarif festzusetzen (vgl. auch RKUV 2004 KV 265 S. 2 E. 2.4; Rudolf Lanz, Die wettbewerbspolitische Preisüberwachung, in: Thomas Cottier/Matthias Oesch [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XI, Allgemeines Aussenwirtschafts- und Binnenmarktrecht, 2. Aufl., Basel 2007, N. 113). Das Gericht hat in diesen Fällen namentlich zu prüfen, ob die Vorinstanz die Abweichung in nachvollziehbarer Weise begründet hat.

Im Übrigen unterliegen die Stellungnahmen auch der weiteren Verfahrensbeteiligten der freien Beweiswürdigung bzw. Beurteilung durch das Bundesverwaltungsgericht (vgl. BVGE 2010/25 E. 2.4; ferner BGE 124 II 409 E. 2).

3.
Aufgrund der Beschwerde streitig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die Vorinstanz mit dem angefochtenen Beschluss vom 4. November 2008 die Baserate für die stationären Behandlungen von Akutpatientinnen und -patienten mit Wohnsitz im Kanton Uri in der allgemeinen Abteilung betreffend das Jahr 2008 zu Recht auf CHF 3'981.- festgesetzt hat, oder ob die Baserate entsprechend dem Antrag der Beschwerdeführerin auf CHF 3'840.- festzusetzen sei.

Die Beschwerdeführerin machte insbesondere geltend, die Vorinstanz habe den Tarif aufgrund einer nicht korrekten Berechnung falsch festgesetzt. Nicht die Methode der Preisüberwachung sei anzuwenden, sondern die von ihr entwickelte Methode der "gewichteten Baserate". Ihre eigene Methode habe die folgenden Vorteile: Die Baserate sei aufgrund der Gesamtheit der Spitäler ermittelt worden und nicht lediglich aufgrund eines Vergleichs mit einem willkürlich ausgesuchten Vergleichsspital. Ferner würden die Referenzwerte nicht auf der Basis ausgehandelter Tarife ermittelt, weshalb ein Verhandlungsspielraum bestehen bleibe.

Des Weiteren sei die kalkulierte Baserate von 100% auf der Basis aller Fälle zu ermitteln. Deren Berechnung nur anhand der OKP-Fälle würde zu systemwidrigen Lösungen führen, da die Pflichtleistungen der Krankenversicherer nicht vollständig berücksichtigt würden.

Akzeptiert werde die Kostenbeteiligung der Krankenversicherer an der Baserate in der Höhe von 48%.

4.
In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob die Vorinstanz die anrechenbaren Kosten zur Festlegung der Pauschalen nach Art. 49 Abs. 1 KVG zutreffend ermittelt hat.

4.1. Die Empfehlung der PUE vom 3. Juni 2008 im Rahmen des vorinstanzlichen Verfahrens zuhanden des Regierungsrates basierte auf den von der GSUD am 19. bzw. 26. Mai 2008 zugestellten Unterlagen (Vorakten Nr. 3d). Die PUE stellte fest, dass diese nicht vollständig zu befriedigen vermöchten. Das KSU verfüge über eine

Kostenträgerrechnung. Die pflegerischen Leistungen würden zwar patientengenau erfasst (Leistungserfassung pro Patient, LEP). Bei den übrigen stationären Leistungen, insbesondere den Arztleistungen, sei dies jedoch nicht der Fall. Aus diesen Gründen erscheine ein Kostendeckungsgrad zu Lasten der sozialen Krankenversicherung von 48% als angemessen. Die Leistungserbringer seien verpflichtet, die volle Transparenz herzustellen und die nötigen Informationen zur Verfügung zu stellen. Die maximale 50%-ige Beteiligung komme erst in Frage, wenn volle Transparenz vorhanden sei. Dazu sei eine gut nachvollziehbare Kostenträgerrechnung mit vollständiger Leistungserfassung für ausschliesslich grundversicherte Patienten erforderlich (Ziff. 3.1).

Die PUE führte aus, die anrechenbaren Spitalkosten des KSU für die allgemeine somatische Abteilung betrügen gemäss Kostenträgerrechnung Fr. 16'607'522.-. Dieser Betrag enthalte OKP-Patientinnen und -Patienten, die engeren Betriebskosten 1+2 bzw. die Betriebskosten 1. Stufe oder netto 1. Er enthalte weder Kosten für ambulante Leistungen noch für zusatzversicherte Patientinnen und Patienten. Basierend auf diesen Betriebskosten (netto 1) würden unter anderem folgende Abzüge bzw. Zuschläge gemacht:

– Kostenunterschiede bei den einzelnen Patientenkategorien: Da die Kostenträgerrechnung klar zwischen grund- und zusatzversicherten Patientinnen und Patienten unterscheide, müsse kein Abzug vorgenommen werden.

– Standardisierte betriebswirtschaftliche Kosten: Diese beliefen sich pro OKP-Fall ohne Normierung mit dem Casemix-Index (CMI) auf Fr. 6'735.- bei einem Kostendeckungsgrad von 100%. Die Baserate des KSU betrage bei einem CMI von 0.7714 betreffend die OKP-Patientinnen und Patienten Fr. 8'731.-.

Für das Jahr 2008 sei aufgrund dieser Erwägungen für die Behandlung von Kantonseinwohnerinnen und -einwohnern in der allgemeinen Abteilung des KSU eine Baserate von maximal Fr. 3'850.- bei einem Kostengewicht (cost weight, CW) von 1.0 und einem Kostendeckungsgrad von 48% festzusetzen.

4.2. Die Vorinstanz hat für den Beschwerdegegner eine Baserate von Fr 8'731.- aufgrund der standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten von 100% ermittelt. Sie hat sich zu deren Berechnung auf die Empfehlung der PUE vom 3. Juni 2008 und auf deren Berechnungsmodell gestützt. Zur Begründung ihres Entscheids hat sie ausgeführt, santésuisse habe gemäss Schreiben vom 6. Dezember 2007

eine Baserate von Fr. 8'352.- (100%) berechnet, was eine Abweichung von Fr. 379.- zur Baserate der PUE bedeute. Diese Abweichung sei nicht nachvollziehbar, weshalb sie der PUE gefolgt sei (RRB vom 4. November 2008, Ziff. 2.2; Vorakten Nr. 5).

Die Vorinstanz hat sich ferner der Beurteilung der PUE angeschlossen, wonach eine Kostenbeteiligung der Krankenversicherer von 48% mit Blick auf die aussagekräftige Kostenträgerrechnung, das Erfassen der pflegerischen Leistungen mit dem System LEP und die fehlende Erfassung der ärztlichen Leistungen angemessen sei.

4.3. Die Beschwerdeführerin hat mit Beschwerde vom 11. Dezember 2008 zur Ermittlung der kalkulatorischen Baserate ausgeführt, die vom Beschwerdegegner zur Verfügung gestellten Zahlen seien von ihr selbst und von der PUE analysiert worden. Sie habe die kalkulierte Baserate anhand aller Fälle berechnet, während die PUE nur die OKP-Fälle herangezogen habe. Die Baserate sei aufgrund der Kostendaten 2006 wie folgt berechnet worden: Die Nettobetriebskosten von Fr. 27'627'577.- dividiert durch die Anzahl Fälle von 3'875 ergebe Fallkosten von Fr. 7'130.-. Der CMI des KSU betrage 0.854, was eine auf 100% kalkulierte Baserate von Fr. 8'352.- ergebe. Sie akzeptiere eine Kostenbeteiligung der Krankenversicherer im Umfang von 48%.

Die Beschwerdeführerin vertritt die Auffassung, entgegen den Berechnungen der PUE und der Vorinstanz sei die kalkulierte Baserate auf der Basis sämtlicher Fälle zu berechnen. Denn jede versicherte – auch zusatzversicherte – Person sei obligatorisch für die allgemeinen Leistungen versichert, weshalb jeder Fall Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auslöse. Die Krankenversicherer erbrächten daher für jede zusatzversicherte Person (halbprivat und privat) den Sockelbeitrag. Sie seien verpflichtet, die Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von den Zusatzleistungen nach dem Bundesgesetz vom 2. April 1908 über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG, SR 221.229.1) auseinanderzuhalten. Während früher die Trennung der Kosten schwierig gewesen sei, hätten die Spitäler zwischenzeitlich die Kostenrechnung optimiert, sodass die Kostenverteilung möglich sei. Die Kostenfaktoren, die nach VVG anfielen, könnten in Bezug auf Honorare für Zusatzversicherte exakt ermittelt werden. Für Mehrleistungen wie Menuwahl, Service, Zimmer, etc. sei dies jedoch nicht möglich. Deshalb werde für diesen Kostenanteil ein normativer Abzug vorgenommen. Dies

entspreche der langjährigen von der PUE und vom Bundesrat gehandhabten und bestätigten Praxis.

4.4. Der Beschwerdegegner hat sich in der Beschwerdeantwort vom 16. Februar 2009 nicht zur Ermittlung seiner standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten geäussert (BVGer Akt. 10). Den Vorakten ist diesbezüglich zu entnehmen, dass er mit einem Kostendekungsgrad von 48% einverstanden war und für das Jahr 2006 einen adjustierten CMI von 0.854 gehabt habe (Vorakten Nr. 3c Beilagen 1-3 und Nr. 4b).

4.5. Die Vorinstanz hat sich in der Vernehmlassung vom 5. März 2009 ebenfalls nicht zur Berechnung der standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten des Beschwerdegegners geäussert. Sie hat lediglich darauf hingewiesen, dass er über eine Kostenträgerrechnung und eine patientengenaue Dokumentation der pflegerischen Leistungen (LEP) verfüge. Lediglich bei den übrigen stationären Leistungen, insbesondere den ärztlichen Leistungen, sei dies nicht der Fall.

4.6. Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens hat die PUE mit Stellungnahme vom 9. April 2009 ausgeführt, die Beschränkung auf OKP-Fälle sei bei der Berechnung der kalkulierten Baserate aufgrund von Art. 49 KVG und Art. 9 f. VKL korrekt und zwingend, sobald ein Spital in der Lage sei, die Kosten der allgemeinen Abteilung auszuweisen. Dies müsse bei einem Kostendeckungsgrad von 48% vorausgesetzt werden. Eine Berücksichtigung sämtlicher Kosten der stationären Somatik sei zwar jederzeit möglich; dies würde jedoch gemäss Praxis bei gleichzeitiger Vornahme eines normativen Abzugs (Berücksichtigung der Zusatzversicherten durch einen normativen Abzug in Abhängigkeit des Anteils solcher Pflegetage an den gesamten Pflegetagen) auf Grund der geringeren Transparenz zu einem tieferen Kostendeckungsgrad führen. Eine Tarifkalkulation mit sämtlichen (auch zusatzversicherten) Patientinnen und Patienten sei deshalb nur dann angezeigt, wenn ein Spital nur eine Kostenstellenrechnung aufweise, und nicht wie vorliegend zusätzlich eine Kostenträgerrechnung, welche die Ausscheidung der Kosten der allgemeinen Abteilung erlaube.

4.7. Das BAG vertrat mit Stellungnahme vom 20. Mai 2009 die Auffassung, ein Kostendeckungsgrad von 48% sei eher hoch, aber von der Beschwerdeführerin akzeptiert worden. Der Begriff der allgemeinen Abteilung beziehe sich nicht auf die Örtlichkeiten, sondern auf die Qualität der Behandlung und Pflege, was sich im revidierten Art. 25 Abs. 2 Bst. e

KVG widerspiegle. Der Beschwerdeführerin sei insofern Recht zu geben, als es das Kostenträgerrechnungsblatt des Beschwerdegegners entgegen den Vorschriften der VKL nicht erlaube, die Kosten und Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der stationären Behandlung im Spital für alle obligatorisch krankenversicherten Patientinnen und Patienten, inbegriffen diejenigen in den halbprivaten und privaten Abteilungen, zu bestimmen bzw. auszuweisen. Denn die mit „OKP-KVG-Kt." bezeichnete Spalte beinhalte die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der Patientinnen und Patienten in den halbprivaten und privaten Abteilungen nicht. Damit bleibe der Anteil der Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für diese Patientinnen und Patienten unberücksichtigt. Die Ermittlung und der Ausweis der Kosten der ausschliesslich grundversicherten Patientinnen und Patienten sei als Kontrolle und Plausibilisierung im Rahmen der Bestimmung der OKP-Kosten wichtig; sie dürfe aber keinesfalls stellvertretend für alle krankenversicherten Patientinnen und Patienten übernommen werden. Weiter könne infolge fehlender Transparenz betreffend die Ausscheidung der Kosten zulasten der Zusatzversicherung nicht ausgeschlossen werden, dass der Kostenträger „OKP-KVG-Kt." auch von den Patientinnen und Patienten in den halbprivaten und privaten Abteilungen verursachte Mehrkosten einschliesse, namentlich betreffend Hotelkomfort und aufwändigere Pflege. Der Ausweis der Kosten sei letztlich auch im Rahmen der Tarifverhandlungen unerlässlich, um die Verwendung der Erträge aus den Tarifen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu prüfen. Insofern weise der Beschwerdegegner keine Kostenträgerrechnung nach KVG bzw. nach den Regeln der VKL aus. Die diesbezügliche Rüge der Beschwerdeführerin sei folglich zutreffend.

4.8. Nachfolgend sind die massgeblichen gesetzlichen Bestimmungen betreffend die Bestimmung der anrechenbaren Kosten zur Festlegung der Baserate darzulegen.

Vorab ist festzuhalten, dass die Berechnung der standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten des Beschwerdegegners nur betreffend die Frage umstritten ist, ob zu deren Ermittlung auf die Kosten der Leistungen für ausschliesslich grundversicherte Patientinnen und Patienten abzustellen sei, oder ob auch die zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anfallenden Kosten für Leistungen an zusatzversicherte Patientinnen und Patienten einzubeziehen seien. Die nachfolgende Prüfung beschränkt sich auf diesen umstrittenen Punkt, da

die vorliegenden Akten keinen Anlass dazu geben, die Berechnung der standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten auch sonst in Frage zu stellen.

4.8.1. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung als Hauptbestandteil der sozialen Krankenversicherung (Art. 1 Abs. 1 KVG; Grundversicherung) übernimmt nach Art. 24 KVG die Kosten für die Leistungen gemäss den Artikeln 25 bis 31 nach Massgabe der in den Artikeln 32 bis 34 festgelegten Voraussetzungen. Die Grundversicherung übernimmt unter anderem die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, wobei die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden können (Art. 25 Abs. 1 und Abs. 2 Bst. a KVG), sowie die ärztlich oder unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen von Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen verordneten Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände.

4.8.2. Gemäss Art. 43 KVG erstellen die Leistungserbringer ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen (Abs. 1). Der Tarif ist die Grundlage für die Berechnung der Vergütung; der Tarif kann namentlich einen Zeittarif oder einen Pauschaltarif vorsehen (Abs. 2 Bst. a und c). 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 hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird (Abs. 6).

4.8.3. Parteien eines Tarifvertrags sind nach Art. 46 Abs. 1 KVG einerseits einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder deren Verbände sowie andererseits einzelne oder mehrere Versicherer oder deren Verbände. Der Tarifvertrag bedarf der Genehmigung der zuständigen Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, des Bundesrats. Die zuständige Genehmigungsbehörde prüft, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht (Art. 46 Abs. 4 KVG).

4.8.4. Kommt zwischen Leistungserbringern und Versicherern kein Tarifvertrag zustande, so setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest (Art. 47 Abs. 1 KVG). Können sich Leistungserbringer und Versicherer nicht auf die Erneuerung eines Tarifvertrages einigen, so kann die Kantonsregierung den bestehenden Vertrag um ein Jahr verlängern. Kommt innerhalb dieser Frist kein Vertrag zustande, so setzt sie nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest (Art. 47 Abs. 3 KVG). Die Kantonsregierung kann im vertragslosen Zustand nach der Auflösung eines bestehenden Vertrags entweder nach Abs. 1 selbst einen Tarif festsetzen oder nach Abs. 3 den Vertrag um ein Jahr verlängern (RKUV 2001 KV 177 S. 353 E. 2.1; unveröffentlichter Bundesratsentscheid [BRE] vom 23. September 1996 i.S. Kantonalverband Thurgauischer Krankenkassen gegen Regierungsrat des Kantons Thurgau und Herz-Klinik Bodensee am Weinberg AG, E. 4).

4.8.5. Die besonderen Grundsätze betreffend Tarifverträge mit Spitälern werden in Art. 49 KVG geregelt. Diese sind auch von der Kantonsregierung zu beachten, wenn sie den Tarif hoheitlich festsetzt (vgl. BRE vom 23. Juni 2004 i.S. santésuisse St. Gallen-Thurgau-Glarus gegen den Regierungsrat des Kantons Thurgau und Spital Thurgau AG i.S. Regierungsratsbeschlüsse vom 15. Januar 2002 und 16. April 2002, E. 4).

4.8.5.1 Nach Art. 49 KVG (in der bis zum 31. Dezember 2008 gültig gewesenen Fassung) vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital. Diese decken für Kantonseinwohner und -einwohnerinnen bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern höchstens 50% der anrechenbaren Kosten je Patient oder Patientin oder je Versichertengruppe in der allgemeinen Abteilung. Die anrechenbaren Kosten werden bei Vertragsabschluss ermittelt. Betriebskostenanteile aus Überkapazität, Investitionskosten sowie Kosten für Lehre und Forschung werden nicht angerechnet (Abs. 1). Die Spitäler ermitteln ihre Kosten und erfassen ihre Leistungen nach einheitlicher Methode; sie führen hiezu eine Kostenstellenrechnung und eine Leistungsstatistik. Die Kantonsregierung und die Vertragsparteien können die Unterlagen einsehen. Der Bundesrat erlässt die nötigen Bestimmungen (Abs. 6).

Die Kantonsregierungen und, wenn nötig, der Bundesrat ordnen Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an. Die Spitäler und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Ergibt der Betriebsvergleich,

dass die Kosten eines Spitals deutlich über den Kosten vergleichbarer Spitäler liegen, oder sind die Unterlagen eines Spitals ungenügend, so können die Versicherer den Tarifvertrag nach Art. 46 Abs. 5 KVG kündigen und der Genehmigungsbehörde beantragen, die Tarife auf das richtige Mass zurückzuführen (Abs. 7).

4.8.6. Gemäss Art. 59*c* der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102, in der Fassung vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. August 2007; AS 2007 3573) hat die Genehmigungsbehörde zu prüfen, ob der Tarifvertrag namentlich den folgenden Grundsätzen entspricht: Der Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung und die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken (Abs. 1 Bst. a und b). Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen (Bst. c). Die Vertragsparteien müssen die Tarife regelmässig überprüfen und anpassen, wenn die Erfüllung der Grundsätze nach Abs. 1 Bst. a und b nicht mehr gewährleistet ist. Die zuständigen Behörden sind über die Resultate der Überprüfungen zu informieren (Abs. 2). Die zuständige Behörde wendet die Abs. 1 und 2 auch bei Tariffestsetzungen nach den Art. 43 Abs. 5, 47 oder 48 des KVG sinngemäss an (Abs. 3).

4.8.7. Dem Auftrag des Gesetzgebers, die nötigen Bestimmungen zur Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen zu erlassen, ist der Bundesrat mit dem Erlass der VKL (in Kraft seit 1. Januar 2003) nachgekommen. Nachfolgend ist auf die bis Ende Dezember 2008 gültige Fassung der VKL abzustellen, und nicht auf die Änderungen vom 22. Oktober 2008, in Kraft seit 1. Januar 2009 (AS 2008 5105; vgl. E. 2.2).

4.8.7.1 In der VKL wurden die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze zur Nachvollziehbarkeit der Kosten übernommen (vgl. Stellungnahme des Bundesrates vom 30. September 2002 zum Bericht der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates vom 5. April 2002 betreffend die „Aufsichtseingabe der Kantone zur Entscheidpraxis des Bundesrates bei Beschwerden gegen Tarifentscheide der Kantonsregierungen in der Krankenversicherung“ [BBl 2003 334]).

Die VKL regelt die einheitliche Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen im Spital- und Pflegeheimbereich (Art. 1 Abs. 1 VKL). Sie gilt für die nach Art. 39 KVG zugelassenen Spitäler und Pflegeheime (Art. 1 Abs. 2 VKL).

Die Ermittlung der Kosten und die Erfassung der Leistungen muss gemäss Art. 2 Abs. 1 VKL so erfolgen, dass damit unter anderem die Grundlagen geschaffen werden für die Unterscheidung der Leistungen und der Kosten zwischen der stationären, teilstationären, ambulanten und Langzeitbehandlung (Bst. a), für die Bestimmung der Leistungen und der Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der stationären, teilstationären, ambulanten und Langzeit-Behandlung im Spital (Bst. b-e), für die Bestimmung der Leistungen und der Kosten der Krankenpflege bei Langzeitbehandlung im Spital (Bst. f) und für die Ausscheidung der nicht anrechenbaren Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der stationären Behandlung im Spital (Bst. g).

Gemäss Art. 2 Abs. 2 VKL soll die Unterscheidung und Bestimmung der in Abs. 1 genannten Kosten und Leistungen namentlich erlauben: die Bildung von Kennzahlen (Bst. a), Betriebsvergleiche auf regionaler, kantonaler und überkantonaler Ebene zur Beurteilung von Kosten und Leistungen (Bst. b), die Berechnung der Tarife (Bst. c), die Berechnung von Globalbudgets (Bst. d), die Aufstellung von kantonalen Planungen (Bst. e), die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit der Leistungserbringung (Bst. f) sowie die Überprüfung der Kostenentwicklung und des Kostenniveaus (Bst. g).

Nach Art. 9 VKL müssen unter anderem die Spitäler eine Kostenrechnung führen, in der die Kosten nach dem Leistungsort und dem Leistungsbezug sachgerecht ausgewiesen werden (Abs. 1). Die Kostenträgerrechnung muss insbesondere die Elemente Kostenarten, Kostenstellen, Kostenträger und die Leistungserfassung umfassen (Abs. 2). Sie muss den sachgerechten Ausweis der Kosten für die Leistungen erlauben. Die Kosten sind den Leistungen in geeigneter Form zuzuordnen (Abs. 3). Das Eidgenössische Departement des Innern kann nähere Bestimmungen über die technische Ausgestaltung der Kostenrechnung erlassen. Es hört dabei die Kantone, Leistungserbringer und Versicherer an (Abs. 6).

Art. 10 VKL verpflichtet die Spitäler, eine Finanzbuchhaltung zu führen. Grundlage ist die Nomenklatur des Kontenrahmens von H+ Die Spitäler der Schweiz (unveränderte Ausgabe 1999) (Abs. 1). Die Spitäler müssen die Kosten der Kostenstellen nach der Nomenklatur des Leistungsangebots der nach dem Anhang zur Verordnung vom 30. Juni 1993 über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes durchgeführten Krankenhausstatistik ermitteln (Abs. 2). Zur Ermittlung der

Kosten für Anlagenutzung ist eine Anlagebuchhaltung zu führen (Abs. 3). Es ist eine Kosten- und Leistungsrechnung zu führen (Abs. 4).

4.8.7.2 Der Vollständigkeit halber sei auch auf die einschlägigen Bestimmungen der VKL in der seit dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung hingewiesen.

Gemäss Art. 2 Abs. 1 Bst. b VKL hat die Ermittlung der Kosten und die Erfassung der Leistungen so zu erfolgen, dass damit unter anderem die Grundlagen für „die Bestimmung der Leistungen und der Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der stationären Behandlung im Spital“ geschaffen werden.

4.8.8. Es wird zusammenfassend festgestellt, dass das KVG und seine Ausführungsverordnungen nicht ausdrücklich regeln, ob zur Berechnung der standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten auf die Leistungen und Kosten betreffend nur grundversicherte Patientinnen und Patienten abzustellen sei, oder ob die Leistungen und Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung betreffend Zusatzversicherte einzubeziehen seien.

4.9. Die Materialien äussern sich nur in allgemeiner Art zur Ermittlung der Tarife, ohne auf die konkrete Berechnung der standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten einzugehen.

4.10. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts verwendet das KVG den Begriff der allgemeinen Abteilung im Zusammenhang mit der Umschreibung der allgemeinen Leistungen, die der Diagnose und Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, und die durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Art. 25 KVG zu übernehmen sind. Der Begriff der allgemeinen Abteilung habe eine funktionale, nicht die Örtlichkeiten, sondern die Qualität der Behandlung und Pflege als solche betonende Bedeutung und sei ein wichtiger Faktor für die Bemessung der Kostenübernahmepflicht im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG**.** Hospitalisationskosten seien grundsätzlich auch dann von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen, wenn die versicherte Person sich in der halbprivaten oder privaten Abteilung aufhalte. Mit Art. 59 Abs. 3 KVV würden die Spitäler verpflichtet, in der Rechnung die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen von anderen Leistungen klar zu

unterscheiden, womit sichergestellt werde, dass beim Aufenthalt in der (halb-)privaten Abteilung lediglich die Kosten entsprechend den Taxen für die allgemeine Abteilung verrechnet würden, wie wenn sich der Versicherte in der allgemeinen Abteilung aufgehalten hätte (BGE 123 V 290 E. 6 b, bb-dd).

4.11. Die Rechtsprechung des Bundesrats zur Tariffestsetzung bringt hinsichtlich der vorliegenden Streitfrage folgende Erkenntnisse:

4.11.1. Im Entscheid vom 21. Oktober 1998 betreffend Kantonalverband appenzellischer Krankenversicherer c. Regierungsrat des Kantons Appenzell A. Rh. i.S. Spitalliste 1997 hat der Bundesrat geprüft, ob und wie weit Spitäler mit Halbprivat- und Privatpatienten, die ihre Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausüben wollten (soweit es dabei um vom KVG erfasste Leistungen ging), die gleichen Voraussetzungen erfüllen müssten wie Institutionen, die nur Allgemeinpatientinnen und -patienten behandelten (E. 3.2). Die Vorschriften des KVG über die Festsetzung der Spitalpauschalen und über die staatliche Kontrolle der Tarifbildung gälten nur für die allgemeinen Spitalabteilungen, nicht aber für die privaten und halbprivaten Abteilungen (E. 3.2.3). Im Zusammenhang mit der Zulassung der halbprivaten und privaten Abteilungen eines Spitals führt der Bundesrat aus, es gelte, der Rechtsprechung des EVG Rechnung zu tragen, wonach der Begriff der allgemeinen Abteilung funktional auszulegen sei und nicht den tatsächlichen Aufenthalt in einer örtlich ausgeschiedenen Abteilung erfordere (E. 3.2.3.2). Die von den Kassen zu übernehmenden Pflichtleistungen beim Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung seien die gleichen wie in den Halbprivat- und Privatabteilungen. Was die Höhe des Beitrages aus der Grundversicherung betreffe (Sockelbeitrag), habe das EVG im Entscheid vom 16. Dezember 1997 festgehalten, dass die Spitäler in ihren Rechnungen die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmenden Leistungen von den anderen Leistungen klar unterscheiden müssten, was eine getrennte Ermittlung der Kosten der einzelnen Abteilungen voraussetze. Sodann dürften die Kosten nur entsprechend den Taxen für die allgemeine Abteilung des betreffenden Spitals verrechnet werden (E. 3.2.4).

4.11.2. Im Entscheid vom 19. Dezember 2002 betreffend Verband Zürcher Krankenversicherer c. Regierungsrat des Kantons Zürich in Sachen Spitaltarife für stationäre Pflichtleistungen (RKUV 4/2002) hat

sich der Bundesrat darauf beschränkt festzuhalten, dass die Kostenrechnungen in casu keine Aufteilung der Kosten nach Patientenkategorien (allgemein, halbprivat, privat) enthielten, und dass für die Tarifbeurteilung im Sinne des KVG und des PüG detaillierte Kostenrechnungen einschliesslich Kostenträgerrechnungen erforderlich seien. Diesem Mangel an Transparenz sei bei der Bestimmung des Kostendeckungsgrads durch die Krankenversicherung Rechnung zu tragen (E. 12). Die Frage, ob die standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten auf der Basis der nur OKP-Versicherten oder auf der Basis aller Patientinnen und Patienten zu berechnen seien, wurde nicht aufgeworfen. Abschliessend wurde berechnet, welche Pauschalen sich aus den bundesrätlichen Erwägungen für grundversicherte Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons in der allgemeinen Abteilung der kantonalen und staatsbeitragsberechtigten Akutspitäler ergäben (E. 14.4).

4.12. Das Bundesverwaltungsgericht hat mit Urteil C-6124/2007 vom 3. Juni 2010 die Rechtsprechung des Bundesgerichts und des Bundesrats übernommen, wonach der Begriff der allgemeinen Abteilung funktional auszulegen sei und nicht den tatsächlichen Aufenthalt in einer örtlich ausgeschiedenen Abteilung fordere. Der Begriff bezeichne den Leistungsumfang der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei stationärer Behandlung im Spital und umfasse das Leistungspaket, das die KVG-Versicherten unter voller Kostendeckung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beanspruchen könnten (E. 4.3).

Im vorliegenden Fall führt das zu den nachfolgenden Schlussfolgerungen.

4.12.1. Der Grundsatz, dass der Begriff der allgemeinen Abteilung funktional und nicht örtlich zu verstehen ist, gilt gemäss Rechtsprechung bereits aufgrund der bis Ende 2008 anwendbaren Fassung des KVG. In der seit Januar 2009 geltenden Fassung wird dieser Grundsatz in Art. 25 Abs. 2 Bst. e KVG explizit gesetzlich verankert.

Hinsichtlich der Ermittlung der standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten ist massgebend, dass jede zusatzversicherte Person auch grundversichert ist. Von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind diejenigen Leistungen zu tragen, die an grund- und zusatzversicherte Patientinnen und Patienten erbracht werden, und die

gemäss KVG und dessen Ausführungsverordnungen als Pflichtleistungen bezeichnet sind.

Daraus folgt, dass entsprechend dem Antrag der Beschwerdeführerin und der Stellungnahme des BAG für die Festsetzung der Tarife betreffend die stationäre Behandlung im Spital auch diejenigen Leistungen und Kosten massgeblich sind, die sich auf die grund- und gleichzeitig auch zusatzversicherten Patientinnen und Patienten beziehen.

Nicht nachvollziehbar ist diesbezüglich die Stellungnahme der PUE vom 9. April 2009 zuhanden des Bundesverwaltungsgerichts, wonach die Beschränkung auf OKP-Fälle bei der Ermittlung der standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten laut Art. 49 KVG und Art. 9 f. VKL korrekt und zwingend sei, sobald ein Spital in der Lage sei, die Kosten der allgemeinen Abteilung auszuweisen, was in casu vorausgesetzt werden müsse. Die Berücksichtigung sämtlicher Kosten der Somatik wäre jederzeit möglich, was jedoch bei gleichzeitiger Vornahme eines normativen Abzugs aufgrund der geringeren Transparenz zu einem tieferen Kostendeckungsgrad führen würde. Die PUE hat es unterlassen darzulegen, weshalb sie den Begriff der allgemeinen Abteilung im vorliegenden Zusammenhang örtlich und nicht funktional versteht mit der Folge, dass die Kosten und Leistungen der stationären Behandlung von grund- und gleichzeitig auch zusatzversicherten Patientinnen und Patienten bei der Ermittlung der standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten nicht zu berücksichtigen seien. Der Preisüberwachung kann daher in diesem Punkt nicht gefolgt werden.

4.12.2. Wie den Akten zu entnehmen ist, sind die Grundlagen für die gesetzeskonforme Berechnung des Tarifs grundsätzlich insofern vorhanden, als der Beschwerdegegner Kostenträger-, Kostenstellen- und Kostenartenrechnungen führt.

Der Beschwerdegegner hat im Rahmen des Tariffestsetzungsverfahrens seine Kostenträgerrechnung mit Eingabe vom 9. Mai 2008 zuhanden der Vorinstanz erläutert. Er hat darauf hingewiesen, dass er die ärztlichen Leistungen im Jahr 2006 noch nicht vollständig und einheitlich erfasst habe, insbesondere nicht fallbezogen. Die Arztkosten für die stationären Fälle seien nach dem Kostengewicht verrechnet worden.

Die PUE hat im Tariffestsetzungsverfahren bemängelt, dass die pflegerischen Leistungen, nicht aber die übrigen stationären,

insbesondere ärztlichen Leistungen patientengenau erfasst worden seien. Gemäss der Beschwerdeführerin können hingegen die Kostenfaktoren, die nach VVG in Bezug auf Honorare halbprivat/privat anfielen, exakt ermittelt werden; hingegen sei dies für Mehrleistungskosten wie Menuwahl, Service, Zimmer u.ä. nicht möglich, weshalb für diesen Kostenanteil ein normativer Abzug vorzunehmen sei. Allerdings hat sich die Beschwerdeführerin darauf beschränkt, in der Beilage zur Beschwerde die Anzahl aller grund- und zusatzversicherten Patientinnen und Patienten bzw. Fälle des Beschwerdegegners aufzuführen und die Nettobetriebskosten auf Fr. 27'627'577.- zu beziffern, ohne darzulegen, wie sie die Leistungen und Kosten der Zusatzversicherten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ermittelt hat. Das BAG hat in seiner Stellungnahme vom 20. Mai 2009 zuhanden des Bundesverwaltungsgerichts wiederum ausgeführt, gemäss Kostenträgerrechnungsblatt des Beschwerdegegners sei die gesetzliche Anforderung nicht erfüllt, wonach es die in der VKL verordneten Instrumente, namentlich die Kostenträgerrechnung, erlauben müssten, die Kosten und Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der stationären Behandlung im Spital für alle obligatorisch krankenversicherten Patientinnen und Patienten, inbegriffen diejenigen der halbprivaten und privaten Abteilungen, zu bestimmen und auszuweisen. Denn die mit „OKP-KVG-Kt.“ bezeichnete Spalte beinhalte die OKP-Kosten der Patientinnen und Patienten, inbegriffen diejenigen der halbprivaten und privaten Abteilungen, nicht.

4.12.3. Das Bundesverwaltungsgericht stellt aufgrund der vorliegenden Akten fest, dass der Beschwerdegegner die ärztlichen Leistungen sowie die weiteren Mehrleistungen, deren Kosten durch die Zusatzversicherung aufgrund des VVG zu tragen sind, im Jahr 2006 nicht vollständig und einheitlich, insbesondere nicht fallbezogen, erfasst hat. Es ist ihm daher nicht möglich, die Kosten für sämtliche grund- und zusatzversicherten Patientinnen und Patienten, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu tragen sind, auszuweisen und auszuscheiden. Damit fehlt die Grundlage für die Berechnung der standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten für sämtliche Leistungen, die an grund- und zusatzversicherte Patientinnen und Patienten erbracht werden und die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind. Die einschlägigen Daten werden zukünftig zu ermitteln sein.

4.12.4. Die PUE hat bei einer Anzahl Fälle nur Grundversicherter von 2'423 und Nettobetriebskosten von Fr. 16'607'522.- einen CMI von 0.7714 ermittelt (Vorakten Nr. 3d).

Die Beschwerdeführerin ist hingegen von einer Anzahl aller Fälle (Grund- und Zusatzversicherte) von 3'875 und Nettobetriebskosten von Fr. 27'627'577.- ausgegangen und hat einen CMI von 0.854 ermittelt. Für "Honorare HP/P und Debitorenverluste gem. Angabe Spital" hat sie Fr. 2'074'951.- in Abzug gebracht (Vorakten Nr. 2c; BVGer Akt. 1).

Die standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten pro Fall des Beschwerdegegners werden durch Division der gesamten standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten durch die Anzahl Fälle ermittelt, und die gewichtete Baserate durch Division der standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten pro Fall mit dem CMI.

Da der Beschwerdegegner – wie oben erwähnt – nicht sämtliche Leistungen erfasst hat, die er an grund- und zusatzversicherte Patientinnen und Patienten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht hat, fehlt die Datenbasis zur Ermittlung des CMI unter Berücksichtigung sämtlicher Fälle. Eine nachträgliche Erfassung dieser Leistungen an Zusatzversicherte bzw. deren Kosten ist im heutigen Zeitpunkt nicht mehr oder allenfalls nur mit unverhältnismässigem Aufwand möglich.

4.12.5. Bei dieser Sachlage ist im Ergebnis mit der PUE davon auszugehen, dass die standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten und der CMI für die Tariffestsetzung ab 2008 auf der Zahlenbasis 2006 der nur grundversicherten Patientinnen und Patienten ermittelt werden müssen.

5.

5.1. Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Vorinstanz zu Recht einen Kostendeckungsgrad von 48% festgelegt hat.

5.2. Nach Art. 49 Abs. 1 KVG dürfen die Pauschalen für Kantonseinwohner und -einwohnerinnen bei öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern höchstens 50% der anrechenbaren Kosten je Patient oder Patientin oder je Versichertengruppe in der allgemeinen Abteilung betragen.

Der Beschwerdegegner hat eine Kostenträger-, eine Kostenstellen- und eine Kostenartenrechnung sowie das Patientenklassifikationssystem APDRG gemäss Kostengewichtsversion 5.1 eingeführt. Die Leistungserfassung und damit auch die Kostenausscheidung müssen jedoch unbestrittenermassen noch optimiert werden, da die Kosten für ärztliche Leistungen sowie für Mehrleistungen an Zusatzversicherte unbestrittenermassen nicht patientengenau ausgewiesen werden können. Die Anforderungen des KVG und der VKL werden somit nicht vollständig erfüllt.

Sämtliche Verfahrensbeteiligte erachten bei dieser Sachlage einen Kostendeckungsgrad von 48%, wie er von der Vorinstanz festgelegt worden ist, als angemessen bzw. als gerade noch vertretbar. Das BVGer sieht sich daher nicht veranlasst, davon abzuweichen (vgl. auch BRE vom 2. Juli 2003 i.S. santésuisse Valais et 64 assureurs-maladie contre le Conseil d'Etat du Canton du Valais, E. 5.2.2; BRE vom 30. Juni 2004 i.S. Spital Thurgau AG und santésuisse St. Gallen-Thurgau-Glarus gegen den Regierungsrat des Kantons Thurgau, E. 12.3 [Erwägung nicht publiziert in RKUV 3/2005 159ff.]).

6.
Im Folgenden ist die gewichtete Baserate des Beschwerdegegners von Fr. 8'731.- (100%) gemäss Berechnung der PUE einer Wirtschaftlichkeitsprüfung zu unterziehen.

6.1. Die Beschwerdeführerin hat die von ihr beantragte Baserate von Fr. 3'840.- (48%) unter anderem damit begründet, das durchzuführende Benchmarking beruhe auf der von ihr selbst entwickelten Methode. Tiefe Pauschalen allein sagten noch wenig darüber aus, ob ein Spital seine Leistungen tatsächlich günstig und effizient erbringe oder lediglich deshalb günstig erscheine, weil es im Durchschnitt leichte Fälle behandle. Die Behandlungskosten müssten daher ins Verhältnis zur erbrachten Leistung gesetzt werden. Der Benchmark sei auf der Grundlage der „gewichteten“ Baserate der Gesamtheit der Spitäler zu ermitteln, und nicht lediglich aufgrund eines Referenzspitals, weshalb die Beschwerdeführerin Vergleichszahlen von 22 bzw. 24 Spitälern beigezogen habe. Das Benchmarking führe zu gewichteten Baserates von Fr. 8'040.- (bei 22 Spitälern) bzw. Fr. 7'963.- (bei 24 Spitälern). Unter den gegebenen Verhältnissen sei die beantragte Baserate von Fr. 8'000.- (100%) bzw. Fr. 3'840.- (48%) sachgerecht.

6.2. Mit Vernehmlassung vom 5. März 2009 rügte die Vorinstanz, der Beschwerdeführerin fehle es seit dem Jahre 2007 am Willen, konstruktive Tarifverhandlungen zu führen. Die Beschwerdeführerin habe dem Beschwerdegegner nicht verhandelbare Tarifangebote aufgrund ihres eigenen Berechnungsmodells unterbreitet. Der Beschwerdeführerin gehe es darum, ihr Tarifmodell gesamtschweizerisch durchzusetzen. Es könne aber nicht Sinn und Zweck des Tariffestsetzungsverfahrens sein, die Frage nach dem richtigen Modell auf die Festsetzungsbehörden zu verschieben. Dieses Vorgehen sei rechtsmissbräuchlich. Vielmehr läge es an der Beschwerdeführerin, mit der PUE Kontakt aufzunehmen und sich mit ihr über das Benchmarking und das Kostenprüfungsmodell zu einigen.

Das Benchmarking der Beschwerdeführerin sei ein Vergleichsverfahren, das mit einem echten Wirtschaftlichkeitsverfahren nichts gemeinsam habe. Der von der Beschwerdeführerin in der ersten Stufe ermittelte Medianwert, die nivellierte Baserate, müsse genügen, um ein Vergleichsverfahren durchzuführen oder eine Verhandlungsgrenze in den Tarifverhandlungen zu erhalten. Stattdessen werde der Prozess in eine zweite Stufe geleitet, um den Gewichtedurchschnitt aller Spitäler zu ermitteln. Auch in der dritten Stufe entscheide die Beschwerdeführerin nach eigenem Ermessen, welcher Kostendeckungsgrad für welches Spital herangezogen werde.

Gemäss Art. 49 Abs. 7 KVG seien die Kantonsregierungen und, wenn nötig, der Bundesrat für die Anordnung der Betriebsvergleiche zwischen den Spitälern zuständig.

6.3. Der Beschwerdegegner hat geltend gemacht, die Beschwerdeführerin habe ihr Kostenrechnungsmodell im Rahmen der Vertragsverhandlungen nur mündlich erläutert, wobei die Grundlagen der Preisermittlung weder transparent noch nachvollziehbar gewesen seien; diese seien erst im Festsetzungsverfahren offen gelegt worden. So werde der Zweck der gesetzlich vorgesehenen Verhandlungen unterwandert, was nicht akzeptiert werden könne. Gegen das von der Beschwerdeführerin angewandte Benchmarking spreche ferner, dass sich stark abweichende Resultate ergäben, wenn man andere Daten bzw. Spitalgruppen zur Berechnung heranziehe. Die PUE habe Richtlinien erlassen, die methodisch gut nachvollziehbar seien, namentlich das „Manhattan-Distanz“-Verfahren. Die Ermittlung der anrechenbaren Kosten sei durch die Beschwerdeführerin nicht deklariert worden. Es sei

ein Mangel, dass für die Ermittlung dieser Kosten keine verbindlichen, klaren Richtlinien bestünden.

Der Gesetzgeber habe ferner in Art. 49 Abs. 8 KVG (in der seit 1. Januar 2009 geltenden Fassung) nicht die Beschwerdeführerin mit dem Betriebsvergleich der Spitäler beauftragt, sondern den Bundesrat. Diese gesetzliche Regelung erlaube es anderen Organen nicht, Betriebsvergleiche durchzuführen, auch santésuisse nicht.

6.4. Mit Stellungnahme zu Handen des Bundesverwaltungsgerichts hat die PUE am Inhalt ihrer formellen Tarifempfehlung vom 3. Juni 2008 zuhanden des Regierungsrates festgehalten.

Die vom Regierungsrat angewandte Methode nehme Bezug auf das Berechnungsmodell der PUE aus dem Jahr 2006 („Spitaltarife – Praxis des Preisüberwachers bei der Prüfung von stationären Spitaltarifen, Preisüberwachung, Dezember 2006“). Sie beruhe damit auf veralteten Grundlagen und sei überdies nicht korrekt umgesetzt worden. Der Regierungsrat habe bei der Tariffestsetzung das Benchmarking der PUE anhand der zum Zeitpunkt der Bearbeitung tiefsten (ausgehandelten) Baserate, unter Berücksichtigung einer Toleranzmarge von 2%, nicht berücksichtigt. Baserates seien direkt vergleichbar, da diese schweregradbereinigte Fallpauschalen darstellten, welche auf ein Kostengewicht bzw. eine Fallschwere von 1.0 normiert seien. Die im Verfahren wiederholt zitierte Prüfpraxis der PUE werde laufend erweitert und angepasst. Sie stelle ein einheitliches Prüfverfahren sicher. Eine Toleranzmarge von 5% sei mit der neuen Version der Kostengewichte 5.1 bei Abrechnung mit APDRG-Fallpauschalen nicht mehr gerechtfertigt; kleinere Unschärfen würden nur noch eine Toleranzmarge von 2% rechtfertigen. Der Regierungsrat sei fälschlicherweise von einer Toleranzmarge von 5% ausgegangen und habe diese überdies von der für den Beschwerdegegner ermittelten Baserate subtrahiert, anstatt sie zu jener des Referenzspitals zu addieren. Das Manhattan-Distanz-Verfahren sei im Übrigen nur anwendbar, wenn das Benchmarking auf der Basis von ungewichteten Fallpauschalen vorgenommen werde, und nicht wie vorliegend ausgehend von direkt vergleichbaren Baserates. Da die von den Referenzspitälern vorgelegten Kosten nicht zwingend mit den Berechnungsvorgaben der PUE übereinstimmten, stütze sich die PUE auf verhandelte Tarife bzw. Baserates ab, und nicht auf Kosten. Das sei legitim, da die ausgehandelte Baserate dem Einverständnis des Leistungserbringers, des Versicherers und der genehmigenden

Kantonsregierung entspreche. Die PUE gehe von kostendeckenden Baserates aus, da die Verhandlungsparteien und Genehmigungsinstanzen grundsätzlich die gleichen Interessen verfolgten.

Im Rahmen des Tariffestsetzungsverfahrens durch die Vorinstanz hatte die PUE ein Benchmarking durchgeführt und als Referenzspitäler die Berner Spitäler Spital STS AG und Aarberg herangezogen, unter Berücksichtigung einer Toleranzmarge von 2%, da es sich um einen interkantonalen Baserate-Vergleich handle.

6.5. Das BAG hat mit Stellungnahme vom 20. Mai 2009 erläutert, beim Betriebsvergleichsmodell des Bundes des Jahres 2006 sei es darum gegangen, eine Regel zu finden, welche vor allem Vergleiche unter Spitälern ohne leistungsbezogene Pauschalen erlaube. Damit die Kosten aufgrund der erbrachten Leistungen zu vergleichen seien, hätten primär Indikatoren definiert werden müssen, welche den Output bzw. das Produkt des Spitals beschrieben. Als Leistungsindikatoren seien der Casemix, die Anzahl der stationären Fälle, die Anzahl verschiedener APDRG und die Weiterbildungsintensität gewählt worden. Das Problem der Definition des Produkts des Spitals bestehe bei der Tarifierung im Rahmen von Fallpauschalen vom Typ APDRG nicht, weil die Vergleichbarkeit der Fallkosten beim Kostengewicht 1.0 unabhängig von Tätigkeitsbereich und der Krankenhaustypologie gegeben sei. Das Modell des Bundes beziehe neben den Leistungsindikatoren auch Input-Indikatoren mit ein, weil ein Spital kurzfristig seine Grösse oder das Bestehen einer Notfallstation nicht beeinflussen könne; die Struktur des Spitalangebotes sei kurzfristig als gegeben zu betrachten. Dies bedeute, dass beim Vergleich der Fallkosten im Rahmen der Fallpauschalen APDRG auch die Typologie des Spitals in Zusammenhang mit seiner Struktur wenigstens kurzfristig zu beachten sei. Diese Beachtung könne sowohl durch Berücksichtigung einer Toleranzmarge zum Benchmark als auch durch eine Auswahl von Spitälern nach einer bezogen auf die Input-Indikatoren erstellten Typologie erfolgen. Da aber die Auswahl von Spitälern mit APDRG-Fallpauschalen im Moment noch beschränkt sein dürfte, könne die Option der grösseren Toleranzmarge den Vorteil haben, dass damit die Repräsentativität des Datensatzes nicht zu sehr beschränkt werde.

Das BAG hielt fest, dass es die Wirtschaftlichkeitsprüfung der PUE grundsätzlich begrüsse und ein Benchmarking als notwendig erachte.

Nach der Methode der PUE entspreche der Referenzwert der tiefsten ausgehandelten Baserate unter den Spitälern, für welche die PUE über eine geprüfte und genehmigte APDRG-Fallpauschale verfüge. Diese Methode vermöge zwar zu zeigen, dass die ausgewiesenen Kosten des Beschwerdegegners kaum wirtschaftlich sein dürften, jedoch beinhalte sie insbesondere hinsichtlich der methodischen Aspekte einige Schwierigkeiten (z.B. Problem des zu hoch ausgewiesenen CMI; ausgehandelter Tarif als Resultat besonderer Verhandlungsannäherung; regionalpolitische Besonderheiten; unterschiedliche Anforderungen an Reservekapazitäten). Der Referenzwert dürfte bei der Auswahl des billigsten Spitals von solchen spitalspezifischen Faktoren beeinflusst sein. Als effizientestes Spital resultiere möglicherweise das Spital, welches Vorteile gegenüber anderen habe. Die PUE nenne nicht, wie die Spitäler für den Vergleich im Zusammenhang mit ihrer Struktur und ihrem Auftrag gewählt worden seien. Sie spreche lediglich von einem Vergleich mit der einvernehmlich ausgehandelten Baserate für nicht universitäre Spitäler. Die Grösse des Spitals sei offenbar nicht berücksichtigt worden. Die Methode der PUE stütze sich auf ausgehandelte Baserates, die Verhandlungen würden aber auf den Kosten basieren. Es werde eine weitere Ungewissheit eingeführt, indem die Tarife eines Spitals von der Beanspruchung der Verhandlungsspielräume bei der Gestaltung des Tarifs eines anderen Spitals abhängig gemacht würden. Die genehmigten oder festgesetzten Tarife der als Referenzspital gewählten Einrichtung seien bereits das Resultat von Vergleichen mit Tarifen anderer Einrichtungen. In dieser Situation würden die Tarife des Referenzspitals sehr wenig über die Kosten desselben aussagen. Die Objektivität des Vergleichs sei nicht gewährleistet. Die Methode der PUE enthalte demnach einige Unsicherheiten, weshalb eine Toleranzmarge von 2% zu knapp bemessen sei.

Zur Methode der Beschwerdeführerin machte das BAG geltend, diese gewährleiste eine gewisse Stabilität des Referenzwertes. Zurzeit verfüge nur ein Teil der Spitäler über APDRG-Fallpauschalen, und auch der zur Verfügung stehende Datensatz der Beschwerdeführerin sei noch relativ beschränkt. Ein ideales Benchmarking sei daher nicht möglich. Die Methoden müssten sich der Entwicklung anpassen. Mit mehreren Vergleichsspitälern entsprechend der Methode der Beschwerdeführerin werde eine Referenzbandbreite berücksichtigt und damit dem Risiko der Willkür bei Auswahl eines einzigen Spitals entgegnet. Positiv zu beurteilen sei auch die Berücksichtigung der Kosten anstatt der ausgehandelten Baserate. Somit werde eine höhere Objektivität des

Vergleichs gewährleistet. Über die Gestaltung der Marge durch eine Reduktion der höheren Werte auf den Medianwert sowie über die Vollständigkeit der Stichprobe der Spitäler könne methodisch gestritten werden. Tatsache sei aber, dass diese implizite Marge diejenige der PUE klar übersteige. So würde bei der sinngemässen Anwendung der Marge der PUE (2% Zuschlag zur tiefsten kalkulierten Baserate aus der Rangliste der Beschwerdeführerin) ein Referenzwert resultieren, welcher sich auf dem Niveau der billigsten Spitäler situieren würde. Dass das Benchmarking der Beschwerdeführerin dennoch zu einer tieferen Baserate gegenüber derjenigen der PUE führe, sei auf die breitere Gruppe der berücksichtigten Spitäler mit relativ tiefen Baserates zurückzuführen. Klar sei aber, dass die von der Beschwerdeführerin verwendeten Daten nach den Regeln des KVG korrekt sein müssten; das zu überprüfen sei aufgrund der Vernehmlassungsunterlagen nicht möglich. Das BAG fügte an, es sei im Rahmen des Beschwerdeverfahrens zu klären, weshalb für denselben Fall so grosse Unterschiede zwischen den Baserates der Spitäler (Fr. 7'211.- bis Fr. 12'256.-) gemäss Datengrundlagen der Beschwerdeführerin entstünden. Davon abhängig sei, ob auch eine Anpassung der Marge aufgrund der Streuung der Werte notwendig sei. In der Tendenz bestätige aber die Berechnung der Beschwerdeführerin den von der PUE empfohlenen Tarif.

Die Vorinstanz verstehe die Wirtschaftlichkeitskorrektur als Reduktion von 5% der aufgrund der standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten berechneten Baserate des Beschwerdegegners. Diese Korrektur sei jedoch nicht im Sinne eines Benchmarking, da die Korrektur auf der Baserate des zu vergleichenden Spitals anstatt auf derjenigen des Referenzspitals vorgenommen werde. Dies entspreche auch nicht der Methode der PUE aus dem Jahr 2006.

6.6. Ausgangspunkt für die Prüfung des Benchmarking durch das Bundesverwaltungsgericht ist die gesetzliche Regelung.

6.6.1. Nach Art. 49 Abs. 7 KVG in der bis am 31. Dezember 2008 gültig gewesenen Fassung ordnen die Kantonsregierungen und, wenn nötig, der Bundesrat Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an. Die Spitäler und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Ergibt der Betriebsvergleich, dass die Kosten eines Spitals deutlich über den Kosten vergleichbarer Spitäler liegen, oder sind die Unterlagen eines Spitals ungenügend, so können die Versicherer den Vertrag nach Art. 46 Abs. 5

KVG kündigen und der Genehmigungsbehörde (im Sinne von Art. 46 Abs. 4 KVG) beantragen, die Tarife auf das richtige Mass zurückzuführen.

6.6.2. Im Zeitpunkt des Erlasses des zu überprüfenden Regierungsratsbeschlusses war demnach in erster Linie die Vorinstanz – und in zweiter Linie der Bundesrat – zur Durchführung des Betriebsvergleichs zuständig.

Nachfolgend ist daher zu prüfen, ob die von der Vorinstanz im vorliegenden Verfahren angewandte Methode des Betriebsvergleichs eine aussagekräftige Beurteilung der Wirtschaftlichkeit zulässt. Ist dies zu bejahen, so ist entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin nicht weiter zu untersuchen, ob die von ihr entwickelte Methode der von der Vorinstanz angewandten vorzuziehen wäre, und es ist auch nicht zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin zur Vornahme von Betriebsvergleichen berechtigt ist.

6.6.3. Zur anzuwendenden Methode des Wirtschaftlichkeitsvergleichs äussern sich weder das KVG und noch die Ausführungsverordnungen.

6.6.4. Im „Modell für den Betriebsvergleich, Auswahl der Referenzspitäler“, StatSanté 2/2006 haben das Bundesamt für Statistik BFS, das Bundesamt für Gesundheit BAG und die PUE gemeinsam ein methodisches Vorgehen für Betriebsvergleiche entwickelt.

Gestützt darauf hat die PUE im Dezember 2006 die Fachschrift „Spitaltarife – Praxis des Preisüberwachers bei der Prüfung von stationären Spitaltarifen“ veröffentlicht. Danach sind die standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten des Spitals zu ermitteln und diese einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach dem Betriebsvergleichsmodell des Bundes zu unterziehen. Die Wirtschaftlichkeit ist zu bejahen, wenn die Baserate des zu prüfenden Spitals nicht mehr als max. 5% höher ist als die tiefste Baserate einer vergleichbaren inner- oder ausserkantonalen Spitalgruppe. Es ist eine Analyse der Vergleichbarkeit und eine Analyse der Gründe bei grösserer Abweichung vorzunehmen (Ziff. 3.2.2, Bst. C). Die Wirtschaftlichkeitskorrektur erfolgt auf der Basis der Fallkosten einer Gruppe von Referenzspitälern zuzüglich einer Toleranzmarge, welche dem Grad der in einem Vergleich verbleibenden Unsicherheit Rechnung trägt. Ist die beantragte Baserate im Vergleich zur vergleichbaren Gruppe

eindeutig zu hoch, so wird die Baserate des zu prüfenden Spitals maximal 5% über derjenigen der Referenzgruppe festgelegt (Ziff. 3.3).

6.7. Nachfolgend ist die Praxis des Bundesrats in Bezug auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung zu erörtern.

6.7.1. Der Bundesrat hielt mit Entscheid vom 11. April 2001 (RKUV 3/2002 KV 213, S. 195 ff. E. 8.4) fest, ein Betriebsvergleich gemäss Art. 49 Abs. 7 KVG setze transparente Kostenrechnungen voraus. Die Überprüfbarkeit des Kostenniveaus sei nur im Vergleich zu Spitälern der gleichen Versorgungsstufe mit vergleichbarem Leistungsangebot und Patientengut möglich. Ein Abzug für mangelnde Wirtschaftlichkeit sei nicht beim Kostendeckungsgrad vorzunehmen, sondern (als nicht anrechenbare Kosten) beim Betriebsaufwand, weil die Höhe des Kostendeckungsgrades Ausdruck der vorgelegten Kostentransparenz und nicht der Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen sei.

6.7.2. Im Entscheid vom 26. Juni 2002 (RKUV 6/2002 KV 232 S. 480 ff.) hielt der Bundesrat fest, für ein Benchmarking sei vorauszusetzen, dass das zu benchmarkende Spital und die Referenzspitäler über dieselben rechnerischen Grundlagen in Form von Kostenstellenrechnungen verfügten und die Leistungen und Kosten des zu benchmarkenden Spitals und der Referenzspitäler an Hand bestimmter Kriterien fassbar und vergleichbar seien (je nach Kostenvergleich bspw. hinsichtlich Versorgungsstufe, Leistungsangebot in Diagnostik und Therapie, Zahl und Art sowie Schweregrad der Fälle oder hinsichtlich Leistungen in Hotellerie/Services und Pflege). Dies folge aus der Forderung, dass nur Gleiches mit Gleichem verglichen werden dürfe (E. II/16.2.1).

6.7.3. Mit Entscheid vom 30. Juni 2004 (RKUV 3/2005 KV 325, S. 159 ff. E. 11.1) bestätigte der Bundesrat die Rechtsprechung, wonach Tarifvergleiche zwischen Spitälern in Form eines Benchmarking zulässig seien, wenn bestimmte Anforderungen erfüllt seien. Eine taugliche Vergleichsbasis bestehe nur, wenn Kosten einander gegenüber gestellt würden, die sich auf vergleichbare Leistungen bezögen. In diesem Sinne seien zunächst die mit den strittigen Tarifen abgegoltenen Leistungen eines Spitals sowie die darauf entfallenden Kosten zu bestimmen und sodann den Leistungen sowie Kosten eines oder mehrerer anderer Spitäler (Referenzspitäler) gegenüberzustellen. Seien die Leistungen vergleichbar, so sei zu vermuten, dass auch deren Kosten etwa gleich lägen. Höhere Kosten müssten stichhaltig begründet werden.

6.8. Das Bundesverwaltungsgericht hat mit BVGE 2009/24 E. 4.2.4 und E. 4.2.5 – gestützt auf die bundesrätliche Rechtsprechung – ausgeführt, im stationären Bereich setze die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit mittels statistischer Methode in qualitativer Hinsicht voraus, dass die Vergleichsgruppen insbesondere ein vergleichbares Leistungsangebot und Patientengut umfassten. Der Grundsatz der Rechtsgleichheit gebiete, dass die Leistungen und Kosten innerhalb der Vergleichsgruppe der Spitäler (derselben Versorgungsstufe) anhand bestimmter Kriterien fassbar und vergleichbar seien, so insbesondere hinsichtlich Diagnostik und Therapie, Zahl und Art sowie Schweregrad der Fälle. Die Erfahrung mit Vergleichen zwischen Spitälern zeige, dass sich daraus schlüssige Vergleiche nicht durch eine blosse Gegenüberstellung der Tarife gewinnen liessen. Aufgrund der hohen Anforderungen an die hinreichende Vergleichbarkeit bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit stationärer Leistungen müsse grundsätzlich nach der analytischen Methode (Einzelfallprüfung), allenfalls durch eine genügend grosse Anzahl von (gezielten) Stichproben vorgegangen werden, und die aufwändige statistische Methode sei nur im Ausnahmefall anwendbar.

6.9. Die Vorinstanz hat sich bei ihrem Benchmarking auf die Modell-Empfehlungen der Bundesbehörden aus dem Jahr 2006, namentlich auf die Fachschrift „Spitaltarife – Praxis des Preisüberwachers bei der Prüfung von stationären Spitaltarifen“, abgestützt. Sowohl diese wie auch die bisherige Rechtsprechung des Bundesrates und des Bundesverwaltungsgerichts haben jedoch nicht das Benchmarking für einen Leistungserbringer betroffen, dem das Patientenklassifikationssystem der leistungsbezogenen Fallpauschale APDRG mit der Kostengewichtsversion 5.1 zugrunde lag. Sie können daher nicht unbesehen übernommen werden.

6.10. Das Patientenklassifikationssystem APDRG mit der Kostengewichtsversion 5.1 datiert vom Mai 2005. Die Berechnungsmethoden sind im Allgemeinen mit jenen für die Vorgängerversion 4.1 vom August 2003 vergleichbar, doch gibt es einige relevante Unterschiede, u.a. die nachfolgenden (vgl. Kostengewichte und Swiss Payment Groups Version 5.1, Sekretariat APDRG Suisse, Institut für Gesundheit und Ökonomie (ISE), Ecublens, Mai 2005, S. 13):

– Die Kostengewichte der Version 4.1 wurden auf der Basis von Daten erstellt, die sich auf Hospitalisationen der Jahre 1999 bis 2001 beziehen, diejenigen der Version 5.1 auf der Datenbasis von Hospitalisationen der Jahre 2001 bis 2003.

– Die Kostengewichte der Version 4.1 wurden auf der Basis von Daten erstellt, die von APDRG Suisse gesammelt wurden, diejenigen der Version 5.1 auf der Datenbasis von APDRG Suisse und BFS.

– Um die Kostengewichte der Version 4.1 zu erstellen, wurden Kosten der nicht universitären Hospitalisationen adjustiert (mit 1.24 multipliziert); für die Kostengewichte der Version 5.1 wurde keine solche Adjustierung vorgenommen.

– In der Version 4.1 wurden Kosten für Implantate auf Datenbasis belgischer Spitäler bestimmt, in der Version 5.1 auf der Datenbasis schweizerischer Spitäler.

– Die Version 5.1 umfasst gegenüber der Version 4.1 differenzierte Swiss Payment Groups (SPG's).

Die APDRG-Daten der Kostenversion 5.1 enthalten Datensätze von über 199'808 akutsomatischen Hospitalisationen der Jahre 2001 bis 2003. Die Spitäler, von denen diese Daten stammen, verfügen grundsätzlich über Kostenrechnungen, die den Anforderungen des BFS entsprechen. Bei den für die Berechnung verwendeten Kosten handelt es sich um Vollkosten (ohne Investitionskosten), die entsprechend dem vom BFS erstellten Landesindex der Konsumentenpreise korrigiert wurden. Alle Hospitalisationen wurden gemäss der Version 1.5 des APDRG-Groupers und der Version 5.1 der SPG's klassiert. Aufgrund der Prüfung der in der APDRG-Datenbank registrierten Kosten wurden neue SPG's eingeführt. Für einige APDRG's wurden Korrekturen vorgenommen, wenn die berechneten Zwischen-Kostengewichte dem Schweregrad nicht gerecht wurden, um Inkohärenzen zu vermeiden. Alle Kostengewichte wurden mit einem Korrekturfaktor multipliziert, damit der CMI der Gesamtheit aller Hospitalisationen 1 betrug. Die Vergütungsformeln sind bei der Version 5.1 ähnlich wie bei der Version 4. Jeder Hospitalisation ist eine Punktzahl zugeordnet, welche die Vergütung bestimmt. Der Betrag, der vergütet wird, wenn das Kostengewicht einer Hospitalisation 1.000 beträgt, entspricht der Baserate. Die Vergütung für einen Normalfall beträgt Baserate multipliziert mit Kostengewicht, wobei untere und obere Ausreisser berücksichtigt werden.

6.11. Das Vorgehen der Vorinstanz, die Benchmark-Methode der PUE anzuwenden, ist grundsätzlich nicht zu beanstanden. Allerdings hat die Vorinstanz auf das Modell zurückgegriffen, das vom Dezember 2006 datiert und die Entwicklungen der Kostengewichtsversion 5.1 noch nicht berücksichtigt hat.

Es ist mit der PUE davon auszugehen, dass es mit dem APDRG-System und der Kostengewichtsversion 5.1 grundsätzlich möglich sein sollte, die Spitäler intra- und interkantonal direkt zu vergleichen, unabhängig vom Tätigkeitsbereich und der Krankenhaustypologie. Der Schweregrad der Fälle wird mit dem CMI berücksichtigt, indem Spitäler mit überdurchschnittlich komplizierten und kostenintensiven Fällen bei gleicher Baserate eine höhere Entschädigung erhalten.

Es ist aber nicht von der Hand zu weisen, dass vorliegend nicht überprüfbar ist, ob diese theoretischen Voraussetzungen erfüllt sind. Zu Recht weist das BAG darauf hin, dass die Input-Indikatoren nur sehr geringfügig berücksichtigt werden. Indikatoren über die Qualität der Spitalpflegeleistung sind (noch) nicht einbezogen. Im heutigen Zeitpunkt ist die Auswahl an Referenzspitälern, die das APDRG-System und die Kostengewichtsversion 5.1 anwenden, noch klein, die Basierung auf deren Zahlen damit allenfalls wenig repräsentativ.

Ferner hat sich die PUE nicht zu den Einwänden des Beschwerdegegners geäussert, dass die beigezogenen Referenzspitäler einen unzutreffenden CMI ausgewiesen hätten und dieser zu falschen Vergleichen der PUE bzw. zu einer zu tiefen Baserate geführt habe. Nicht erörtert hat sie sodann die Frage, ob der ausgehandelte Tarif der Referenzspitäler allenfalls aufgrund besonderer Verhältnisse der Referenzspitäler zustande gekommen war, wie z.B. die bisherige oder die zu erwartende Tarifentwicklung, unterschiedliche Anforderungen an die Notfallaufnahmebereitschaft oder unterschiedliche Möglichkeiten zur Weiterweisung. Es muss daher offen bleiben, inwieweit diese Faktoren für den Beschwerdegegner als Kantonsspital und zugleich als einziges innerkantonales Spital auf der Spitalliste des Kantons Uri ins Gewicht fallen (vgl. Spitalliste des Kantons Uri, http://www.ur.ch/de/gsud/ds/gesundheitsversorgung-m1305; zuletzt besucht am 13. Dezember 2010). Es darf wohl auch nicht unbesehen davon ausgegangen werden, dass die Patientinnen und Patienten den innerkantonalen Spitälern nach dem Zufallsprinzip zugewiesen werden, wenn ein Kanton eine Spitalliste mit einer Vielzahl an zugelassenen Spitälern führt, wie das in casu für die Referenzspitäler im Kanton Bern zutrifft. Neben versicherungstechnischen Aspekten dürften insbesondere auch die Zusammenarbeit mit den Zuweisern und die Qualität der Leistungen eine wichtige Rolle spielen (vgl. dazu Willy Oggier, in: Recht und Ökonomie der KVG-Tarifgestaltung, Zürich/Basel/Genf 2010, S. 83).

Es kann nicht Aufgabe des Bundesverwaltungsgerichts sein, diese vielschichtigen Fragestellungen im Rahmen eines Beschwerdeverfahrens aufzuarbeiten. Solange sie aber nicht näher ausgeleuchtet und gelöst sind, erscheint dem Bundesverwaltungsgericht in Übereinstimmung mit der Vorinstanz, dem Beschwerdegegner und dem BAG eine Toleranzmarge von 2%, wie von der PUE empfohlen, im vorliegenden Fall als zu niedrig.

Die Toleranzmarge von 5%, wie sie von der Vorinstanz eingeräumt wurde, basiert auf der Ermittlung des Referenzspitals nach der Methode gemäss Fachschrift „Spitaltarife – Praxis des Preisüberwachers bei der Prüfung von stationären Spitaltarifen“ aus dem Jahr 2006 (E. 6.6.4) und damit auf einer Methode, die wie erwähnt der zwischenzeitlich erfolgten Verfeinerung des Systems nicht mehr gerecht wird und daher im vorliegenden Fall nicht zur Anwendung kommt. Mit der PUE ist daher davon auszugehen, dass eine Toleranzmarge von 5% auf der Basis des Patientenklassifikationssystem APDRG mit der Kostengewichtsversion 5.1 in casu zu hoch angesetzt ist.

Somit erweist sich einerseits die Toleranzmarge von 2% gemäss Empfehlung der PUE als zu niedrig und andererseits eine solche von 5% gemäss angefochtenem Regierungsratsbeschluss als zu hoch; im vorgegebenen Rahmen – mehr als 2% und weniger als 5% – erachtet das Bundesverwaltungsgericht unter Berücksichtigung der erwähnten Umstände des vorliegenden Falls eine Toleranzmarge von 4% als sachgerecht.

6.12. Die Toleranzmarge ist zweifellos zur Baserate der Referenzspitäler (Fr. 7'864.-) zu addieren, und nicht etwa von der aufgrund der Kosten der Beschwerdeführerin errechneten Baserate abzuziehen, wie das im angefochtenen Beschluss fälschlicherweise erfolgt ist.

Zum massgebenden Benchmark von Fr. 7'864.- ist somit eine Toleranzmarge von 4% zu addieren, was für den Beschwerdegegner eine Baserate von Fr. 8'179.- (100%) ergibt. Die Baserate für die stationäre Behandlung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beträgt 48% und ist auf Fr. 3'926.- festzulegen.

6.13. Die Geltungsdauer einer Tariffestsetzung durch den Regierungsrat ist von Bundesrechts wegen grundsätzlich nicht zu befristen. Wird dies trotzdem getan, so ist bei Ablauf der Frist ein neuer Tarif festzusetzen,

falls zwischenzeitlich kein Vertrag zustande gekommen ist (BRE vom 26. Juni 2002 i.S. santésuisse St. Gallen -Thurgau-Glarus [Rechtsnachfolgerin des Verbandes Krankenversicherer St Gallen-Thurgau] gegen den Regierungsrat des Kantons Thurgau und die Spital Thurgau AG, RKUV 6/2002, S. 480 ff.). Um einen tariflosen Zustand zu vermeiden, legt das Bundesverwaltungsgericht den Tarif vorliegend daher ab 1. Januar 2008 mit unbefristeter Geltungsdauer fest.

6.14. Da die Differenz zwischen dem vom Regierungsrat festgelegten und bereits provisorisch angewandten Tarif und dem vorliegend festgelegten Tarif nur rund 2.2% beträgt, ist eine Anpassungsfrist nicht erforderlich (vgl. BRE vom 23. März 2005 i.S. santésuisse gegen Regierungsrat des Kantons Bern und der Verband der Privatspitäler des Kantons Bern [VPSB], E. 11.2).

6.15. Der Regierungsrat wird ersucht, den neuen Tarif im kantonalen Amtsblatt zu veröffentlichen, da die neue Baserate die vom Regierungsrat festgesetzte ersetzt und von dieser abweicht.

7.
Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

7.1. Gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG sind die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei aufzuerlegen. Unterliegt diese nur teilweise, so werden die Verfahrenskosten ermässigt. Der Vorinstanz werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG; zur Qualifikation als vermögensrechtliche Streitigkeit vgl. BVGE 2010/14 E. 8.1.3).

Der obsiegenden Partei ist gemäss Art. 64 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) eine Parteientschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zuzusprechen.

Die Beschwerdeführerin obsiegt insofern, als die vom Regierungsrat festgesetzte Baserate zu senken ist; sie unterliegt jedoch insofern, als die Baserate nicht antragsgemäss auf Fr. 3'840.-, sondern auf Fr. 3'926.- festzulegen ist. Der Beschwerdegegner, der die Abweisung der Beschwerde beantragt hat, unterliegt bzw. obsiegt dementsprechend. Die auf Fr. 4'000.- festzusetzenden Verfahrenskosten werden bei diesem Ausgang des Verfahrens je zur Hälfte der Beschwerdeführerin und dem

Beschwerdegegner auferlegt, ausmachend je Fr. 2'000.-. Der Beschwerdeführerin werden sie mit dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 4'000.- verrechnet; die Differenz von Fr. 2'000.- wird ihr zurückerstattet.

Es sind keine Parteientschädigungen zuzusprechen.

8.
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.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.
Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen.

2.
Die Baserate ab 1. Januar 2008 wird auf Fr. 3'926.- festgesetzt.

3.
Der Regierungsrat wird ersucht, Ziffer 2 des Urteilsdispositivs im kantonalen Amtsblatt zu veröffentlichen.

4.
Die Verfahrenskosten von Fr. 4'000.- werden je zur Hälfte der Beschwerdeführerin und dem Beschwerdegegner auferlegt.

Sie werden der Beschwerdeführerin mit dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 4'000.- verrechnet. Fr. 2'000.- werden ihr zurückerstattet.

5.
Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

6.
Dieses Urteil geht an:

– die Beschwerdeführerin (Gerichtsurkunde)
– den Beschwerdegegner (Gerichtsurkunde)
– die Vorinstanz (Ref-Nr. R-721-13; Gerichtsurkunde)
– das Bundesamt für Gesundheit (A-Post)
– die Preisüberwachung (A-Post)

Die vorsitzende Richterin:	Die Gerichtsschreiberin:
Franziska Schneider	Christine Schori Abt

Versand: