Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Abteilung III
C-2142/2010

Urteil vom 21. September 2011

Besetzung

Richter Johannes Frölicher (Vorsitz),
Richter Vito Valenti, Richterin Franziska Schneider,
Gerichtsschreiberin Susanne Fankhauser.

Parteien

santésuisse, Die Schweizer Krankenversicherer,
vertreten durch lic. iur. Andreas Gafner, Rechtsanwalt,
Beschwerdeführerin,

gegen

Verein X._____,
Beschwerdegegner,

Regierungsrat des Kantons Luzern, Bahnhofstrasse 15,
6002 Luzern,
vertreten durch Gesundheits- und Sozialdepartement des
Kantons Luzern, Bahnhofstrasse 15, Postfach 3768,
6002 Luzern,
Vorinstanz.

Gegenstand

KVG – Festsetzung des Tarifs ab 1. Januar 2010
(RRB Nr. ____ vom 2. März 2010).

Sachverhalt:

A.
Das X._____ ist eine Fachklinik für Suchtkranke und als solche auf der Spitalliste des Kantons Luzern vom 16. Dezember 1997 (in der Fassung vom 8. April 2008) aufgeführt. Das X._____ wird vom Verein X._____ mit Sitz in A._____ (nachfolgend: Verein X._____ oder Beschwerdegegner) getragen.

A.a Der ab 1. Januar 2008 gültige Vertrag vom 14. September 2007 zwischen dem Verein X._____ und santésuisse, Die Schweizer Krankenversicherer, (nachfolgend: santésuisse oder Beschwerdeführerin) betreffend Vergütung der stationären Behandlung von suchtkranken Patientinnen und Patienten im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) sah eine Vollpauschaltaxe (Abrechnung im Nachtzensus, d.h. Ein- und Austrittstag gelten als ein Tag) von Fr. 266.- pro Tag vor (Art. 6 in Verbindung mit Anhang 1; act. 6 Beilage [B] 2). Mit Schreiben vom 15. Juni 2009 kündigte der Verein X._____ den Tarifvertrag per 31. Dezember 2009 (act. 6 B 2). Die Parteien konnten sich in der Folge nicht auf einen neuen Tarifvertrag einigen.

A.b Am 17. November 2009 informierte der Verein X._____ den Regierungsrat des Kantons Luzern (nachfolgend: Regierungsrat oder Vorinstanz) darüber, dass die Verhandlungen für einen neuen Vertrag gescheitert seien und beantragte, der Tarif (ab dem 1. Januar 2010) sei durch den Regierungsrat auf Fr. 295.- (Tagespauschale) festzusetzen (act. 6 B 1). Die Tariferhöhung wurde einerseits mit einer Kostensteigerung und dem etwas tieferen Bettenbelegungsgrad (95%), andererseits mit dem Wegfall der Kantonsbeiträge (aus Alkoholzehntel und allgemeiner Kantonsbeitrag, insgesamt etwa Fr. 80'000) begründet. Weiter wies der Verein X._____ darauf hin, dass auch allfällige sonstige Anpassungen des bisherigen Vertrages Gegenstand der Verhandlungen gewesen seien. Aus Sicht des X._____ sollte (im Anhang 1 des Vertrages) noch deutlicher formuliert werden, dass die stationäre Therapie im X._____ nur die psychiatrische Behandlung umfasse. Nicht zum Therapieangebot gehörten medizinische Behandlungen der Folgen des Medikamentenkonsums, und diese seien auch in der Tarifpauschale nicht enthalten.

A.c Santésuisse beantragte mit Eingabe vom 7. Dezember 2009, die Nachtpauschale von bisher Fr. 266.- sei auf Fr. 255.- zu senken. Die

anrechenbaren Kosten seien auf Fr. 290.- und der Kostendeckungsgrad auf 88% festzulegen. Eventualiter sei der Vertrag vom 14. September 2007 um ein Jahr zu verlängern (act. 6 B 10). Die zu einer Stellungnahme eingeladene Preisüberwachung (PUE) empfahl am 18. Dezember 2009 eine Tagesvollpauschale von maximal Fr. 279.- bei einem Kostendeckungsgrad von 96% (act. 6 B 17).

A.d Mit Beschluss vom 2. März 2010 setzte der Regierungsrat die Tagesvollpauschale ab 1. Januar 2010 auf Fr. 286.- fest (RRB Nr. ____). Weiter hielt er präzisierend fest, dass der festgesetzte Tarif nur die Vergütung der stationären psychiatrischen Behandlung von obligatorisch krankenpflegeversicherten Patientinnen und Patienten im X._____ regle. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, ein nicht subventioniertes Privatspital habe – vorbehältlich eines Abzuges wegen Intransparenz – grundsätzlich Anspruch auf eine Taxe, welche 100% der anrechenbaren Kosten decke. Zwar verfüge das X._____ lediglich über eine Finanzbuchhaltung. Dennoch bestehe vollständige Transparenz. Das X._____ betreibe lediglich 19 Betten der allgemeinen Abteilung und verfüge über ein enges Behandlungsspektrum, das bisher mit einem einheitlichen Tarif abgegolten werde. Damit stellten sich weder Abgrenzungsprobleme zum Zusatzversicherungsbereich, noch bestehe die Gefahr, dass die OKP für mehr als 100% der nach KVG anrechenbaren Kosten aufkommen müsse. Nach Auffassung der Preisüberwachung vermöge zudem bei einer Klinik mit solch überschaubaren Verhältnissen wie dem X._____ die Betriebsbuchhaltung eine Kostenstellenrechnung zu ersetzen. Ein Intransparenzabzug sei deshalb nicht gerechtfertigt.

B.

Santésuisse liess, vertreten durch Rechtsanwalt Andreas Gafner, mit Datum vom 1. April 2010 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht erheben und folgende Rechtsbegehren stellen: "1. Der Regierungsratsbeschluss Protokoll Nr. ____ vom 2. März 2010 sei aufzuheben. 2. Für die Vergütung der stationären Behandlung von obligatorisch krankenpflegeversicherten Patienten im X._____ sei für die Zeit ab 1. Januar 2010 eine Tagesvollpauschale von maximal CHF 263.- festzusetzen. 3. Für die Dauer des Verfahrens sei provisorisch und rückwirkend ab 1. Januar 2010 der im Rechtsbegehren Ziffer 2 beantragte Tarif festzusetzen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen" (act. 1).

Die Beschwerdeführerin machte insbesondere geltend, der von der Vorinstanz auf 100% festgesetzte Kostendeckungsgrad widerspreche den gesetzlichen Bestimmungen und der Praxis. Bei sehr kleinen Institutionen könnten zwar gewisse Zugeständnisse bei der Qualität der Kostenrechnung gemacht werden. Die Beschwerdeführerin wäre bereit, statt des im Normalfall festzusetzenden Kostendeckungsgrades von 88%, einen solchen von 92% zu akzeptieren. Da weder eine vollständige Leistungserfassung noch eine Kostenträgerrechnung vorliege, sei die Transparenz der Kostendaten aber nicht gewährleistet, weshalb kein höherer Kostendeckungsgrad zulässig sei. Insbesondere werde nicht hinreichend dargelegt, ob die ausgewiesenen Kosten ausschliesslich für Leistungen im Bereich der Grundversicherung angefallen seien, oder ob es sich allenfalls um Nichtpflichtleistungen oder sogar um gemeinwirtschaftliche Kosten handle. Als Teil des Behandlungskonzepts werde beispielsweise kreatives Gestalten und verschiedene Formen von Bewegung und Entspannung als Möglichkeit zur Freizeitgestaltung angeboten. Es dürfe bezweifelt werden, dass es sich dabei um Pflichtleistungen gemäss KVG handle. Weiter sei es nicht gerechtfertigt, den Tarif ausschliesslich auf psychiatrische Behandlungen zu beziehen, zumal eine solche Einschränkung aus dem Leistungsauftrag gemäss Spitalliste nicht ersichtlich sei. Diese Beschränkung auf psychiatrische Leistungen entspreche nicht der bisherigen Praxis und hätte bei der Tarifberechnung berücksichtigt werden müssen.

C.
Der mit Zwischenverfügung vom 15. April 2010 auf Fr. 4'000.- festgesetzte Kostenvorschuss (act. 2) ging am 6. Mai 2010 bei der Gerichtskasse ein (act. 4).

D.
Der Beschwerdegegner beantragte in seiner Stellungnahme vom 17. Mai 2010, die Beschwerde sei – unter Kosten- und Entschädigungsfolgen – abzuweisen. Für die Dauer des Beschwerdeverfahrens sei provisorisch und rückwirkend ab 1. Januar 2010 die vom Regierungsrat verfügte Tagesvollpauschale von Fr. 286.-, eventualiter die von der PUE empfohlene Tagesvollpauschale von Fr. 279.- festzusetzen (act. 5).

Zur Begründung wird insbesondere darauf hingewiesen, dass der Verein X._____ gemeinnützig und das X._____ deshalb nie gewinnorientiert geführt worden sei. Die kostendeckenden Tagestarife des X._____ lägen im Vergleich zu den übrigen Fachkliniken für

Suchtkranke deutlich tiefer. Wie der Regierungsrat zutreffend erkannt habe, bestehe volle Transparenz, weshalb ein Kostendeckungsgrad von 100% gerechtfertigt sei. Die Einführung einer Kostenstellenrechnung wäre für einen so kleinen Betrieb unverhältnismässig und würde zu höheren Kosten führen. Die von der Beschwerdeführerin als vermutlich gemeinwirtschaftliche Leistungen bezeichneten Angebote seien wesentliche Elemente des therapeutischen Konzeptes. Es gehe darum, neue Möglichkeiten der Alltags- bzw. Freizeitgestaltung einzuüben. Die ausdrückliche Beschränkung auf psychiatrische Behandlungen bezwecke keine Änderung des Therapieangebotes, sondern diene lediglich der Präzisierung, weil die etwas unklare Formulierung im bis Ende 2009 gültigen Tarifvertrag teilweise zu Missverständnissen geführt habe.

E.
Die Vorinstanz beantragte in ihrer Vernehmlassung vom 17. Mai 2010, die Beschwerde sei – unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdeführerin – abzuweisen (act. 6). Die Beschwerdeführerin verfolge das unzulässige Ziel, den Kanton Luzern zur Finanzierung des nicht öffentlich subventionierten Privatspitals heranzuziehen. Mit dem beantragten, nicht kostendeckenden Tarif wäre die wirtschaftliche Existenz des X._____ gefährdet. Aufgrund der Rechtsprechung sei ein Kostendeckungsgrad von 100% gerechtfertigt.

F.
Mit Zwischenverfügung vom 27. Mai 2010 wurden die PUE und das Bundesamt für Gesundheit (BAG) eingeladen, eine Stellungnahme einzureichen (act. 8).

G.
Die PUE nahm am 3. Juni 2010 Stellung (act. 9). Unter Berücksichtigung des Umstandes, dass es sich bei den auf dem Basisdatenblatt aufgeführten 6'881 Pflegetagen effektiv um Pflegenächte handle, sei die Empfehlung vom 18. Dezember 2009 dahingehend zu korrigieren, dass eine Tagesvollpauschale von maximal Fr. 275.- (bei einem Kostendeckungsgrad von 96%) festzusetzen sei. Die zunächst empfohlene Pauschale von Fr. 279.- würde einer Nachvollpauschale entsprechen. Mit dem empfohlenen Kostendeckungsgrad von 96% habe die PUE ihren Ermessensspielraum zu Gunsten des X._____ ausgereizt; ein Kostendeckungsgrad von 100% lasse sich nicht rechtfertigen.

H.
Mit Zwischenverfügung vom 9. Juni 2010 setzte das Bundesverwaltungsgericht den provisorischen Tarif für die stationäre Behandlung im X._____ ab 1. Januar 2010 auf Fr. 263.- (Tagesvollpauschale) fest (act. 10).

I.
Das BAG vertrat in seiner Stellungnahme vom 1. Juli 2010 die Ansicht, hinsichtlich Kostendeckungsgrad könne der Empfehlung der PUE gefolgt werden. Die Beschwerdeführerin zweifle die Gesetzeskonformität des Leistungsangebotes mit Aktivitätscharakter an, ohne diese Rüge hinreichend zu substantiieren. Die von der Vorinstanz vorgenommene Beschränkung auf die psychiatrische Behandlung widerspreche dem Grundsatz, wonach die stationäre Behandlung durch eine Pauschale vergütet werde. Zudem ergäben sich Unklarheiten: Wenn das vom X._____ angestellte Personal nicht psychiatrische, sondern allgemeinmedizinische oder -pflegerische Verrichtungen ausführe, wären diese durch die Pauschale nicht abgegolten.

J.
Der Beschwerdegegner reichte mit Datum vom 28. Juli 2010 seine Bemerkungen zur Stellungnahme des BAG ein (act. 19). Er machte insbesondere geltend, aufgrund früherer Vertragsverhandlungen habe er nach Treu und Glauben davon ausgehen dürfen, dass die Beschwerdeführerin auch ohne Kostenstellenrechnung einen Kostendeckungsgrad von über 98% akzeptieren würde. Der Auffassung des BAG, wonach medizinische Behandlungen als Folgen des Alkohol- und Medikamentenkonsums vom Leistungsauftrag mit erfasst sein sollten, stünden auch die Erwägungen des Bundesrates (unveröffentlichter Bundesratsentscheid [BRE] vom 8. November 2000) betreffend Spitalliste des Kantons Luzern entgegen. Für ambulante oder stationäre Behandlungen, welche in den Bereich der somatischen Medizin gehörten, würden die Patientinnen und Patienten an externe Leistungserbringer überwiesen, wobei eine Hospitalisierung zum Austritt aus dem X._____ führe. Bei Bagatellerkrankungen, deren Behandlung vom Personal des X._____ ausgeführt werden könne, würden selbstverständlich keine zusätzlichen Vergütungen verlangt.

K.
Die Beschwerdeführerin hielt mit Eingabe vom 10. August 2010 an ihren Anträgen fest (act. 20). Der Kostendeckungsgrad sei – mangels

Leistungserfassung – auf 92% zu beschränken. Zu den Pflichtleistungen gehörten zwar die therapeutische Entwöhnung, nicht aber reintegrative Massnahmen wie die Vorbereitung auf den Wiedereinstieg in die Arbeitswelt. Die Abgrenzung der kassenpflichtigen und nicht-kassenpflichtigen Leistungen sei ohne exakte Leistungserfassung kaum möglich.

L.
Die Vorinstanz liess sich zu den Stellungnahmen der PUE und des BAG nicht vernehmen (vgl. act. 21 ff.).

M.
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.
Nach Art. 53 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) kann gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 47 KVG beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden. Der angefochtene RRB Nr. ____ vom 2. März 2010 wurde gestützt auf Art. 47 Abs. 1 KVG erlassen. Das Bundesverwaltungsgericht ist deshalb zur Beurteilung der Beschwerde zuständig (vgl. auch Art. 90*a* Abs. 2 KVG).

2.
Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich gemäss Art. 37 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) und Art. 53 Abs. 2 Satz 1 KVG grundsätzlich nach dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021). Vorbehalten bleiben allfällige Abweichungen des VGG und die besonderen Bestimmungen des Art. 53 Abs. 2 KVG.

2.1. Die Beschwerdeführerin hat am vorinstanzlichen Tariffestsetzungsverfahren teilgenommen, ist als primäre Adressatin durch den angefochtenen Regierungsratsbeschluss besonders berührt und hat insoweit an dessen Aufhebung bzw. Abänderung ein schutzwürdiges Interesse (vgl. Art. 48 VwVG). Sie ist daher zur

Beschwerde legitimiert. Auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde ist, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, einzutreten (vgl. Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

2.2. 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).

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).

2.2.1. 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 – das nicht als Fachgericht ausgestaltet ist – 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.).

2.2.2. Im Bereich der Tariffestsetzungen gilt es indessen zu beachten, dass die Kantonsregierung die PUE zunächst anhören (vgl. Art. 14 Abs. 1 des Preisüberwachungsgesetzes vom 20. Dezember 1985 [PüG, SR 942.20]; BVGE 2010/25 E. 2.3.2) und zudem begründen muss, wenn sie deren Empfehlung nicht folgt (Art. 14 Abs. 2 PüG). 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 (BVGE 2010/25 E. 2.4.2).

2.2.3. 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. auch 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). Nach dem Willen des Gesetzgebers obliegt es – trotz Anhörungs- und Begründungspflicht gemäss Art. 14 PüG – 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 verschiedenen Stellungnahmen – auch der weiteren Verfahrensbeteiligten – der freien Beweiswürdigung bzw. Beurteilung durch das Bundesverwaltungsgericht (BVGE 2010/25 E. 2.4.3).

3.

3.1. 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; er 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).

3.2. Parteien eines Tarifvertrages sind einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder deren Verbände einerseits sowie einzelne oder mehrere Versicherer oder deren Verbände anderseits (Art. 46 Abs. 1 KVG). Der Tarifvertrag bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat (Art. 46 Abs. 4 Satz 1 KVG). Die Frist für die Kündigung eines Tarifvertrages beträgt mindestens 6 Monate (Art. 46 Abs. 5 KVG).

3.3. 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, in BVGE 2010/25 [C-3940/2009] nicht veröffentlichte E. 3.3 mit Hinweisen).

3.4. 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 (in BVGE 2010/62 [C-7967/2008] nicht veröffentlichte E. 4.8.5, in BVGE 2010/25 [C-3940/2009] nicht veröffentlichte E. 3.4, je mit Hinweisen).

3.4.1. Die in Art. 49 Abs. 1 KVG (in der ab 1. Januar 2009 geltenden Fassung) neu vorgesehenen leistungsbezogenen (Fall-)Pauschalen, welche auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhen, werden erst per 1. Januar 2012 eingeführt (vgl. Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 [Spitalfinanzierung] Abs. 1). Der angefochtene Entscheid ist daher im Lichte des Art. 49 KVG, in der Fassung vom 18. März 1994 (AS 1995 1328), zu beurteilen (vgl. Abs. 4 der erwähnten Übergangsbestimmungen; GEBHARD EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, Zürich etc. 2010, Art. 49 N. 1). Soweit nicht anders vermerkt, wird Art. 49 KVG im Folgenden in der bis Ende 2008 in Kraft gestandenen Fassung zitiert.

3.4.2. Nach Art. 49 Abs. 1 KVG vereinbaren die Vertragsparteien für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital (im Sinne von Art. 39 Abs. 1 KVG) Pauschalen. 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.

Nach der Rechtsprechung des Bundesrates sind jedoch bei Privatspitälern ohne öffentliche Betriebsbeiträge Investitionskosten nur soweit nicht anrechenbar, als sie von der öffentlichen Hand nach dem Recht des zuständigen kantonalen oder kommunalen Gemeinwesens zu tragen sind (RKUV 1997 KV 8 S. 220 E. II 8.7 S. 241, in RKUV 2005 KV 267 S. 28 [BRE vom 2. Juli 2003] nicht veröffentlichte E. II 7.2).

3.4.3. Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden (Art. 49 Abs. 2 Satz 1 KVG).

3.4.4. 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 (Art. 49 Abs. 6 KVG).

3.5. Gemäss Art. 59*c* der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) 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, Art. 47 oder Art. 48 KVG sinngemäss an (Abs. 3).

3.6. Dem Auftrag des Gesetzgebers, die nötigen Bestimmungen zur Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen zu erlassen, ist der Bundesrat mit dem Erlass der Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL, SR 832.104) nachgekommen (in Kraft seit 1. Januar 2003 [AS 2002 2835]). Die aufgrund der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung am 22. Oktober 2008 geänderten Bestimmungen der VKL (AS 2008 5105) sind vorliegend nicht anwendbar (vgl. E. 3.4.1; in BVGE 2010/25 [C-3940/2009] nicht veröffentlichte E. 3.5). Nachfolgend werden die Verordnungsbestimmungen deshalb in der ab 1. Januar 2003 gültigen Fassung zitiert.

3.6.1. In der VKL wurden die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze zur Nachvollziehbarkeit der Kosten übernommen (in BVGE 2010/62 [C-7967/2008] nicht veröffentlichte E. 4.8.7.1 mit Hinweis). Sie regelt die einheitliche Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen im Spital- und Pflegeheimbereich (Art. 1 Abs. 1 VKL) und gilt für die nach Art. 39 KVG zugelassenen Spitäler und Pflegeheime (Art. 1 Abs. 2 VKL) bzw. seit 1. Januar 2009 auch für Geburtshäuser (Art. 2 Abs. 2 VKL in der Fassung vom 22. Oktober 2008).

3.6.2. 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 OKP 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 OKP in der stationären Behandlung im Spital (Bst. g).

3.6.3. 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).

3.6.4. Nach Art. 9 VKL müssen Spitäler und Pflegeheime eine Kostenrechnung führen, in der die Kosten nach dem Leistungsort und dem Leistungsbezug sachgerecht ausgewiesen werden (Abs. 1). Die Kostenrechnung 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).

3.6.5. 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.
Streitig und im vorliegenden Verfahren zu beurteilen ist einerseits die Rechtmässigkeit der von der Vorinstanz festgesetzten

Tagesvollpauschale (ab 1. Januar 2010) von Fr. 286.- (nachfolgend E. 5), andererseits die Präzisierung, wonach diese Pauschale nur die stationäre psychiatrische Behandlung abdecke (nachfolgend E. 6).

5.
Grundsätzlich unbestritten und vom Bundesverwaltungsgericht nicht zu beanstanden sind die von der Vorinstanz ermittelten anrechenbaren Kosten (nach Art. 49 Abs. 1 KVG) von Fr. 286.12 pro Pflegetag. Streitig ist jedoch der Kostendeckungsgrad.

5.1. Nach der Rechtsprechung des Bundesrates, die vom Bundesverwaltungsgericht übernommen wurde, ist der Grad der Kostendeckung je nach Kostentransparenz abzustufen (vgl. auch zum Nachfolgenden: BVGE 2010/25 E. 4 mit Hinweisen). Vollständige Kostentransparenz ist dann gegeben, wenn ein Spital – wie seit 2003 von der VKL ausdrücklich verlangt – eine gute Kostenstellenrechnung sowie eine vollständige, qualitativ gute, ausreichend detaillierte Kostenträgerrechnung (inkl. Leistungserfassung) vorlegt.

Die Praxis des Bundesrates zur Abstufung nach Kostentransparenz beruht im Wesentlichen auf den Empfehlungen der PUE (vgl. Spitaltarife – Praxis des Preisüberwachers bei der Prüfung von stationären Spitaltarifen, Dezember 2006, S. 31 f.). Bei einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital beträgt der Kostendeckungsgrad maximal 44%, wenn die Tarifberechnung nur auf einer Finanzbuchhaltung beruht. Liegt eine gute Kostensstellenrechnung, jedoch keine Kostenträgerrechnung vor, ist der Kostendeckungsgrad auf 46% festzusetzen. Ein Kostendeckungsgrad von 48% kann gewährt werden, wenn eine Kostenträgerrechnung und eine Leistungserfassung vorhanden ist, selbst wenn diese den Anforderungen noch nicht restlos genügen (in BVGE 2010/62 [C-7967/2008] nicht veröffentlichte E. 5.2, BVGE 2010/25 E. 4.1, je mit Hinweisen). Diese Grundsätze sind sinngemäss auch auf nicht öffentlich subventionierte Privatspitäler anwendbar, bei welchen volle Kostendeckung möglich ist (in RKUV 2005 KV 267 S. 28 [BRE vom 2. Juli 2003] nicht veröffentlichte E. 8.4, vgl. auch BRE 2005-41 GR vom 28. Februar 2007 E. 5.3). Ein Kostendeckungsgrad von 96% setzt demnach eine Kostenträgerrechnung und eine Leistungserfassung voraus, derjenige von 92% eine gute Kostenstellenrechnung und derjenige von 88% eine Finanzbuchhaltung.

5.2. In Anwendung dieser Grundsätze wäre in casu lediglich ein Kostendeckungsgrad von 88% zu gewähren, weil der Beschwerdegegner nur eine Finanzbuchhaltung vorgelegt hat. Die Verfahrensbeteiligten stimmen jedoch darin überein, dass sich unter Berücksichtigung der konkreten Umstände ein höherer Deckungsgrad rechtfertigt.

5.2.1. Die PUE hat in ihrer Stellungnahme vom 18. Dezember 2009 einen Kostendeckungsgrad von 96% empfohlen. Sie hat dies damit begründet, dass bei sehr kleinen Institutionen zur Wahrung des Grundsatzes der Verhältnismässigkeit gewisse Zugeständnisse bei der Qualität der Kostenrechnung gemacht werden könnten. Bei einer übersichtlichen Betriebsbuchhaltung könne selbst bei fehlender Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung ein Kostendeckungsgrad von 48% bzw. 96% akzeptiert werden, sofern folgende Voraussetzungen erfüllt seien: Die Institution betreibt nur wenige Betten, behandelt ausschliesslich OKP-Patientinnen und Patienten und verfügt über ein sehr enges Leistungsspektrum, welches entsprechend mit einem einheitlichen Tarif abgegolten wird. Die Betriebsbuchhaltung könne dann quasi als eine Kostenstellenrechnung mit einer einzigen Kostenstelle interpretiert werden (act. 6 B 17). Die Kritik der Beschwerdeführerin, wonach nicht zwischen KVG-pflichtigen und nicht-KVG-pflichtigen Leistungen unterschieden werden könne, erachtete die PUE jedoch als gerechtfertigt und einen Kostendeckungsgrad von 100% als nicht angemessen (act. 9).

5.2.2. Die Vorinstanz hat dem Beschwerdeführer einen Kostendeckungsgrad von 100% gewährt mit der Begründung, es bestehe vollständige Transparenz, weshalb ein Intransparenzabzug nicht gerechtfertigt sei. Es bestehe keine Gefahr, dass die OKP für mehr als 100% der anrechenbaren Kosten aufkommen müsse. Sowohl Vorinstanz als auch der Beschwerdeführer vertreten die Ansicht, ein Abzug wegen Intransparenz hätte lediglich "pönalen Charakter".

5.2.3. Die Beschwerdeführerin erklärte sich bereit, einen Kostendeckungsgrad von 92% zu akzeptieren. Da weder eine vollständige Leistungserfassung noch eine Kostenträgerrechnung vorliege, sei die Transparenz der Kostendaten nicht gewährleistet. Insbesondere werde nicht hinreichend dargelegt, ob die ausgewiesenen Kosten ausschliesslich für Leistungen im Bereich der Grundversicherung angefallen seien, oder ob es sich allenfalls um Nichtpflichtleistungen oder sogar um gemeinwirtschaftliche Kosten handle.

5.2.4. Nach Ansicht des BAG kann der Empfehlung der PUE gefolgt und ein Kostendeckungsgrad von 96% akzeptiert werden.

5.3. Die von der PUE vorgenommene Konkretisierung für kleine Institutionen erscheint sachgerecht und nachvollziehbar. Bei der praxisgemäss vorgenommenen Abstufung des Kostendeckungsgrades geht es – wie der Bundesrat in seinen Entscheiden regelmässig festgehalten hat – um eine Übergangslösung, bis die gemäss Art. 49 Abs. 6 KVG (und seit 2003 der VKL) erforderlichen einheitlichen Instrumente zur Betriebsrechnung und Leistungsstatistik eingeführt sind. Dabei handle es sich nicht um ein Tarifmodell, das mathematisch genau angeben könne, wie viele Prozente im konkreten Fall die zulässige Deckungsquote betrage. Vielmehr gehe es darum, die verfügbaren Unterlagen zu bewerten und dabei abzuschätzen, wo sie Kostentransparenz bieten und wo noch Lücken bestehen. Diese Lücken in der Transparenz seien bei der Bestimmung der für die strittigen Tarife angemessenen Deckungsquote zu berücksichtigen (RKUV 1997 KV 16 S. 343, E. II. 7.1.3, in RKUV 2005 KV 267 S. 28 [BRE vom 2. Juli 2003] nicht veröffentlichte E. II 8.4). Betreibt eine Klinik nur wenige Betten, behandelt ausschliesslich OKP-Patientinnen und Patienten und verfügt über ein sehr enges Leistungsspektrum, welches entsprechend mit einem einheitlichen Tarif abgegolten wird, ist die Kostentransparenz eher gegeben als bei grösseren Spitälern mit einem breiten Leistungsspektrum, die auch zusatzversicherte Patientinnen und Patienten behandeln. Die Gefahr, dass die Tagespauschale mehr als das gesetzliche Maximum deckt, ist bei kleinen Institutionen, welche die genannten Voraussetzungen erfüllen, weit geringer.

Da diese Voraussetzungen beim X._____ ohne Zweifel erfüllt sind, ist der Kostendeckungsgrad entsprechend der Empfehlung der PUE auf 96% festzusetzen.

5.4. Die Vorbringen der Beschwerdeführerin, weshalb der Kostendeckungsgrad tiefer anzusetzen sei, überzeugen ebenso wenig wie die Begründungen der Vorinstanz und des Beschwerdegegners für einen Kostendeckungsgrad von 100%.

5.4.1. Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, die im Behandlungskonzept des X._____ vorgesehenen Angebote zur Freizeitgestaltung (kreatives Gestalten, Bewegung und Entspannung)

seien als Nichtpflichtleistungen oder als gemeinwirtschaftliche Kosten zu qualifizieren ist Folgendes festzuhalten:

5.4.1.1 Der Begriff der gemeinwirtschaftlichen Leistungen wurde mit der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung neu in Art. 49 KVG (in der Fassung vom 21. Dezember 2007) aufgenommen. Nach dessen Abs. 3 dürfen die Vergütungen bzw. Pauschalen nach Abs. 1 keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten. Was unter gemeinwirtschaftlichen Leistungen zu verstehen ist, wird nicht definiert; es werden lediglich zwei Beispiele angeführt: die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen (Bst. a) sowie die Forschung und universitäre Lehre (Bst. b). Bei der Konkretisierung dieses Begriffs im Rahmen der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung durch die Kantone bestehen offenbar erhebliche Unsicherheiten (vgl. Interpellation [10.4001] von Ruth Humbel vom 15. Dezember 2010 sowie die Antwort des Bundesrates vom 11. März 2011, Ziff. 3). Selbst wenn diese Einschränkung vorliegend bereits zu beachten wäre (vgl. aber vorne E. 3.4.1), könnten die von der Beschwerdeführerin angeführten Therapieangebote nicht als gemeinwirtschaftliche Leistungen bezeichnet werden, da darunter grundsätzlich im Interesse der Allgemeinheit stehende Leistungen zu verstehen sind (vgl. auch den französischen und den italienischen Text von Art. 49 Abs. 3 KVG: lex coûts des prestations d'intérêt général, i costi delle prestazioni economicamente di interesse generale).

5.4.1.2 Therapieangebote wie kreatives Gestalten, Bewegung und Entspannung können bei einer auf Suchtbehandlung spezialisierten Klinik nicht grundsätzlich als Nichtpflichtleistungen bezeichnet werden. Wie der Beschwerdegegner zu Recht geltend macht, gehören solche Massnahmen regelmässig zum therapeutischen Konzept von Suchtkliniken und dienen im Sinne von Art. 25 Abs. 1 KVG der Behandlung von Krankheiten. Bestünden tatsächlich konkrete Zweifel, dass der Beschwerdegegner nicht nur Pflichtleistungen in der Kostenrechnung berücksichtigte, wäre ein Kostendeckungsgrad von 96% kaum gerechtfertigt. Vorliegend ergeben sich aufgrund der Akten indessen keine Hinweise dafür, dass auch Nichtpflichtleistungen fälschlicherweise als anrechenbare Kosten ausgewiesen worden wären.

5.4.2. Ein Kostendeckungsgrad von 100% kann nur gewährt werden, wenn die gesetzlichen Vorgaben betreffend transparente und einheitliche Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen eingehalten wurden.

Dass bei sehr kleinen Institutionen die Reduktion des Kostendeckungsgrades geringer ausfällt, sofern bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind (vgl. E. 5.2.1 und 5.3), bedeutet nicht, dass diese Spitäler die Bestimmungen der VKL zur Kostenermittlung und Leistungserfassung nicht zu beachten hätten. Eine Sonderregelung für kleine Institutionen ist nicht vorgesehen; seit dem 1. Januar 2009 gilt die VKL zudem auch für die – regelmässig als kleine Institutionen ausgestalteten – Geburtshäuser.

Aus dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin bei früheren Verhandlungen offenbar einen Kostendeckungsgrad von über 98% akzeptiert hat, kann der Beschwerdeführer deshalb nichts zu seinen Gunsten ableiten. Sowohl die Tarifparteien als auch der Regierungsrat als Tariffestsetzungsbehörde sind an die gesetzlichen Vorgaben gebunden.

5.4.3. In ihrer Vernehmlassung beruft sich die Vorinstanz unter anderem auf die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG, heute Bundesgericht), wonach "… von den gestützt auf Art. 39 Abs. 1 Bst. c KVG zur KVG-Praxis zugelassenen Privatkliniken (ebenso wie von den öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern) kaum verlangt werden [könne], dass sie im Rahmen ihres spezifischen Leistungsauftrags im Grundversicherungsbereich auf Dauer defizitär arbeiten" (in BGE 132 V 299 [Urteil K 21/03 vom 6. März 2006] nicht publizierte E. 4.2.4). Dazu ist zunächst festzuhalten, dass das EVG in diesem Fall die Frage zu beurteilen (und verneint) hatte, ob aufgrund von Art. 6 Ziff. 1 der Konvention vom 4. November 1950 zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK, SR 0.101) ein Anspruch auf gerichtliche Beurteilung eines Beschwerdeentscheides des Bundesrates betreffend Festsetzung des Spitaltarifs durch die Kantonsregierung bestehe. Die Frage, ob ein Spital einen (justiziablen) Anspruch auf kostendeckende Tarife habe, liess das Gericht offen (Urteil EVG K 21/03 vom 6. März 2006 E. 4.2.4 in fine). Weiter ist darauf hinzuweisen, dass mit den Pauschalen nach Art. 49 Abs. 1 KVG *höchstens* (und nicht mindestens) die transparent ausgewiesenen anrechenbaren Kosten vergütet werden dürfen (vgl. auch Art. 59*c* Abs. 1 Bst. a KVV). Da auch notwendige Kosten – wie diejenigen für Aus- und Weiterbildung (vgl. Art. 7 Abs. 1 VKL) – nicht anrechenbar sind, können nach den Grundsätzen des KVG nicht alle im Spital anfallenden Kosten durch die OKP gedeckt werden. Dies scheint die Vorinstanz zu verkennen, wenn sie vorbringt, es könne nicht angehen, den

Beschwerdegegner durch einen zu tiefen Tarif dazu zu zwingen, unter den Gestehungskosten zu arbeiten und damit die Gefährdung seiner wirtschaftlichen Existenz in Kauf zu nehmen. Nach KVG obliegt es nicht der OKP, für die wirtschaftliche Überlebensfähigkeit eines nicht öffentlich subventionierten Privatspitals zu sorgen.

5.5. Demnach ist die Tagesvollpauschale zu Lasten der OKP für das X._____ ab 1. Januar 2010 (bei einem Kostendeckungsgrad von 96% und anrechenbaren Kosten von Fr. 286.-) auf Fr. 275.- festzusetzen.

6.
Zu prüfen bleibt die von der Vorinstanz vorgenommene Einschränkung, wonach die Pauschale lediglich die stationäre *psychiatrische* Behandlung abgelte.

6.1. Die Kompetenz zur hoheitlichen Tariffestsetzung umfasst neben der Bestimmung der Preise auch die abstrakte Umschreibung der damit abgegoltenen Leistungen und jene übrigen Vorschriften im Sinne von Modalitäten, die bei der Ausstellung einer Rechnung im Einzelfall berücksichtigt werden müssen, damit die Höhe des geschuldeten Betrages ordnungsgemäss errechnet und geltend gemacht werden kann (RKUV 2002 KV 220 [nur elektronische Publikation] E. II. 8.2.2).

6.2. Im angefochtenen Beschluss äussert sich die Vorinstanz nur zur – grundsätzlich bestehenden – Kompetenz der Tariffestsetzungsbehörde, weitere Modalitäten zu regeln. Im Übrigen wird lediglich festgehalten, es seien keine Gründe ersichtlich, die einer Präzisierung, dass die festgesetzte Tagesvollpauschale nur für stationäre psychiatrische Behandlungen zur Anwendung komme, entgegen stünden.

6.2.1. Die Beschwerdeführerin rügt, die Beschränkung auf rein psychiatrische Leistungen sei angesichts des Leistungsauftrages gemäss Spitalliste (Therapie und Rehabilitation bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Essstörungen, Spiel- und anderen Verhaltenssüchten) nicht gerechtfertigt und stelle eine Abweichung von der bisherigen Praxis dar. Eine solche Änderung hätte bei der Tariffestsetzung berücksichtigt werden müssen.

6.2.2. Laut Art. 6 Abs. 1 des bis Ende 2009 gültigen Tarifvertrages verrechnet das X._____ den Versicherern für die stationäre Behandlung eine Vollpauschaltaxe gemäss Anhang 1. Grundsätzlich wurden damit alle KVG-Pflichtleistungen abgegolten. Zusätzlich

verrechenbare Leistungen wurden im Anhang 1 abschliessend aufgeführt. Demnach konnten – neben den beim Austritt mitgegebenen Medikamenten, Mitteln und Gegenständen gemäss Punkt 1 und 2 – folgende Leistungen zusätzlich verrechnet werden: "Spezielle Untersuchungen, Laboranalysen oder Behandlungen durch eine andere ärztlich geleitete Institution oder durch frei praktizierende Kassenärzte, soweit sie im X._____ nicht selbst durchgeführt werden können, der Behandlung von interkurrenten Krankheiten dienen und es sich um Pflichtleistungen handelt."

6.2.3. In seinem Schreiben an den Regierungsrat vom 17. Dezember 2009 stellte das X._____ den Antrag, eine Tagesvollpauschale für die stationäre Behandlung von Patientinnen und Patienten des X._____ festzusetzen. Die Einschränkung auf eine stationäre *psychiatrische* Behandlung wurde formell nicht beantragt. In seiner Begründung wies der Beschwerdegegner am Schluss jedoch noch darauf hin, es seien auch allfällige sonstige Vertragsanpassungen Gegenstand der Verhandlungen gewesen. Aus Sicht des X._____ sollte im Anhang 1 noch deutlicher formuliert werden, dass die stationäre Therapie im X._____ nur die psychiatrische Behandlung umfasse, jedoch keine medizinischen Behandlungen der Folgen des Alkohol- und Medikamentenkonsums. Dies ergäbe sich auch aus dem Angebot des X._____, welches Grundlage für die Aufnahme in die Spitalliste gebildet habe. Zu diesem Thema gäbe es hie und da Rückfragen und Diskussionen mit einzelnen Krankenversicherern. Im Übrigen sei der Vertragstext aus Sicht des X._____ nach wie vor in Ordnung.

6.3. Wie sich bereits im Rahmen des vorliegenden Verfahrens gezeigt hat, führt die vom Regierungsrat beschlossene Beschränkung auf psychiatrische Leistungen zu erheblichen Missverständnissen bzw. entspricht im Ergebnis nicht dem, was der Beschwerdegegner eigentlich wollte.

6.3.1. Das BAG weist in seiner Stellungnahme zutreffend darauf hin, dass beispielsweise bei Fieber oder Entzündungen die Untersuchungen und die Verschreibung von Medikamenten selbst dann nicht mehr durch die Pauschale abgegolten wären, wenn diese Leistungen vom Personal des X._____ erbracht würden (act. 15 Ziff. 3.6). Dies entsprach indessen nicht der Absicht des Beschwerdegegners. In seiner Eingabe vom 28. Juli 2010 hält er fest, es sei "absolut klar", dass für solche Behandlungen, die vom Psychiater und dem Personal des X._____ erbracht werden

könnten ("Bagatellsachen"), keine zusätzlichen Vergütungen verlangt würden (act. 19 Ziff. 2).

6.3.2. Nach der Rechtsprechung des Bundesrates – die vom Bundesverwaltungsgericht weiterzuführen ist – ist im vertragslosen Zustand die hoheitliche Regelung von Modalitäten soweit zulässig, als diese die Vorschriften des KVG beachten und sachlich notwendig sowie geeignet sind, um den mit ihnen verfolgten Zweck (z.B. ordnungsgemässe Rechnungsstellung) zu erreichen (RKUV 2002 KV 220 [nur elektronische Publikation] E. II. 8.2.2).

6.3.3. Da die Vorinstanz die Beschränkung auf psychiatrische Behandlung nicht weiter begründet hat, lässt sich nicht überprüfen, ob die Regelung geeignet wäre, den angestrebten Zweck zu erreichen. Das wahrscheinliche Ziel, die bisherige Regelung zu verdeutlichen, kann damit jedenfalls nicht verwirklicht werden. Da die Vertragsparteien bisher eine – aus Sicht des Gerichts klare – Vereinbarung getroffen hatten, welche Leistungen zusätzlich verrechnet werden können, wäre eine neue Regelung auch nicht notwendig gewesen. Es hätte ausgereicht, die vertragliche Bestimmung betreffend zusätzlich verrechenbaren Leistungen als weiterhin anwendbar zu erklären. Weder dem Protokoll über die Verhandlung vom 21. September 2009 (act. 6 B 7) noch den Vorbringen der Parteien lässt sich entnehmen, dass die bisherige Vereinbarung inhaltlich nicht mehr einem Konsens entsprechen würde und dazu eigentliche Verhandlungen geführt wurden. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdegegners (act. 19, Ziff. 2) scheint das Problem zudem nur darin zu bestehen, dass die bisherige Bestimmung im Anhang und nicht im Vertrag selber stand und die Krankenversicherer zum Teil explizit darauf aufmerksam gemacht werden mussten. Eine solche geringfügige "Unklarheit" kann ohne Weiteres in Kauf genommen werden, bis sich die Tarifparteien auf einen neuen Vertrag geeinigt haben.

6.4. Die Beschwerdeführerin hat die Beschränkung auf psychiatrische Behandlungen demnach zu Recht beanstandet.

7.
Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ergibt sich, dass die Beschwerde teilweise gutzuheissen ist. Ziff. 1 des angefochtenen Beschlusses ist aufzuheben und durch folgende Anordnung zu ersetzen: "Für die Vergütung der stationären Behandlung von obligatorisch

krankenpflegeversicherten Patientinnen und Patienten im X._____ gilt ab dem 1. Januar 2010 eine Tagesvollpauschale von Fr. 275.-. Zusätzlich verrechnet werden können die Leistungen gemäss Anhang 1 des (per Ende 2009 gekündigten) Tarifvertrages vom 14. September 2007 zwischen dem Verein X._____ und santésuisse."

Da das Bundesverwaltungsgericht mit Zwischenverfügung vom 9. Juni 2010 den provisorischen Tarif ab 1. Januar 2010 auf Fr. 263.- (Tagesvollpauschale) festgesetzt hat, wird der Beschwerdegegner die Tarifdifferenz (von Fr. 12.-) nachfordern können, soweit der provisorische Tarif zur Anwendung gelangte.

8.
Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

8.1. 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).

8.1.1. Die Beschwerdeführerin obsiegt insofern, als die vom Regierungsrat festgesetzte Tagesvollpauschale zu reduzieren ist (von Fr. 286.- auf Fr. 275.-) und sie die Beschränkung auf psychiatrische Leistungen beanstandete. Mit ihrem Antrag, die Pauschale auf Fr. 263.- festzusetzen, ist sie indessen nicht durchgedrungen. Demnach obsiegt die Beschwerdeführerin nur teilweise; der Beschwerdegegner – welcher die Abweisung der Beschwerde beantragt hat – ist entsprechend ebenfalls teilweise durchgedrungen.

8.1.2. Unter Berücksichtigung des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache, Art der Prozessführung und finanzieller Lage der Parteien (vgl. Art. 63 Abs. 4bis VwVG; zur Qualifikation als vermögensrechtliche Streitigkeit vgl. BVGE 2010/14 E. 8.1.3) sind die Verfahrenskosten vorliegend auf Fr. 4'000.- festzusetzen. Entsprechend dem teilweisen Obsiegen bzw. Unterliegen sind davon Fr. 2'500.- dem Beschwerdegegner aufzuerlegen. Die Beschwerdeführerin hat Gerichtskosten von Fr. 1'500.- zu tragen, welche mit dem geleisteten Kostenvorschuss zu verrechnen sind. Der Restbetrag von Fr. 2'500.- wird zurückerstattet.

8.2. Der teilweise obsiegenden Beschwerdeführerin ist gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) eine reduzierte Parteientschädigung zu Lasten des Beschwerdegegners (vgl. Art. 64 Abs. 2 und 3 VwVG) zuzusprechen. Unter Berücksichtigung der eingereichten Kostennote sowie des nur teilweisen Obsiegens erscheint eine Entschädigung von Fr. 3'000.- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) angemessen.

Dem nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdegegner sind keine verhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist.

9.

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

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.
Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass Ziff. 1 des angefochtenen Beschlusses aufgehoben und durch folgende Anordnung zu ersetzen ist:

Für die Vergütung der stationären Behandlung von obligatorisch krankenpflegeversicherten Patientinnen und Patienten im X._____ gilt ab dem 1. Januar 2010 eine Tagesvollpauschale von Fr. 275.-. Zusätzlich verrechnet werden können die Leistungen gemäss Anhang 1 des (per Ende 2009 gekündigten) Tarifvertrages vom 14. September 2007 zwischen dem Verein X._____ und santésuisse.

2.
Die Anordnung gemäss Ziff. 1 des Urteilsdispositivs ist durch die Vorinstanz im kantonalen Amtsblatt zu veröffentlichen.

3.
Dem Beschwerdegegner werden Verfahrenskosten von Fr. 2'500.- auferlegt. Der Betrag ist innert 30 Tagen nach Versand des vorliegenden Urteils zu Gunsten der Gerichtskasse zu überweisen.

Der Beschwerdeführerin werden Verfahrenskosten von Fr. 1'500.- auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet. Der Restbetrag von Fr. 2'500.- wird zurückerstattet.

4.
Der Beschwerdeführerin wird eine Parteientschädigung zu Lasten des Beschwerdegegners in der Höhe von Fr. 3'000.- (pauschal, inkl. Mehrwertsteuer) zugesprochen.

5.
Dieses Urteil geht an:

– die Beschwerdeführerin (Gerichtsurkunde; Beilage: Rückerstattungsformular)
– den Beschwerdegegner (Gerichtsurkunde; Beilage: Einzahlungsschein)
– die Vorinstanz (Protokoll-Nr. ____; Gerichtsurkunde)
– das Bundesamt für Gesundheit
– die Preisüberwachung

Der vorsitzende Richter:	Die Gerichtsschreiberin:
Johannes Frölicher	Susanne Fankhauser

Versand: