Bundesverwaltungsgericht

Tribunal administratif fédéral

Tribunale amministrativo federale

Tribunal administrativ federal

Abteilung III
C-5666/2008
{T 0/2}

Urteil vom 25. Mai 2009

Besetzung

Richter Michael Peterli (Vorsitz),
Richter Vito Valenti,
Richter Johannes Frölicher,
Richterin Madeleine Hirsig,
Richter Alberto Meuli,
Gerichtsschreiberin Dominique Gross.

Parteien

santésuisse, Die Schweizer Krankenversicherer,
Römerstrasse 20, Postfach, 4502 Solothurn,
vertreten durch Advokat lic. iur. René Brigger,
Falknerstrasse 3, 4001 Basel,
Beschwerdeführerin,

gegen

Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft,
Landeskanzlei, 4410 Liestal,
vertreten durch die Volkswirtschafts- und
Sanitätsdirektion des Kantons Basel-Landschaft,
Landeskanzlei, 4410 Liestal.

Gegenstand

Nichteintreten auf einen Genehmigungsantrag gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG.

Sachverhalt:

A.
Santésuisse, Die Schweizer Krankenversicherer (nachfolgend: santésuisse), hat am 10. Juni 2007 mit A._____ in B._____, einer privaten Stiftung, welche eine private, nicht subventionierte Klinik für palliative Medizin, Pflege und Betreuung betreibt, einen Vertrag abgeschlossen, der gemäss dessen Titel die Vergütung der stationären Behandlung für ausserkantonale Patienten mit Wahlhospitalisation in der allgemeinen Abteilung gemäss Art. 41 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) regelt. Laut Art. 3 dieses Vertrags bezieht sich dieser nur auf Pflichtleistungen gemäss KVG. Anhang 1 Ziff. 1 des Vertrags (gemäss dessen Art. 26 bilden die Anhänge integrierende Bestandteile des Vertrags) setzt die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmende Vollpauschale für ausserkantonale Wahlhospitalisationen gemäss Art. 41 Abs. 1 KVG fest. Diese umfasst gemäss Art. 19 des Vertrags die Hotellerietaxe, Pflegetaxe, sämtliche therapeutischen Behandlungen, Medikamente, Labor sowie sämtliche ärztlichen und kliniktechnischen Leistungen. Damit seien – unter Vorbehalt von Anhang 2 des Vertrags – sämtliche Leistungen abgegolten. Anhang 2 des Vertrags enthält eine Liste der nicht gedeckten Leistungen. Nicht gedeckt sind demnach insbesondere gemäss KVG nicht kassenpflichtige medizinische Leistungen und Medikamente sowie nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmende Mittel und Gegenstände, ferner persönliche Bedürfnisse der Patienten, Unkosten bei Todesfällen, Beherbergung von Begleitpersonen.

Gemäss Art. 24 f. des Vertrags sollte dieser am 1. Januar 2009 in Kraft treten und auf unbestimmte Dauer gelten.

B.
Am 12. Juni 2007 reichte santésuisse den Vertrag zur Genehmigung durch den Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft (nachfolgend: Regierungsrat) bei der kantonalen Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion ein.

C.
Mit Beschluss vom 8. Juli 2008 trat der Regierungsrat auf das Gesuch um Genehmigung des Vertrags vom 10. Juni 2007 zwischen santésuisse und dem A._____ über die Vergütung der stationären Be-

handlung für ausserkantonale Patientien ohne medizinische Indikation in der allgemeinen Abteilung nicht ein.

Zur Begründung führte der Regierungsrat im Wesentlichen aus, dass aufgrund von Art. 41 Abs. 1 Satz 3 KVG bei stationären Behandlungen ausserhalb des Wohnkantons der versicherten Person, welche ohne medizinischen Grund erfolgen, die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehme, der im Wohnkanton gilt. Eine allfällige Differenz zum Tarif des gewählten Leistungserbringers müsse der Versicherte beziehungsweise dessen Zusatzversicherung tragen. Weil somit die Kosten einer ausserkantonalen Wahlhospitalisation nur teilweise von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden müssten und dürften, seien die Grundversicherer durch den darüber hinausgehenden Anteil nicht direkt betroffen. Da die Grundversicherer keine Garantie im Sinne von Art. 111 des Obligationenrechts vom 30. März 1911 (OR, SR 220) gewähren könnten, sei ihnen auch der Abschluss eines entsprechenden Vertrags zu Lasten Dritter, nämlich der Patienten beziehungsweise der Zusatzversicherer, verwehrt. Da folglich die Grundversicherer keine entsprechenden Tarifverträge abschliessen könnten, und den Zusatzversicherern dies bereits aufgrund von Art. 12 Abs. 3 KVG verwehrt sei, stelle der vorliegende Vertrag keinen Tarifvertrag im Sinne von Art. 46 KVG dar und sei demnach auch nicht nach Art. 46 Abs. 4 KVG vom Regierungsrat zu genehmigen.

D.
Gegen diesen Beschluss erhob santésuisse (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 4. September 2008 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht. Sie beantragte, den Entscheid des Regierungsrates vom 8. Juli 2008 aufzuheben und den Vertrag über die Vergütung der stationären Behandlungen für ausserkantonale Patienten ohne medizinische Indikation in der allgemeinen Abteilung zwischen der Beschwerdeführerin und dem A._____ vom 10. Juni 2007 zu genehmigen, eventualiter zur Genehmigung oder zur Neubeurteilung an den Regierungsrat zurückzuweisen.

Zur Begründung führte sie in formeller Hinsicht aus, dass – falls der Regierungsrat bis zum Erlass des angefochtenen Beschlusses noch relevante Abklärungen getätigt habe, die ihr nicht vorgelegt worden seien – eine Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliege, welche nicht geheilt werden könne, so dass die Sache schon aus diesem Grund zu-

rückzuweisen wäre. Ferner sei der hier streitige Vertrag der Preisüberwachung nicht unterbreitet worden, so dass der angefochtene Regierungsratsbeschluss auch aus diesem Grund aufzuheben sei.

In materieller Hinsicht brachte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen vor, die Tarifbildung für Pflichtleistungen nach KVG bei ausserkantonaler Wahlhospitalisation unterstehe den Regeln des KVG. So stelle die Leistung "Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals" eine Leistung nach Art. 25 Abs. 2 Bst. e KVG dar. Dabei werde nicht zwischen innen- und ausserkantonalen Aufenthalten unterschieden. Zudem sehe Art. 41 Abs. 1 KVG vor, dass die Versicherten unter den zugelassenen Leistungeerbringern frei wählen könnten. Für freiwillige Aufenthalte in ausserkantonalen Spitälern bestehe jedoch für den Grundversicherer lediglich die Pflicht, den Referenztarif aus dem Wohnkanton zu übernehmen.

(Auch) die Referenztarife für ausserkantonale Wahlhospitalisationen seien in Tarifverträgen nach Art. 46 KVG zu vereinbaren und zu genehmigen beziehungsweise behördlich festzusetzen. So differenziere Art. 43 Abs. 4 KVG nicht zwischen inner- und ausserkantonalen Hospitalisationen. Ferner sehe Art. 47 Abs. 2 KVG betreffend die ausserkantonale stationäre Behandlung bei Fehlen eines Tarifvertrags explizit die Einleitung eines behördlichen Festsetzungsverfahrens vor.

Der Tarifschutz schliesslich gelte auch für Versicherte, welche sich ohne medizinischen Grund in ausserkantonale Spitalpflege begeben. So sehe doch namentlich Art. 44 Abs. 1 KVG diesbezüglich keine Differenzierung vor.

Insgesamt erweise es sich deshalb als zwingend, dass auch Tarife für ausserkantonale Hospitalisationen genehmigt werden müssten.

E.
Den Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 4'000.- gemäss der Zwischenverfügung des Bundesverwaltungsgerichts vom 16. September 2008 hat die Beschwerdeführerin am 3. Oktober 2008 geleistet.

F.
Mit Vernehmlassung vom 5. November 2008 beantragte der Regierungsrat die Abweisung der Beschwerde.

G.
Das BAG schloss in seiner Stellungnahme vom 26. Januar 2009 auf Gutheissung der Beschwerde. Der Regierungsrat sei anzuweisen, auf das Gesuch der Beschwerdeführerin um Genehmigung des Vertrags vom 10. Juni 2007 einzutreten.

H.
Mit Eingabe vom 19. Februar 2009 hielt die Beschwerdeführerin ihre Anträge aufrecht. Mit Vernehmlassung vom 9. März 2009 hielt auch der Regierungsrat an seinen Anträgen fest. A._____ hat sich nicht vernehmen lassen.

I.
Auf die weiteren Parteivorbringen und die eingereichten Unterlagen wird – soweit für die Entscheidfindung erforderlich – im Rahmen der Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Verfahrensbestimmungen sind grundsätzlich mit ihrem Inkrafttreten anzuwenden (siehe Ulrich Häfelin/Georg Müller/Felix Uhlmann, Allgemeines Verwaltungsrecht, 5. Aufl., Zürich u.a. 2006, Rz. 327a). Entsprechend beurteilt sich die Zuständigkeit des Bundesverwaltungsgerichts vorliegend (grundsätzlich) nach den Bestimmungen des KVG in der durch Ziff. I des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung; AS 2008 2049 2057; BBl 2004 5551; in Kraft seit 1. Januar 2009) geltenden Fassung.

1.2 Gemäss Art. 53 Abs. 1 KVG in Verbindung mit Art. 90a Abs. 2 KVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 46 KVG. Der Regierungsrat hat am 8. Juli 2008 einen (Nichteintretens-)Beschluss im Sinne der aufgeführten Bestimmung erlassen, so dass damit eine Verfügung im Sinne der erwähnten Normen gegeben ist.

1.3 Die Beschwerdeführerin ist gemäss Art. 4 Abs. 1 ihrer Statuten zur Wahrung der Interessen ihrer Mitglieder berufen. Die Mehrheit der Mitglieder ist in ihren Interessen betroffen: So könnten die Grundversicherer mit dem vorliegend streitigen Vertrag namentlich auf die jeweils in-

dividuelle Eruierung des Referenztarifs gemäss Art. 41 Abs. 1 Satz 3 KVG [vgl. hierzu nachfolgend E. 4] verzichten; zudem hätte er ihnen aufgrund der genannten Bestimmung im Zusammenhang mit ausserkantonalen Versicherten, in deren Wohnkanton ein höherer als der im vorliegenden Vertrag vereinbarte Tarif gilt, finanzielle Einsparungen ermöglicht. Die Beschwerdeführerin ist somit durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung. Sie hat ferner am Verfahren vor der Vorinstanz teilgenommen (siehe BGE 127 V 80 E. 3).

Die Beschwerdeführerin ist somit gemäss Art. 48 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021; zu dessen Anwendbarkeit vgl. Art. 37 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 [VGG, SR 173.32] in Verbindung mit Art. 53 Abs. 2 KVG) beschwerdelegitimiert (im Sinne einer egoistischen Verbandsbeschwerde).

1.4 Da die Beschwerde im Übrigen fristgerecht (Art. 50 VwVG in Verbindung mit Art. 22a Abs. 1 Bst. b VwVG; Art. 53 Abs. 2 Bst. b KVG ist nicht anwendbar, da sich dies als unzulässige Rückwirkung erweisen würde) und formgerecht (Art. 52 VwVG) eingereicht wurde, ist grundsätzlich darauf einzutreten. Dagegen kann auf den in der Beschwerde gestellten materiellen Antrag (Genehmigung des Vertrages zwischen der Beschwerdeführerin und A._____ vom 10. Juni 2007 über die Vergütung der stationären Behandlung für ausserkantonale Patienten mit Wahlhospitalisation in der allgemeinen Abteilung) hier nicht eingetreten werden (BGE 125 V 503 E. 1 mit Hinweis).

2.

2.1 Die Vergütung der ausserkantonalen Hospitalisation ohne medizinische Gründe wird in Art. 41 Abs. 1bis KVG (in der oben zitierten revidierten Fassung) geregelt. Gemäss Abs. 6 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung) KVG erfolgt die Umsetzung der Regelung nach Art. 41 Abs. 1bis KVG im Einführungszeitpunkt nach Abs. 1 der Übergangsbestimmungen. Sie muss demnach bis spätestens am 31. Dezember 2011 abgeschlossen sein.

Der vorliegend zu beurteilende Vertrag regelt laut dessen Titel "die Vergütung der stationären Behandlung für ausserkantonale Patienten mit Wahlhospitalisation auf der allgemeinen Abteilung (KVG 41.1)", und richtet sich somit nach der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden

Fassung des KVG. Entsprechend handelt es sich nicht um eine Umsetzung des revidierten Art. 41 Abs. 1bis KVG.

Da überdies betreffend das materielle Recht auf den Zeitpunkt der Verfügung abzustellen ist (ULRICH HÄFELIN/GEORG MÜLLER/FELIX UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 5. Aufl., Zürich u.a. 2006, Rz. 326 f.), wird in den nachfolgenden Erwägungen das KVG (in materieller Hinsicht) in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zu Grunde gelegt und zitiert.

2.2 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt nach Art. 24 KVG die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 25-31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Nach Art. 43 Abs. 4 KVG sind die entsprechenden Tarife und Preise in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Tarifverträgen) zu vereinbaren oder werden 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. Die Vertragspartner und die zuständigen Behörden achten darauf, dass eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird (Art. 43 Abs. 6 KVG).

2.3 Parteien eines Tarifvertrags sind nach Art. 46 Abs. 1 KVG einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder deren Verbände einerseits, sowie einzelne oder mehrere Versicherer oder deren Verbände andererseits. Der Tarifvertrag bedarf gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG 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.

3.
Vorliegend ist insbesondere streitig, ob es sich beim Vertrag zwischen der Beschwerdeführerin und A._____ vom 10. Juni 2007, den diese mit Gesuch vom 12. Juni 2007 dem Regierungsrat zur Genehmigung vorgelegt hat, um einen Tarifvertrag im Sinne von Art. 46 KVG handelt, der einer entsprechenden Genehmigung bedarf.

3.1 Gemäss Art. 41 Abs. 1 Satz 1 KVG können die Versicherten unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Die Beschränkung der freien

Wahl auf geeignete Leistungserbringer ist Ausfluss des Zweckmässigkeits- und Wirtschaftlichkeitsgebots (GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: Ulrich Meyer [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2. Aufl., Basel u.a. 2007, Rz. 942).

3.2 Von diesem Problemkreis ist jedoch die nachfolgend zu prüfende Frage abzugrenzen, ob die Kosten für diesen (frei gewählten) Leistungserbringer vom obligatorischen Krankenpflegeversicherer als Pflichtleistung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (voll) gedeckt werden, oder ob hierfür (teilweise) die Patienten beziehungsweise deren Zusatzversicherungen aufkommen müssen (vgl. auch BGE 133 V 123 E. 3.2 mit Hinweisen; kurz GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: Ulrich Meyer [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2. Aufl., Basel u.a. 2007, Rz. 942).

4.
Bei der stationären Behandlung für ausserkantonale Patienten ohne medizinische Indikation, welche Regelungsgegenstand des hier zu beurteilenden Vertrags bildet, muss der Versicherer gemäss Art. 41 Abs. 1 Satz 3 KVG die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der im Wohnkanton der versicherten Person gilt (vgl. zur Festlegung dieses Referenztarifs bei einer nicht aus medizinischen Gründen ausserhalb des Wohnkantons stationär durchgeführten Spitalbehandlung BGE 133 V 123; siehe auch BEAT MEYER, Schranken und Freiräume nach Art. 41 KVG, in: Thomas Gächter [Hrsg.], Ausserkantonale Hospitalisation: Eine Tür zu mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen?, Zürich u.a. 2006, S. 10; kurz auch GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: Ulrich Meyer [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2. Aufl., Basel u.a. 2007, Rz. 721).

In Abgrenzung hierzu regeln Art. 41 Abs. 2 und 3 KVG (unter anderem) die Kostenübernahme von ausserkantonal erbrachten stationären Leistungen, die sich aus medizinischen Gründen aufdrängen (namentlich bei Notfällen oder wenn die erforderlichen Leistungen im Wohnkanton oder in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten ausserkantonalen Spital nicht angeboten werden). In diesem Fall richtet sich die Kostenübernahme gemäss Art. 41 Abs. 2 KVG nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt. Beansprucht die versicherte Person aus medizinischen Gründen die Dienste eines ausserhalb ihres Wohnkantons befindlichen öffentlichen oder öffentlich sub-

ventionierten Spitals, so übernimmt der Wohnkanton die Differenz zwischen den in Rechnung gestellten Kosten und den Tarifen des betreffenden Spitals für Einwohner des Kantons (Art. 41 Abs. 3 KVG).

4.1

4.1.1 Der Tarif, welcher im Wohnkanton der versicherten Person gilt, der von den Grundversicherern bei der ausserkantonalen Wahlhospitalisation höchstens zu vergüten ist (Art. 41 Abs. 1 Satz 3 KVG; siehe auch BGE 134 V 269 E. 2.3), sind in Verträgen gemäss Art. 46 KVG zu vereinbaren und von der zuständigen Kantonsregierung zu genehmigen. Nur, aber immerhin insoweit handelt es sich bei der ausserkantonalen Wahlhospitalisation um Leistungen, welche von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Sinne von Art. 1a KVG zu tragen sind, und somit den Bestimmungen des KVG (BGE 134 V 269, insbesondere E. 2.3 und 2.4) und insbesondere dem Tarifschutz nach Art. 44 Abs. 1 KVG (diesbezüglich unklar beziehungsweise inkohärent BGE 134 V 269 E. 2.5, demgemäss der Tarifschutz in Bezug auf die den Tarif des Wohnkantons übersteigende Vergütung "höchstens" darin bestehe, dass die Kantonsregierung gemäss Art. 47 Abs. 2 KVG einen Tarif festsetze. Inwiefern ein solcher allfälliger [über den Wortlaut von Art. 44 Abs. 1 KVG hinausgehender] Tarifschutz mit der in E. 2.3 und 2.4 geäusserten Meinung zu vereinen wäre, wird denn vom Bundesgericht auch nicht weiter begründet) unterstehen.

4.1.2 Was die Leistungserbringer über diesen von der Grundversicherung zu tragenden Sockelbetrag hinaus für eine ausserkantonale Wahlhospitalisation verlangen, muss – da es sich dabei eben gerade nicht um von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmende Leistungen gemäss KVG handelt – von den Patienten respektive von einer entsprechenden Zusatzversicherung getragen werden (BGE 134 V 269, insbesondere E. 2.3 und 2.4).

Entsprechend können die Grundversicherer für diesen sie nicht tangierenden überobligatorischen Bereich – wie auch der Regierungsrat unter Hinweis auf Art. 111 OR richtig ausgeführt hat – mit den Leistungserbringern auch keine Tarifverträge gemäss Art. 46 KVG vereinbaren.

4.1.3 Gemäss Art. 12 Abs. 2 KVG steht es den Krankenkassen jedoch frei, neben der sozialen Krankenversicherung gemäss KVG auch Zusatzversicherungen anzubieten. Diese Zusatzversicherungen unterliegen laut Art. 12 Abs. 3 KVG den Bestimmungen des Bundesgesetzes

vom 2. April 1908 über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG, SR 221.229.1). Insbesondere danach – und nicht nach den Bestimmungen des KVG – haben sich auch die Tarife der Leistungserbringer für überobligatorische Leistungen zu richten (ungenau jedoch BGE 134 V 269 E. 2.5, vgl. oben E. 4.1.1).

4.1.4 So besteht auch kein Schutzbedürfnis der Patienten auf Regelung dieser Tarife in Tarifverträgen nach Art. 46 KVG, könnten sie sich doch im Wohnkanton beziehungsweise in auf der Spitalliste des Kantons aufgeführten Leistungserbringern ausserhalb des Wohnkantons (betreffend den vollen Tarifschutz bei der Behandlung in einem ausserkantonalen Listenspital aus medizinischen Gründen vgl. RKUV 1998 Nr. KV 54 S. 547 ff.; vgl. jedoch BGE 127 V 398 [sowie die fundierte Kritik an dieser bundesgerichtlichen Rechtsprechung von Beat Meyer, Schranken und Freiräume nach Art. 41 KVG, in: Thomas Gächter [Hrsg.], Ausserkantonale Hospitalisation: Eine Tür zu mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen?, Zürich u.a. 2006, S. 8 f.]) unter vollem Tarifschutz gemäss Art. 44 Abs. 1 KVG behandeln lassen.

4.2

4.2.1 Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, dass der vorliegend streitige Vertrag gerade den aufgrund von Art. 41 Abs. 1 Satz 3 KVG von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu tragenden Teil der Leistungen regeln solle, indem für die ausserkantonale Wahlhospitalisation "Tarife des Wohnkantons" im Sinne dieser Bestimmung festgesetzt würden, indiziert dies kein anderes Ergebnis:

So würde doch (soweit die Tarife im Wohnkanton tiefer sind als im vorliegenden Vertrag vereinbart) durch entsprechend differenzierende Tarife – für Einwohner eines Kantons einerseits, für ausserkantonale Patienten im Rahmen der ausserkantonalen Wahlhospitalisationen andererseits – Sinn und Zweck von Art. 41 Abs. 1 Satz 3 KVG unterlaufen, wonach der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen muss, der im Wohnkanton der versicherten Person gilt. Es käme damit zu einer Umlagerung von Kosten, welche aufgrund des Gesetzes den Patienten selbst respektive den Zusatzversicherungen anlaufen, auf die Grundversicherung, und würde zu Kostensteigerungen in der sozialen Krankenversicherung führen, was dem Hauptziel des KVG, der Kosteneindämmung im Gesundheitswesen, widersprechen würde. Ferner kann es nicht Sinn und Zweck der sozialen Krankenpflegeversicherung sein, den Zusatzversicherern, welche eine Spitalzu-

satzversicherung "allgemeine Abteilung ganze Schweiz" anbieten, beziehungsweise deren Versicherten zu möglichst günstigen Vertragsbedingungen mit tiefen Prämien zu verhelfen. Somit können im Rahmen von Art. 41 Abs. 1 Satz 3 KVG keine separaten Tarife für ausserkantonale Wahlhospitalisationen vereinbart werden.

4.2.2 Hiergegen spricht auch nicht Art. 47 Abs. 2 KVG, wonach die Regierung des Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt, unter bestimmten Voraussetzungen einen Tarif festsetzt, wenn für die stationäre Behandlung der versicherten Person ausserhalb ihres Wohnkantons kein Tarifvertrag besteht. So lässt zwar (allein) der Wortlaut dieser Norm offen, ob diese behördliche Tariffestsetzung sowohl für ausserkantonale Wahlhospitalisationen nach Art. 41 Abs. 1 Satz 3 KVG als auch für die ausserkantonale Hospitalisation aus medizinischen Gründen gelten soll, oder vielmehr nur für letztere. Wie oben aufgezeigt ergibt jedoch eine Auslegung der einschlägigen Normen (insbesondere nach Sinn und Zweck), dass sich auch Art. 47 Abs. 2 KVG nur auf die ausserkantonale Behandlung aus medizinischen Gründen beziehen kann.

4.3 Der Regierungsrat ist damit mit seinem Beschluss vom 8. Juli 2008 auf das Gesuch um Genehmigung des Vertrags vom 10. Juni 2007 zwischen der Beschwerdeführerin und A._____ zu Recht nicht eingetreten.

4.4 Daran vermöchte ferner auch eine Beurteilung nach Art. 41 Abs. 1bis KVG in der revidierten Fassung nichts zu ändern. So haben doch die Versicherer bei ausserkantonalen Hospitalisationen ohne medizinische Notwendigkeit auch weiterhin (zukünftig jedoch gemeinsam mit dem Wohnkanton) nur einen Sockelbeitrag zu leisten.

5.

5.1 Da es sich beim vorliegend zu beurteilenden Vertrag zwischen der Beschwerdeführerin und A._____ vom 10. Juni 2007 wie aufgezeigt nicht um einen Tarifvertrag im Sinn von Art. 46 KVG handelt, welcher gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG einer Genehmigung der zuständigen Kantonsregierung bedürfte, bestand für den Regierungsrat auch kein Anlass, diesen der Preisüberwachung zur Anhörung gemäss Art. 14 Abs. 1 des Preisüberwachungsgesetzes vom 20. Dezember 1985 (PüG, SR 942.20) vorzulegen. Die entsprechende Rüge der Beschwerdeführerin geht damit fehl.

5.2 Ferner besteht auch kein Anlass, den regierungsrätlichen Beschluss wegen Verletzung des rechtlichen Gehörs aufzuheben, zumal keine Hinweise auf einen entsprechenden Verfahrensfehler ersichtlich sind.

6.
Im Ergebnis ist somit die Beschwerde von santésuisse gegen den Beschluss des Regierungsrates vom 8. Juli 2008 abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

7.
Zu entscheiden ist noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

7.1 Die Verfahrenskosten, bestehend aus den Gerichtsgebühren und den Auslagen, werden im vorliegenden Verfahren – unter Berücksichtigung des Umfanges und der Schwierigkeit der Streitsache, Art der Prozessführung und finanzieller Lage der Parteien – auf pauschal Fr. 4'000.- festgesetzt (Art. 63 Abs. 4bis VwVG in Verbindung mit Art. 1, Art. 2 Abs. 1 und Art. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Sie werden der unterliegenden Beschwerdeführerin auferlegt (Art. 63 Abs. 1 VwVG) und sind mit dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 4'000.- zu verrechnen.

7.2 Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario).

8.
Aufgrund von Art. 83 Bst. r des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (BGG, SR 173.110) kann gegen diesen Entscheid keine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht geführt werden (wobei sich der dortige Verweis auf Art. 34 VGG als gesetzgeberisches Versehen erweist, wurde doch diese Bestimmung per 1. Januar 2009 durch Ziff. II des BG vom 21. Dezember 2007 [Spitalfinanzierung] aufgehoben und durch Art. 53 Abs. 1 KVG und Art. 90a KVG abgelöst [beide eingefügt gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dezember 2007]).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.
Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.

2.
Die Verfahrenskosten von Fr. 4'000.- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Sie werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 4000.- verrechnet.

3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4.
Dieses Urteil geht an:

- die Beschwerdeführerin (mit Gerichtsurkunde)
- A._____ (mit Gerichtsurkunde)
- die Vorinstanz (mit Gerichtsurkunde)
- das BAG
- die Preisüberwachung
- den Bundesrat

Der vorsitzende Richter:	Die Gerichtsschreiberin:
Michael Peterli	Dominique Gross

Versand: