Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal

Abteilung III
C-2664/2014

Urteil vom 31. März 2016

Besetzung

Richterin Franziska Schneider (Vorsitz),
Richter Michael Peterli, Richterin Madeleine Hirsig-Vouilloz,
Gerichtsschreiber Michael Rutz.

Parteien

Zürcher Höhenklinik Wald,
vertreten durch Verband Zürcher Krankenhäuser VZK,
dieser vertreten durch Prof. Dr. iur. Urs Saxer, Rechtsanwalt,
Beschwerdeführerin,

gegen

1. **Helsana Versicherungen AG,**
2. **Progrès Versicherungen AG,**
3. **Sansan Versicherungen AG,**
4. **Avanex Versicherungen AG,**
5. **maxi.ch Versicherungen AG,**
6. **indivo Versicherungen AG,**
7. **Sanitas Grundversicherungen AG,**
8. **Compact Grundversicherungen AG,**
9. **Wincare Versicherungen,**
10. **KPT Krankenkasse AG,**
11. **Agilia Krankenkasse AG (infolge Fusion am 5.1.2015 im Handelsregister gelöscht),**
12. **Publisana Krankenkasse AG (infolge Fusion am 5.1.2015 im Handelsregister gelöscht),**
13. **Kolping Krankenkasse AG,**

2.-13. vertreten durch Helsana Versicherungen AG,
Beschwerdegegnerinnen,

Regierungsrat des Kantons Zürich,
Staatskanzlei,
handelnd durch Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich,
Vorinstanz.

Gegenstand

Krankenversicherung, Festsetzung des Tarifs für die stationäre neurologische Rehabilitation ab 2012, Regierungsratsbeschluss Nr. 462 vom 9. April 2014.

Sachverhalt:

A.

A.a Im Hinblick auf die Einführung der neuen Spitalfinanzierung per 1. Januar 2012 forderte die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (nachfolgend: Gesundheitsdirektion) die Tarifpartner im Kanton Zürich mit Schreiben vom 14. April 2011 auf, bis spätestens Ende September 2011 die Tarifverträge 2012 zur Genehmigung einzureichen. Im Falle des Scheiterns der Vertragsverhandlungen seien bis spätestens 14. Oktober 2011 Festsetzungsanträge für die Tarife 2012 zu unterbreiten (Akten der Gesundheitsdirektion [nachfolgend: act.] I/1). In der Folge führte die Zürcher Höhenklinik Wald (nachfolgend: ZHW oder Beschwerdeführerin), vertreten durch den Verband Zürcher Krankenhäuser (nachfolgend: VZK), Verhandlungen mit den Krankenversicherern über die Tarife im Bereich der stationären Rehabilitation.

A.b Gemäss Aufforderung der Gesundheitsdirektion vom 4. November 2011, bis zum 23. November 2011 allfällige Tarifverträge zur Genehmigung einzureichen oder begründete Tariffestsetzungsanträge zu stellen (act. I/3), teilte der VZK mit Eingabe vom 23. November 2011 mit, dass noch keine Verträge abgeschlossen worden seien und ersuchte unter anderem für die ZHW um Festsetzung einer Tagesteilpauschale von Fr. 407.– und einer Fallteilpauschale von Fr. 4'257.– für die Nicht-Neurorehabilitation sowie einer Tagesvollpauschale von Fr. 925.– für die neurologische Rehabilitation mit Wirkung ab 1. Januar 2012 (act. VI/1.3.1/A1).

A.c Für den Bereich der Rehabilitation von Erwachsenen in den Zürcher Spitälern setzte der Regierungsrat des Kantons Zürich (nachfolgend: Regierungsrat oder Vorinstanz) mit Beschluss Nr. 1493 vom 7. Dezember 2011 provisorische Tagespauschalen für die neurologische Rehabilitation (inkl. Frührehabilitation) von Fr. 778.– sowie für die Rehabilitation bei Querschnittslähmung (inkl. Frührehabilitation bei Querschnittslähmung) von Fr. 1'207.– fest. Für die Rehabilitation in übrigen Leistungsgruppen wurde provisorisch eine Tagesteilpauschale von Fr. 346.– und eine Fallteilpauschale von Fr. 3'545.– festgelegt (act. II/1). Auf eine dagegen von den in der Einkaufsgemeinschaft HSK zusammengeschlossenen Krankenversicherern der Helsana-Gruppe, der Sanitas-Gruppe und der durch die KPT vertretenen Krankenversicherer erhobenen Beschwerde trat das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil C-124/2012 vom 23. April 2012 nicht ein.

A.d Die Einkaufsgemeinschaft HSK nahm am 15. März 2012 innert der von der Gesundheitsdirektion mit Schreiben vom 10. Februar 2012 (act. I/6) angesetzten Frist zum Tariffestsetzungsantrag vom 23. November 2011 Stellung und beantragte, dass für die ZHW rückwirkend per 1. Januar 2012 eine Tagesteilpauschale von Fr. 343.– und eine Fallteilpauschale von Fr. 3'508.– für die Nicht-Neurorehabilitation und eine Tagesvollpauschale von Fr. 700.– für die neurologische Rehabilitation festzusetzen sei (act. VI/1.3.1/A3).

A.e Die vom instruierenden Gesundheitsdepartement des Kantons Zürich am 29. Juni 2012 zur Stellungnahme eingeladene Eidgenössische Preisüberwachung teilte am 30. November 2012 mit, dass sie auf die Abgabe einer Empfehlung bezüglich der Tarife 2012 im Bereich der stationären Rehabilitation verzichte (act. III/1).

A.f Mit Eingabe vom 10. Januar 2013 nahm der VZK abschliessend Stellung und hielt an seinen Ausführungen und Anträgen gemäss den Eingaben vom 23. November 2011 und 15. März 2012 fest, vorbehältlich einer Anpassung des Investitionskostenzuschlags für das Jahr 2013 auf 11 %. Mit Wirkung ab 1. Januar 2013 sei daher für die ZHW eine Tagesteilpauschale von Fr. 411.– und eine Fallteilpauschale von Fr. 4'296.– für die Nicht-Neurorehabilitation sowie eine Tagesvollpauschale von Fr. 934.– für die neurologische Rehabilitation festzusetzen (act. VI/1.3.1/D1).

A.g Die ZHW reichte am 4. Februar 2013 ebenfalls eine Stellungnahme ein und schloss sich den Ausführungen des VZK grundsätzlich an, stellte aber einen angepassten Festsetzungsantrag. Sie beantragte für die neurologische Rehabilitation die Festsetzung einer Tagesvollpauschale von Fr. 933.– und für die muskuloskelettale, die kardiologische sowie die pneumologische Rehabilitation je eine Tagesvollpauschale von Fr. 599.–. Sie brachte insbesondere vor, dass der Schweregrad ihrer Behandlungen überdurchschnittlich hoch sei (act. VI/1.3.1/D2).

A.h Auf Aufforderung der Gesundheitsdirektion vom 25. April 2013 (act. I/9/3) hin, eine quantitative Begründung für den geltend gemachten höheren Schweregrad zu liefern, nahm die ZHW mit Schreiben vom 14. Mai 2013 und mit E-Mail vom 22. Mai 2013 Stellung (act. VI/1.3.1/D4 und D5).

A.i Am 5. Februar 2014 einigte sich die ZHW vertraglich mit den von tarifsuisse vertretenen Krankenversicherern bezüglich der Vergütung der

stationären Rehabilitation in der allgemeinen Abteilung auf ab 1. Januar 2012 bis 31. Dezember 2013 und ab 1. Januar 2014 anwendbare Tagespauschalen (act. VI/1.3.1/B2).

B.
Mit Beschluss Nr. 462 vom 9. April 2014 nahm der Regierungsrat die Vertragsgenehmigungen beziehungsweise Festsetzungen bezüglich der stationären Tarife ab 2012 in den Bereichen Palliative Care, akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker und Rehabilitation vor (Beilage 3 zu BVGer-act. 1). Für die Zürcher Höhenklinik Wald setzte er mit Wirkung ab 1. Januar 2012 für Leistungen im Bereich neurologische Rehabilitation eine Tagespauschale von Fr. 807.– und für Leistungen im Bereich der übrigen Rehabilitation eine Tagespauschale von Fr. 580.– (Dispositiv-Ziffer III/a) fest. Die Tarifverträge zwischen der ZHW und tarifsuisse wurden genehmigt (Dispositiv-Ziffern IV/a/1 und IV/c/1).

C.
Gegen diesen Regierungsratsbeschluss erhob die ZHW, vertreten durch den VZK, dieser wiederum vertreten durch Rechtsanwalt Urs Saxer mit Eingabe vom 14. Mai 2014 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht und beantragte, dass die Dispositiv-Ziffer III/a teilweise aufzuheben und für die neurologische Rehabilitation eine Tagespauschale von Fr. 934.– festzusetzen sei. Eventualiter sei die Sache zur Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen (BVGer-act. 1).

D.
Der mit Zwischenverfügung vom 23. Mai 2014 bei der Beschwerdeführerin eingeforderte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 4'000.– (BVGer-act. 2) wurde am 6. Juni 2014 geleistet (BVGer-act. 8).

E.
Die Beschwerdegegnerinnen beantragten in ihrer Beschwerdeantwort vom 23. Juni 2014, dass die Beschwerde abzuweisen und für die Beschwerdeführerin rückwirkend per 1. Januar 2012 eine Tagespauschale von Fr. 700.– (inkl. 10 % Anlagenutzungskosten) für die neurologische Rehabilitation festzusetzen sei (BVGer-act. 9).

F.
Mit Vernehmlassung vom 25. Juni 2014 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde (BVGer-act. 10).

G.
Mit Instruktionsverfügung vom 1. Juli 2014 wurde die Eidgenössische Preisüberwachung eingeladen, als Fachbehörde Stellung zu nehmen (BVGer-act. 11), worauf diese mit Schreiben vom 24. Juli 2014 auf eine Stellungnahme verzichtete (BVGer-act. 12).

H.
Das mit Instruktionsverfügung vom 30. Juli 2014 (BVGer-act. 13) zur Stellungnahme eingeladene Bundesamt für Gesundheit (BAG) teilte mit Schreiben vom 1. September 2014 mit, dass sie ebenfalls auf eine Stellungnahme verzichte (BVGer-act. 14).

I.
Mit Instruktionsverfügung vom 5. September 2014 wurde der Schriftenwechsel abgeschlossen (BVGer-act. 19).

J.
Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.
Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich gemäss Art. 37 VGG und Art. 53 Abs. 2 Satz 1 KVG (SR 832.10) grundsätzlich nach den Vorschriften des VwVG. Vorbehalten bleiben allfällige Abweichungen des VGG und die besonderen Bestimmungen des Art. 53 Abs. 2 KVG.

2.
Nach Art. 53 Abs. 1 KVG kann gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 47 KVG beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden. Der angefochtene Regierungsratsbeschluss vom 9. April 2014 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). Die Beschwerdeführerin hat am vorinstanzlichen Tariffestsetzungsverfahren teilgenommen, ist als Adressatin durch den angefochtenen Regierungsratsbeschluss besonders berührt und hat insoweit an dessen Aufhebung beziehungsweise Abänderung ein schutzwürdiges Interesse (Art. 48 Abs. 1 VwVG). Sie ist daher zur Beschwerde legitimiert. Auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 14. Mai 2014 ist,

nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, einzutreten (Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

3.

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (BGE 136 II 457 E. 4.2) bildet der Regierungsratsbeschluss vom 9. April 2014 betreffend Genehmigung von Tarifverträgen und Festsetzung der stationären Tarife ab 2012 in den Bereichen Palliative Care, akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker und Rehabilitation der Zürcher Spitäler. Aufgrund der Rechtsbegehren strittig und im Folgenden vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist die Festsetzung der Tagespauschale für stationäre OKP-Leistungen der Beschwerdeführerin im Bereich der neurologischen Rehabilitation auf Fr. 807.– für die bei den Beschwerdegegnerinnen versicherten Patientinnen und Patienten. Nicht angefochten und damit nicht Prozessthema ist der festgelegte Mischtarif für sämtliche Leistungen der Beschwerdeführerin der muskuloskelettalen, kardiovaskulären, pulmonalen sowie der internistisch-onkologischen Rehabilitation in der Höhe von Fr. 580.– pro Tag.

4.

4.1 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). Tariffestsetzungsbeschlüsse nach Art. 47 KVG sind vom Bundesverwaltungsgericht mit voller Kognition zu überprüfen (Art. 53 Abs. 2 Bst. e KVG e contrario; BVGE 2010/24 E. 5.1).

4.2 Das Bundesverwaltungsgericht ist als Beschwerdeinstanz an die rechtliche Begründung der Begehren nicht gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Nach dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen kann es eine Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2. Aufl. 2013, S. 24 Rz. 1.54).

4.3 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 (vgl. 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 hochstehende, 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; 133 II 35 E. 3; 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 139 II 185 E. 9.3; 135 II 296 E. 4.4.3; 133 II 35 E. 3 mit Hinweisen; BVGE 2010/25 E. 2.4.1 mit weiteren Hinweisen). Dies gilt jedenfalls, soweit die Vorinstanz die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte geprüft und die erforderlichen Abklärungen sorgfältig und umfassend durchgeführt hat (BGE 139 II 185 E. 9.3; 138 II 77 E. 6.4).

4.4 Die Beschwerdegegnerinnen haben den vorinstanzlichen Tariffestsetzungsbeschluss nicht angefochten. In ihrer Beschwerdeantwort beantragen sie neben der Abweisung der Beschwerde auch die Festsetzung einer Tagespauschale von Fr. 700.– per 1. Januar 2012 durch das Bundesverwaltungsgericht. Dieser Betrag ist tiefer als die von der Vorinstanz festgesetzte Tagespauschale. Da die Beschwerdegegnerin selber keine Beschwerde erhoben hat, ist darauf hinzuweisen, dass weder das VwVG noch das KVG das Institut der Anschlussbeschwerde kennen (Urteil des BVGer C-4961/2010 vom 18. September 2013 E. 2.2 m.w.H.). Der Einbezug der Gegenpartei in den Schriftenwechsel darf nicht dazu führen, dass ein Verfügungsadressat, der die Beschwerdefrist unbenutzt verstreichen liess, nachträglich eigene Rechte geltend machen kann (SEETHALER/PLÜSS, in: Praxiskommentar VwVG, 2009, Art. 57 N 12; vgl. auch Urteil des BVGer C-4190/2013 vom 25. November 2014 E. 1.5 m.w.H.). Soweit die Beschwerdegegnerinnen Anträge stellen, die aus Sicht der Beschwerdeführerin auf eine reformatio in peius zielen, sind diese

praxisgemäss lediglich als prozessuale Anregung an die Beschwerdeinstanz entgegenzunehmen und können Kostenfolgen nach sich ziehen (vgl. BVGE 2010/24 E. 3.3; C-4961/2010 E. 2.2; C-4190/2013 E. 1.5).

5.

5.1 Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung haben die anerkannten Krankenversicherungen die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 25-31 KVG nach Massgabe der in Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen (Art. 24 KVG). Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Diese Leistungen umfassen unter anderem die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (Art. 25 Abs. 2 Bst. d KVG) sowie den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung (Art. 25 Abs. 2 Bst. e KVG).

5.2 Der Begriff der Rehabilitation wird im KVG inhaltlich nicht definiert. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung schliesst die medizinische Rehabilitation im Sinn von Art. 25 Abs. 2 Bst. d KVG an die eigentliche Krankheitsbehandlung an und bezweckt, die durch die Krankheit oder Behandlung selbst bewirkte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit mit Hilfe medizinischer Massnahmen ganz oder teilweise zu beheben, oder sie dient insbesondere bei Chronischkranken der Erhaltung und allenfalls Verbesserung des verbliebenen Funktionsvermögens (BGE 126 V 323 E. 2c).

5.3 Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), sind gemäss Art. 35 Abs. 1 und 2 Bst. h sowie Art. 39 Abs. 1 KVG zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen, wenn sie, nebst der Erfüllung weiterer Voraussetzungen, der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind (Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG; Bedarfsdeckungs- und Koordinationsvoraussetzung), und auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind (Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG; Publizitäts- und Transparenzvoraussetzung; vgl. BGE 126 V 172 E. 2b mit Hinweisen).

5.4 Gemäss der Zürcher Spitalliste 2012 Rehabilitation wurden der Beschwerdeführerin Leistungsaufträge für die muskuloskelettale, die neurologische, die kardiovaskuläre, die pulmonale und die internistisch-onkologische Rehabilitation erteilt. In Verbindung mit diesen Leistungsaufträgen verfügt die Beschwerdeführerin zudem über einen Leistungsauftrag für Frührehabilitation. In der hier umstrittenen neurologischen Rehabilitation werden die Folgen von Erkrankungen und Verletzungen des Zentralnervensystems behandelt. Die Frührehabilitation umfasst die zweite, weniger intensive Phase der Akutbehandlung nach weitgehendem Abschluss der ersten akutmedizinischen Versorgung des Patienten. In der Versorgungskette ist die Frührehabilitation zeitlich vor den Massnahmen der weiterführenden Rehabilitation angesiedelt und umfasst die gleichzeitige akutmedizinisch-kurative und rehabilitative Behandlung von Patienten. Zur Vermeidung unnötiger Schnittstellen und Verlegungen sind Leistungsaufträge für Rehabilitationskliniken im Bereich Frührehabilitation nur in Kombination mit dem jeweiligen organspezifischen rehabilitativen Leistungsauftrag möglich (vgl. Zürcher Spitalplanung 2012, Strukturbericht September 2011, S. 122 f.).

6.

Zur Beurteilung der Tagespauschale für die von der Beschwerdeführerin erbrachten stationären Leistungen der neurologischen Rehabilitation ab 1. Januar 2012 sind folgende Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen massgebend.

6.1 Die Vergütung der Leistungen der (zugelassenen) Leistungserbringer nach Art. 25 KVG erfolgt nach Tarifen oder Preisen (Art. 43 Abs. 1 KVG). Der Tarif ist eine Grundlage für die Berechnung der Vergütung; er kann namentlich als Zeittarif, Einzelleistungstarif oder Pauschaltarif ausgestaltet sein (Art. 43 Abs. 2 Bst. a-c KVG). Nach Art. 43 Abs. 4 KVG werden Tarife und Preise 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. Leitgedanke für die Tarifgestaltung ist eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten (Art. 43 Abs. 6 KVG; BGE 131 V 133 E. 4). Der Tarifvertrag bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat. Die Genehmigungsbehörde prüft, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht (Art. 46 Abs. 4 KVG).

6.2 Nach Art. 43 Abs. 7 KVG kann der Bundesrat Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen. Gestützt darauf hat er Art. 59*c* KVV (SR 832.102) erlassen (in Kraft seit 1. August 2007; AS 2007 3573). Nach dessen Abs. 1 prüft die Genehmigungsbehörde (im Sinn von Art. 46 Abs. 4 KVG), ob der Tarifvertrag namentlich den folgenden Grundsätzen entspricht: Der Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken (Bst. a). Der Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken (Bst. b). Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen (Bst. c). Gemäss Art. 59*c* Abs. 3 KVV sind diese Grundsätze bei Tariffestsetzungen nach Art. 47 KVG sinngemäss anzuwenden.

6.3 Kommt zwischen Leistungserbringern und Versicherern kein Tarifvertrag zustande, so setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest (Art. 47 Abs. 1 KVG). Die Bestimmung, wonach die Kantonsregierung bei der Genehmigung von Tarifverträgen zu prüfen hat, ob diese mit dem Gesetz und den Geboten der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang stehen, gilt auch bei der Tariffestsetzung im vertragslosen Zustand nach Art. 47 KVG (BVGE 2010/25 E. 7).

6.4 Für Tarifverträge mit Spitälern (und Geburtshäusern) enthält das Gesetz in Art. 49 KVG eine Spezialregelung. Danach vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen. In der Regel sind Fallpauschalen festzulegen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden. Die Spitaltarife orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen (Art. 49 Abs. 1 KVG). Die Pauschalen dürfen keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten. Dazu gehören insbesondere die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie die Forschung und universitäre Lehre (Art. 49 Abs. 3 KVG). Bei Spitalaufenthalten richtet sich die Vergütung nach Abs. 1, solange der Patient oder die Patientin nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf. Ist diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt, so kommt für den Spitalaufenthalt der Tarif nach Art. 50 KVG zur Anwendung (Art. 49 Abs. 4 KVG). Die Vergütungen

nach Art. 49 Abs. 1 KVG werden vom Kanton und den Versicherern anteilsmässig übernommen (Art. 49*a* Abs. 1 KVG).

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

6.5.1 Die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL, SR 832.104) regelt nach deren Art. 1 Abs. 1 die einheitliche Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen im Spital- und Pflegeheimbereich. Zu den Zielen der Kosten- und Leistungserfassung gehören gemäss Art. 2 Abs. 1 VKL namentlich die Schaffung der Grundlagen für die Bestimmung der Leistungen und der Kosten der OKP in der stationären Behandlung im Spital und im Geburtshaus (Bst. b) und die Ausscheidung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen im Sinne von Art. 49 Abs. 3 KVG und von deren Kosten (Bst. g). Weiter sollen dadurch unter anderem Betriebsvergleiche, Tarifberechnungen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen ermöglicht werden (Art. 2 Abs. 2 Bst. b, Bst. c und Bst. f VKL).

6.5.2 Art. 3 VKL definiert die stationäre Behandlung, Art. 7 VKL die Kosten für die universitäre Lehre und für die Forschung, Art. 8 VKL die Investitionen.

6.5.3 Die Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen ist im 3. Abschnitt (Art. 9 ff.) der VKL geregelt. Nach Art. 9 VKL müssen Spitäler, Geburtshäuser 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 (Departement) kann nähere Bestimmungen über die technische Ausgestaltung der Kostenrechnung erlassen. Es hört dabei die Kantone, Leistungserbringer und Versicherer an (Abs. 6).

6.5.4 Art. 10 VKL trägt den Titel «Anforderungen an Spitäler und Geburtshäuser». Abs. 1 verpflichtet die Spitäler und Geburtshäuser, eine Finanzbuchhaltung zu führen. Spitäler müssen die Kosten der Kostenstellen nach der Nomenklatur der nach dem Anhang zur Verordnung vom 30. Juni 1993 über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes durchgeführten Krankenhausstatistik ermitteln (Abs. 2). Die Spitäler und Geburtshäuser müssen eine Lohnbuchhaltung führen (Abs. 3). Es ist eine Kosten- und Leistungsrechnung zu führen (Abs. 4). Zur Ermittlung der Kosten für Anlagenutzung müssen die Spitäler und Geburtshäuser eine Anlagebuchhaltung führen. Objekte mit einem Anschaffungswert von Fr. 10'000.– und mehr gelten als Investitionen nach Art. 8 VKL (Abs. 5).

6.5.5 Art. 10*a* VKL enthält unter dem Titel «Angaben der Spitäler und Geburtshäuser» weitere Vorgaben zur Anlagebuchhaltung, namentlich zur Bewertung von Anlagen (Abs. 2), zu den Abschreibungen (Abs. 3) sowie der kalkulatorischen Verzinsung (Abs. 4).

6.5.6 Nach Art. 15 VKL sind Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime verpflichtet, die Unterlagen eines Jahres ab dem 1. Mai des Folgejahres zur Einsichtnahme bereitzuhalten. Zur Einsichtnahme berechtigt sind die Genehmigungsbehörden, die fachlich zuständigen Stellen des Bundes sowie die Tarifpartner.

7.

Die Voraussetzungen für eine hoheitliche Tariffestsetzung nach Art. 47 Abs. 1 KVG waren vorliegend erfüllt, was unter den Parteien unbestritten ist. Weiter ist festzuhalten, dass die Vorinstanz ihrer Pflicht, die Preisüberwachung anzuhören (vgl. Art. 14 Abs. 1 PüG [SR 942.20]), nachgekommen ist. Da die Preisüberwachung darauf verzichtet hat, zum vorliegend streitigen Tarif eine Empfehlung abzugeben, entfällt die Prüfung, ob die Vorinstanz eine allfällige Abweichung nachvollziehbar begründet hat (vgl. BVGE 2014/3 E. 1.4.2).

8.

8.1 Die revidierten Bestimmungen des KVG zur Spitalfinanzierung (Änderung vom 21. Dezember 2007, AS 2008 2049) sind am 1. Januar 2009 in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung) müssen die Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen nach Art. 49 Abs. 1 KVG sowie die Anwendung der Finanzierungsregelung nach Art. 49*a* KVG mit Einschluss der

Investitionskosten spätestens am 31. Dezember 2011 abgeschlossen sein. Während der Systemwechsel im Bereich der Akutsomatik per 1. Januar 2012 vollzogen und mit SwissDRG eine schweizweit einheitliche Tarifstruktur eingeführt wurde, fehlt eine solche im Bereich der stationären Rehabilitation. Im Auftrag der SwissDRG AG (als Organisation im Sinne von Art. 49 Abs. 2 KVG) wird derzeit die national einheitliche und leistungsorientierte Tarifstruktur ST Reha entwickelt, die auf der Bildung von leistungs- und kostenhomogenen Gruppen basiert, welche die Art und die Intensität der Leistung pauschalisierend abbilden. Derzeit wird die Version 0.3 erarbeitet (Newsletter der SwissDRG AG, Stand 27.10.2015, www.swissdrg.org > Rehabilitation, abgerufen am 14. März 2016). Die schweizweite Einführung ist erst per 2018 geplant (Newsletter der SwissDRG AG, Stand 12.06.2014, www.swissdrg.org > Rehabilitation > Archiv, abgerufen am 14. März 2016).

8.2 Die Vorinstanz hat entschieden, dass mangels schweizweit einheitlicher Tarifstruktur im Sinn von Art. 49 Abs. 1 KVG einstweilen in Anlehnung an die bisherigen Tarifstrukturen Tagespauschalen festzulegen sind, was weder umstritten noch zu beanstanden ist (vgl. Urteil BVGer C-2141/2013 vom 19. Oktober 2015 E. 9.3; Urteil BVGer C-2142/2013 vom 20. Oktober 2015 E. 9.3 [zur Publikation vorgesehen]).

8.3 Die mit BVGE 2014/3 und BVGE 2014/36 im Zusammenhang mit der neuen Spitalfinanzierung aufgestellten Grundsätze betreffend Festsetzung eines Basisfallwerts für leistungsbezogene und auf der SwissDRG-Tarifstruktur beruhende Fallpauschalen können aufgrund der fehlenden schweizweit einheitlichen Tarifstruktur im Bereich der Rehabilitation auf den vorliegenden Fall nur beschränkt Anwendung finden, insbesondere was den Preisbildungsmechanismus aufgrund eines Vergleichs der schweregradbereinigten Fallkosten (benchmarking-relevante Basiswerte) der Spitäler anbelangt (vgl. BVGE 2014/3 E. 2.8.4.4). Für die Rehabilitation liegt – im Gegensatz zur Akutsomatik – noch keine Methode vor, mit der die unterschiedlichen Schweregrade der einzelnen Behandlungen sachgerecht abgebildet werden können, weshalb eine Preisbestimmung anhand eines Referenzwerts im Sinn von Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG, der aufgrund eines Benchmarkings der schweregradbereinigten Fallkosten bestimmt wird, vorliegend nicht möglich ist (C-2142/2013 E. 9.2 mit Hinweis auf Urteil des BVGer C-3133/2013 vom 24. August 2015 E. 8.2).

8.4 Wie das Bundesverwaltungsgericht in den Urteilen C-2141/2013 und C-2142/2013 erkannt hat, ist – als erster Schritt zur Tariffindung – die Ori-

entierung an den eigenen Betriebskosten des Spitals zu akzeptieren, solange wie im Bereich der stationären Rehabilitation (noch) keine schweizweit einheitliche Tarifstruktur im Sinne von Art. 49 Abs. 1 Satz 2 KVG zur Verfügung steht und die Preisbestimmung anhand eines Referenzwertes nicht möglich ist. Die ausgewiesenen spitalindividuellen Betriebskosten sind aber einer strengen Prüfung zu unterziehen. Es ist insbesondere sicherzustellen, dass alle nicht tarifrelevanten Kosten sowie Kosten, die einer ineffizienten Leistungserbringung zuzuschreiben sind, ausgeschieden sind. Es kommen auch Normabzüge (wie Intransparenz- und Ineffizienzabzüge) in Betracht, die nicht primär auf die «objektive Kostenwahrheit» ausgerichtet sind, sondern gestützt auf die altrechtlichen Regeln der Spitalfinanzierung zur Vermeidung von Überentschädigungen entwickelt wurden (vgl. dazu BVGE 2014/36 E. 6.4). Der festzusetzende Tarif hat sich aber dennoch am Tarif derjenigen Spitäler zu orientieren, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen (Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG). In einem zweiten Schritt ist daher grundsätzlich eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durch Vergleich des spitalindividuell ermittelten Tarifs mit den Tarifen anderer Spitäler vorzunehmen (C-2142/2013 E. 9.4 mit Hinweis auf C-3133/2013 E. 8.4; Urteil des BVGer C-2617/2014 vom 25. Januar 2016 E. 8.5). Im Bereich der Rehabilitation erscheint die Durchführung von Betriebsvergleichen zwar grundsätzlich möglich, wegen der Spezialitätenvielfalt und der Verschiedenheit des Patientengutes aber sehr schwierig (vgl. C-2142/2013 E. 19.8 m.w.H.).

9.

Zunächst ist die Rüge der Beschwerdeführerin zu prüfen, dass der Tarif gestützt auf eine falsche Methode festgesetzt worden sei.

9.1 Bei der Festsetzung der umstrittenen Tagespauschale ist die Vorinstanz davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin für das Jahr 2010 Tageskosten von rund Fr. 835.– ausweise, was unter Berücksichtigung des Zuschlagfaktors von 11.49 % (10 % Anlagenutzungskosten, 0.76 % Teuerung und 0.73 % Besoldungsrevision) Tageskosten von Fr. 933.– für das Jahr 2012 ergebe. Da die Beschwerdeführerin nicht mit anderen Rehabilitationskliniken verglichen werden könne, sei die Prüfung der Effizienz anhand eines intertemporalen Vergleichs der Kosten pro Pflegetag vorzunehmen. Für 2010 und 2011 hätten sich der VZK und santésuisse für die Beschwerdeführerin (Abteilung Neurorehabilitation) auf eine Tagespauschale von Fr. 330.– geeinigt, die vom Regierungsrat genehmigt worden sei. Dieser Tarif habe auf einer Kostenbetrachtung beruht. Be-

rücksichtige man die im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung tarifrelevanten Kosten, einen Kostendeckungsgrad von 100 % anstelle von 47 % und einen Zuschlag für Anlagenutzungskosten von 10 %, ergäben sich tarifrelevante Kosten von Fr. 795.– pro Pflegetag. Nach Gewährung des bei einem intertemporalen Vergleich üblichen Zuschlags von 1.5 % pro Jahr, resultierten als Grundlage für den Tarif 2012 Kosten pro Pflegetag von Fr. 807.–. In dieser Höhe hat die Vorinstanz die Tagespauschale für die neurologische Rehabilitation der Beschwerdeführerin ab 1. Januar 2012 festgesetzt.

9.2 Die Vorinstanz führte im angefochtenen Beschluss unter dem Titel «Grundsätze der Tarifierung» aus, dass Art. 49 Abs. 1 KVG grundsätzlich einen Spitalvergleich voraussetze. Im Bereich der Rehabilitation könnten aber nur jene Spitäler direkt miteinander verglichen werden, die über einen vergleichbaren Leistungsauftrag verfügten und bei denen keine Indizien für unterschiedliche Schweregrade innerhalb des gleichen Leistungsauftrags vorliegen würden. Könne keine solche Vergleichsgruppe gebildet werden, sei eine Orientierung an einem anderen Spital und damit eine reine Leistungsfinanzierung im Sinne von Art. 49 Abs. 1 KVG nicht möglich. Die Vorinstanz hält weiter fest, dass der für die Tarifierung massgebliche Leitgedanke von Art. 49 Abs. 1 KVG jedoch auch hier gelte. Das bedeute, dass auch bei Spitälern mit fehlender oder beschränkter Vergleichbarkeit zu prüfen sei, ob das zu beurteilende Spital effizient und günstig im Sinn von Art. 49 Abs. 1 KVG sei. Dieses Vorgehen stütze sich vorzugsweise auf die spitalindividuellen Kosten.

9.3 Von der Beschwerdeführerin wird nicht kritisiert, dass die Vorinstanz die Möglichkeit der Durchführung eines Betriebsvergleichs im vorliegenden Fall verneint hat. Die Vorinstanz hat dazu im angefochtenen Beschluss festgehalten, dass im Bereich der neurologischen Rehabilitation ein Benchmarking trotz zahlreicher Leistungsaufträge in diesem Bereich nicht möglich sei, weil für die ausserkantonalen Spitäler auf der Zürcher Spitalliste von keiner Partei aussagekräftige Kosten- und Leistungsdaten eingereicht worden seien. Selbst ein Vergleich der beiden Rehabilitationskliniken mit Standort im Kanton Zürich – der ZHW sowie der RehaClinic Kilchberg – sei nicht möglich, weil die RehaClinic Kilchberg erst ab 2012 über einen entsprechenden Leistungsauftrag verfüge und weil die ZHW glaubhaft habe darlegen können, dass sie in der neurologischen Rehabilitation im Vergleich zu anderen (ausserkantonalen) Kliniken Patientinnen und Patienten mit überdurchschnittlichem Schweregrad mit intensiveren und aus-

gedehnteren Therapien behandle. Die Beschwerdeführerin habe die überdurchschnittliche Schwere jedoch nicht quantifizieren können. Sie habe auch mit Schreiben vom 14. Mai 2013 und vom 22. Mai 2013 kein Zahlenmaterial, mit dem eine kliniküber greifende, schweregradbereinigte Betrachtung möglich wäre (z.B. mittels Functional Independence Measure [FIM]), angeführt. Die Vorinstanz hat den Verzicht auf einen Betriebsvergleich nachvollziehbar begründet und es ist ersichtlich, dass sie sich mit der Frage der Vergleichbarkeit auseinandergesetzt hat (vgl. C-2617/2014 E. 8.6). In ihrer Vernehmlassung weist die Vorinstanz überdies darauf hin, dass ein Vergleich mit ausserkantonalen Reha-Kliniken mit entsprechendem Leistungsauftrag ohne genaue Kenntnisse der in den anderen Kliniken behandelten Schweregrade nicht gerechtfertigt wäre. Auch die Beschwerdegegnerinnen sind der Ansicht, dass hier eine preisbasierte Berechnungsweise der Tagespauschale zulässig ist. Soweit sie sich für die Begründung eines tieferen Tarifs auf Tarife von Referenzkliniken beziehen, ist darauf nicht näher einzugehen, da weder konkrete Vergleichskliniken benannt noch Erläuterungen zur Vergleichbarkeit gemacht wurden. Es ist damit nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz die Tagespauschale gestützt auf eine spitalindividuelle Betrachtung vorgenommen hat.

9.4 Die Beschwerdeführerin verlangt gestützt auf den ITAR_K-Kostenausweis für das Jahr 2010 (zuzüglich Zuschlag für die Anlagenutzungskosten) die Festsetzung einer Tagespauschale von Fr. 934.–. Sie kritisiert im Wesentlichen, dass die Vorinstanz für die Tarifermittlung nicht auf die ausgewiesenen Tageskosten des Jahres 2010 abgestellt habe, sondern auf die zwischen der Beschwerdeführerin und den Beschwerdegegnerinnen vereinbarten Tarife der Jahre 2010 und 2011. Die Beschwerdegegnerinnen sind dagegen der Ansicht, dass nicht auf die ausgewiesenen Kosten für das Jahr 2010 abgestellt werden könne, weil die Kostenentwicklung nicht nachvollziehbar sei und die Beschwerdeführerin nicht belege, weshalb sie im Vergleich zum Vorjahr eine um 34.4 % höhere Tagespauschale verlange.

9.5 Der für die Tarifierung massgebliche Leitgedanke von Art. 49 Abs. 1 KVG gilt auch, wenn wie im vorliegenden Fall ausnahmsweise kein Betriebsvergleich möglich ist. Auch bei Spitälern mit fehlender oder beschränkter Vergleichbarkeit ist zu prüfen ist, ob das zu beurteilende Spital die obligatorisch versicherten Leistungen effizient und günstig erbringt. Auch wenn es hinzunehmen ist, dass im Bereich der Rehabilitation wegen des Fehlens der leistungsbezogenen, gesamtschweizerischen Tarifstruktur

die Abkehr von der alten Praxis der anrechenbaren Kosten noch nicht konsequent umgesetzt werden kann, entspricht die Tariffestsetzung einzig anhand der Kosten eines Spitals nicht den Vorgaben des KVG und seiner Ausführungsverordnungen (vgl. C-2142/2013 E. 19.6 mit Hinweisen). Die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Kosten sind daher einer Effizienzprüfung zu unterziehen. Sie kann somit nicht verlangen, dass der umstrittene Tarif allein gestützt auf die von ihr im ITAR_K ausgewiesenen Kosten von Fr. 934.– (inklusive Zuschlag für Anlagenutzungskosten) des Jahres 2010 festgesetzt wird.

9.6 Das Abstellen auf die im ITAR_K ausgewiesenen Kosten des Jahres 2010 wäre hier auch deshalb problematisch, weil die Beschwerdeführerin den Einfluss der geltend gemachten – grundsätzlich glaubhaften – überdurchschnittlichen Fallschwere ihrer Patientinnen und Patienten auf die Kosten trotz entsprechender Aufforderung durch die Vorinstanz, diese zu quantifizieren und datenmässig zu belegen, nicht nachgewiesen hat. Die Gesundheitsdirektion hat im Schreiben an die Beschwerdeführerin vom 25. April 2013 (act. I/8/3) festgehalten, dass die ausgewiesenen Kosten wesentlich über den Kosten anderer Rehabilitationskliniken sowie die beantragten Tarife wesentlich über den (teilweise) verhandelten Tarifen lägen. Die Beschwerdeführerin habe mit dem Einreichen einer Befragung von Zuweisern eine qualitative Begründung vorgebracht, weshalb sie schwerere Patienten und deshalb auch höhere Kosten als andere Rehabilitationskliniken aufweise. Es fehle jedoch eine quantitative Begründung, welche das Ausmass der Kostendifferenz begründe beziehungsweise erkläre. Deshalb ersuchte die Gesundheitsdirektion die Beschwerdeführerin, eine quantitative Begründung nachzureichen und den durchschnittlichen Schweregrad, insbesondere in der neurologischen Rehabilitation, herzuleiten und hierbei die Verteilung der Patienten (Anzahl Austritte und Pflegetage) nach dem erweiterten Barthels-Index oder dem Functional Independence Index auf die verschiedenen, von ihnen beantragten Tarifkategorien leicht, mittel, schwer und sehr schwer (zwingend) zu belegen. Weitere mögliche Vergleichsgrössen wären der durchschnittliche Therapiebedarf oder das Durchschnittsalter (Angaben ZHW und anderer Rehabilitationskliniken, vorzugsweise unterteilt nach Leistungsbereich). Aus den von der Beschwerdeführerin daraufhin mit Schreiben vom 14. Mai 2013 (act. VI/1.3.1/D4) sowie mit E-Mail vom 22. Mai 2014 (act. VI/1.3.1/D5) eingereichten Unterlagen kann nicht nachvollzogen werden, ob und in welchem Ausmass die Kostensteigerung von 2008 bis 2010 auf eine Erhöhung des durchschnittlichen Schweregrads zurückzuführen ist.

9.7 Ist die Ermittlung eines spitalindividuellen Kostentarifs mit anschliessender Plausibilisierung durch einen Wirtschaftlichkeitsvergleich mangels aussagekräftiger Kosten- und Leistungsdaten 2010 sowie mangels Durchführbarkeit eines Kosten- oder Preisvergleichs mit anderen Kliniken nicht möglich, kann die Herleitung eines Tarifs aufgrund eines innerbetrieblichen, intertemporalen Tarif- oder Kostenvergleichs ausnahmsweise akzeptiert werden (vgl. C-2617/2014 E. 12.3). Dabei ist es hinzunehmen, dass als Basis der Tarifbestimmung nicht die Kostendaten aus dem Jahr 2010, sondern diejenigen aus dem Jahr 2008 dienen. Die Vorinstanz weist zu Recht darauf hin, dass eine solche zeitliche Divergenz zum Wesen eines intertemporalen Vergleichs gehört. Sie weist zudem darauf hin, dass die Teuerung in der Tarifberechnung angerechnet und die zeitliche Divergenz zwischen den Jahren 2011 und 2012 mit einem Teuerungsfaktor im Gesundheitswesen von 1.5 % berücksichtigt worden seien. Insofern ist auch der Vorwurf der Beschwerdeführerin, die Vorinstanz habe den Sachverhalt unrichtig ermittelt, weil sie darauf verzichtet habe, die ausgewiesenen Kosten für das Jahr 2010 als Basis für die Tariffestlegung beizuziehen, unberechtigt.

10.
Weiter ist die Rüge der Beschwerdeführerin zu prüfen, wonach die ausgehandelten Tarife der Jahre 2010 und 2011 keine adäquate Basis für die Festlegung des Tarifs für das Jahr 2012 seien.

10.1 Die Beschwerdeführerin begründet ihre Rüge im Wesentlichen damit, dass sich aus den verhandelten Tarifen die Kosten nicht ableiten liessen, zumal es den Parteien unbenommen sei, Tarife unterhalb der effektiven Kosten zu vereinbaren. Die Tarife 2010 und 2011 seien zudem noch unter der alten, nicht leistungsbezogenen Spitalfinanzierung mit Globalbudget vereinbart worden. Damals seien zum Beispiel noch Überkapazitätsabzüge vorgenommen worden, was unter dem neuen Recht nicht mehr zulässig sei. Die Vorinstanz habe auch die Tatsache missachtet, dass die Beschwerdeführerin im Bereich der Frührehabilitation ein – in Absprache mit der Gesundheitsdirektion – verändertes Leistungsangebot aufweise. Der Ausbau sei erst im Jahr 2012 abgeschlossen worden, weshalb die dadurch bedingten Mehrkosten in den auf dem Jahr 2010 basierenden Berechnungen unberücksichtigt geblieben seien. Ebenfalls sei die Zunahme von Patientinnen und Patienten mit hohem Schweregrad unberücksichtigt geblieben.

10.2 Auf die in der Beschwerde geäusserte Kritik hin, dass es unzulässig sei, von den verhandelten Tarifen auf die Kosten zu schliessen, hat die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung dargelegt, dass sie im Rahmen des intertemporalen Vergleichs nicht von der vereinbarten Tagespauschale (für 2010 und 2011) von Fr. 330.–, sondern von den Kosten, welche die Beschwerdeführerin damals im Rahmen des Genehmigungsverfahrens geltend gemacht habe, ausgegangen sei. Die Vorinstanz hat im Beschwerdeverfahren einen Kostenausweis der Beschwerdeführerin für den Bereich der neurologischen Rehabilitation für das Jahr 2008 eingereicht. Aus diesem lässt sich nachvollziehen, dass damals von Kosten in der Höhe von Fr. 328.30 pro Pflegetag ausgegangen wurde, was gerundet den vereinbarten und mit Regierungsratsbeschluss Nr. 1884 vom 22. Dezember 2010 (Beilage 6 zu BVGer-act. 10) genehmigten Tarifen für die Jahre 2010 und 2011 entsprach. Daraus lässt sich schliessen, dass sich die Vorinstanz beim intertemporalen Vergleich nicht allein auf die vereinbarten Tarife der Jahre 2010 und 2011 gestützt hat, sondern auf die diesen Tarifen zugrundeliegenden Kosten (des Jahres 2008). Die diesbezügliche Rüge der Beschwerdeführerin ist daher unbegründet.

10.3 Dem Umstand, dass die Tagespauschalen der Jahre 2010 und 2011 noch unter dem System der alten Spitalfinanzierung ausgehandelt und genehmigt wurden, hat die Vorinstanz dadurch Rechnung getragen, dass sie den damals angewendeten Kostendeckungsgrad von 47 % auf 100 % umgerechnet hat. Da bis zur Einführung der neuen Spitalfinanzierung die Investitionskosten bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern nicht berücksichtigt wurden, hat die Vorinstanz zudem eine Anrechnung der Anlagenutzungskosten vorgenommen. Weiter hat sie auch den auf den Kosten des Jahres 2008 vorgenommen Abzug für Forschung und Lehre den Gegebenheiten der neuen Spitalfinanzierung angepasst. Aus dem von der Vorinstanz eingereichten Kostenausweis des Jahres 2008 ist zudem ersichtlich, dass entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin im Rahmen der Tarifgenehmigung 2010 und 2011 kein Überkapazitätsabzug vorgenommen wurde. Das Vorgehen der Vorinstanz ist nachvollziehbar, weshalb der Umstand, dass die Tarife 2010 und 2011 noch unter der alten Spitalfinanzierung vereinbart und genehmigt wurden, nicht grundsätzlich gegen die Zulässigkeit eines intertemporalen Vergleichs spricht, wobei die Tauglichkeit der Vergleichsbasis und die konkret vorgenommenen Hochrechnungen im Einzelnen noch zu prüfen sein werden.

10.4 Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, dass die Tarife der Jahre 2010 und 2011 keine taugliche Vergleichsbasis seien, weil im Jahr

2012 das Leistungsangebot im Bereich der Frührehabilitation verändert worden sei, ist festzuhalten, dass identische Leistungspakete, welche die Tagespauschalen 2010 und 2011 sowie die festgesetzte Tagespauschale 2012 abdecken, grundsätzlich Voraussetzung für einen adäquaten intertemporalen Vergleich sind (vgl. C-2617/2014 E. 12.5). Die Beschwerdeführerin hat aber keine Belege eingereicht, welche Mehrkosten der Frührehabilitation ausweisen. Insbesondere sind solche Mehrkosten nicht auf dem sich in den Vorakten befindenden Kostenträgerausweis für das Jahr 2012 ersichtlich (act. VI 1.3.1/D2). Ebenfalls konnte die Beschwerdeführerin eine Kostensteigerung infolge der geltend gemachten Zunahme von Patienten mit hohem Schweregrad nicht datenmässig belegen. Mit der Vorinstanz ist daher nach der allgemeinen Regel zur Beweislastverteilung (vgl. Art. 8 ZGB) vorzugehen, wonach diejenige Partei die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen hat, welche aus den behaupteten und unbewiesen gebliebenen Tatsachen Rechte ableiten will (vgl. BVGE 2014/3 E. 4.3; 2010/14 [Urteil C-4308/2007 vom 13. Januar 2010] nicht publizierte E. 6.6.2). Verlangt die Beschwerdeführerin die Berücksichtigung der von ihr behaupteten tarifrelevanten Mehrkosten, obliegt es somit ihr, das für den Nachweis nötige Zahlenmaterial vorzulegen. Da sie diesen Nachweis nicht erbracht hat, kann sie sich zur Begründung einer höheren Tagespauschale nicht auf die behaupteten Mehrkosten berufen.

11.
Weiter ist die konkrete Umrechnung der Kosten aus dem Jahr 2008 im Rahmen des intertemporalen Vergleichs zu prüfen.

11.1 Die Vorinstanz hat in einem ersten Schritt die tarifrelevanten Kosten für das Jahr 2008, die der Tagespauschale des Jahres 2010 zugrunde lagen, durch entsprechende Aufrechnungen an die Verhältnisse der neuen Spitalfinanzierung angepasst. Auf diese Weise hat sie tarifrelevante Kosten von Fr. 795.– pro Pflegetag berechnet. Nicht umstritten und nicht näher zu prüfen ist die Umrechnung des Kostendeckungsgrads von 47 % auf 100 % sowie die Korrektur des Abzugs für Forschung und Lehre, da neu die Kosten für die nicht-universitäre Lehre mit den OKP-Tarifen abzugelten sind. Ebenfalls nicht umstritten und nachvollziehbar ist, dass die Vorinstanz Anlagenutzungskosten zwischen Fr. 3'000.– und Fr. 10'000.– im Gesamtumfang von Fr. 83'933.– hinzugerechnet hat; denn zwischenzeitlich wurde per 1. Januar 2009 der Frankenbetrag des Anschaffungswerts, ab dem eine Investition in der Anlagebuchhaltung zu erfassen ist, von Fr. 3'000.– auf Fr. 10'000.– angehoben (vgl. Kommentar des BAG zur Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch

Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung [VKL], Änderungen per 1. Januar 2009 [nachfolgend: Kommentar BAG zur VKL-Revision 2009], S. 5).

11.2 Umstritten ist der Zuschlag für die Anlagennutzungskosten, die im System der neuen Spitalfinanzierung mit dem OKP-Tarif abzugelten sind.

11.2.1 In Bezug auf die Berücksichtigung der Anlagenutzungskosten hat die Vorinstanz im angefochtenen Beschluss festgehalten, dass das Gesetz im Bereich der Rehabilitation die Anlagenutzungskosten nicht regle. Deshalb wäre grundsätzlich auf die tatsächlichen Kosten abzustellen, wie sie nach der VKL von den Spitälern zu ermitteln seien. Im Bereich der Rehabilitation betrage der Durchschnitt der Anlagenutzungskosten gemäss den Kostenträgerdaten 2010 (enthalten im Patientenrecord in der Somatik PRISMA 2010) ebenfalls rund 10 %. Zur Ermittlung der tarifrelevanten Kosten oder bei einem intertemporalen Vergleich mit den Tarifen 2011 (welche die Anlagennutzungskosten noch nicht enthielten) im Bereich der Rehabilitation sei deshalb ein normativer Wert von 10 % zu veranschlagen.

11.2.2 Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass auf die Zürcher Spitäler ganz erhebliche zusätzliche finanzielle Belastungen zukämen, welche die Spitäler anderer Kantone nicht betreffen würden. Dazu gehörten zunächst die Kosten für die in Darlehen umgewandelte Staatsbeiträge im Gesamtbetrag von 800 Millionen Franken. Diese umgewandelten Staatsbeiträge seien gemäss kantonalem Recht zu verzinsen und zu amortisieren. Dies verursache den öffentlichen Spitälern zusätzliche Kosten, die im vom Bundesrat festgelegten Investitionszuschlag von 10 % nicht berücksichtigt worden seien. Daher sei der Investitionszuschlag auf 11 % zu erhöhen.

11.2.3 Die Regelung von Abs. 4 der Schlussbestimmungen der Änderungen der KVV vom 22. Oktober 2008, wonach die Abgeltung der Anlagenutzungskosten im Falle eines Vergütungsmodells vom Typus DRG mittels eines Zuschlags von 10 % auf den in den Tarifverträgen verhandelten Basispreisen erfolgt (vgl. Kommentar des BAG vom 2. November 2011 zu den per 1. Dezember 2011 eingeführten Änderungen der KVV, S. 3 f.; BVGE 2014/36 E. 4.9.5), ist im Bereich der Rehabilitation, in dem das DRG-Vergütungsmodell (noch) nicht eingeführt wurde, nicht anwendbar (C-2142/2013 E. 11.7). Für die Ermittlung der tarifrelevanten Kosten sind die transparent und den Anforderungen der VKL entsprechend ausgewiesenen Anlagenutzungskosten zu berücksichtigen und sodann auf den einzelnen Pflegetag umzulegen (C-2142/2013 E. 11.8).

11.2.4 Die Spitäler sind gemäss Art. 10 Abs. 5 VKL verpflichtet, zur Ermittlung der Kosten für Anlagenutzung eine Anlagebuchhaltung zu führen. Objekte mit einem Anschaffungswert von Fr. 10'000.– oder mehr gelten als Investitionen nach Art. 8 VKL und müssen in die Anlagebuchhaltung aufgenommen werden (vgl. Kommentar BAG zur VKL-Revision 2009, S. 5). Die Anlagebuchhaltung muss für jede Anlage mindestens die Angaben über das Anschaffungsjahr, die geplante Nutzungsdauer in Jahren, den Anschaffungswert, den Buchwert der Anlage am Anfang des Jahres, den Abschreibungssatz, die jährliche Abschreibung, den Buchwert der Anlage am Ende des Jahres, den kalkulatorischen Zinssatz, den jährlichen kalkulatorischen Zins sowie die jährlichen Anlagenutzungskosten als Summe der jährlichen Abschreibungen und der jährlichen kalkulatorischen Zinsen enthalten (Art. 10*a* Abs. 1 VKL). Die Führung einer Anlagebuchhaltung wird den Spitälern von der VKL seit 2003 vorgeschrieben, wobei seit 2009 zusätzliche Anforderungen an den Ausweis der Anlagenutzungskosten bestehen (vgl. Antwort des Bundesrats vom 5. September 2012 auf die Interpellation von Ständerätin Pascale Bruderer Wyss Nr. 12.3453, Unterschiedliche Umsetzung der Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung).

11.2.5 Damit die Investitionskosten für die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach einheitlicher Methode ermittelt werden und die Angaben vergleichbar sind, enthält die VKL Vorgaben für die Bewertung der Anlagen und die Ermittlung der Anlagenutzungskosten, namentlich zur Bewertung der Investitionen (Art. 10*a* Abs. 2 VKL), deren Abschreibung (Art. 10*a* Abs. 3 VKL) und der kalkulatorischen Zinsen (Art. 10*a* Abs. 4 VKL). Solche Vorgaben sind erforderlich, weil die ausgewiesenen Kosten als Grundlage für die Tarifermittlung herangezogen werden und der Vergleich der Wirtschaftlichkeit der Spitäler erleichtert werden soll (vgl. Kommentar BAG zur VKL-Revision 2009, S. 2 f. und 5).

11.2.6 In den Akten befindet sich keine Anlagebuchhaltung der Beschwerdeführerin. Reicht das Spital im Tariffestsetzungsverfahren keine Anlagebuchhaltung im Sinne von Art. 10 Abs. 5 in Verbindung mit Art. 10*a* VKL ein, ist die Festsetzungsbehörde gehalten, eine solche zu verlangen (vgl. BVGE 2014/3 E. 3.6.3). Die Vorinstanz hat die Beschwerdeführerin nicht direkt aufgefordert, die Anlagenutzungskosten zu belegen und eine Anlagebuchhaltung einzureichen. Sie hat die Tarifpartner aber mit Schreiben vom 10. Februar 2012 darauf hingewiesen, dass für den Fall, dass sich ein Spital auf eigene Anlagenutzungskosten berufe, diese im Sinn von Art. 10*a* VKL inkl. Auszug aus der zugrundeliegenden Anlagebuchhaltung ausgewiesen sein müssten. Hinsichtlich der von der Beschwerdeführerin im

ITAR_K 2010 auf den Kostenträgern «reine stat. KVG Fälle» und «stat. Tarif KVG ZV» im Bereich der Neuro-Rehabilitation in Abzug gebrachte Anlagenutzungskosten in der Höhe von total Fr. 1'485'545.– ist es somit nicht nachvollziehbar, nach welcher Methode diese Kosten ermittelt wurden. Auf die im ITAR_K ausgewiesenen Anlagenutzungskosten kann nicht ohne Weiteres abgestellt werden, da die Vorgaben der VKL zum Teil von den betriebsbuchhalterischen Grundsätzen diesbezüglich abweichen und aus diesem Grund nicht in allen Punkten mit REKOLE® kompatibel sind (vgl. PASCAL BESSON, REKOLE® – Betriebliches Rechnungswesen im Spital, 3. Aufl. 2008, S. 147 f.; vgl. C-1632/2013 E. 11.8.3). Daher kann auf im ITAR_K ausgewiesene Anlagenutzungskosten nur abgestellt werden, wenn sichergestellt ist, dass diese den Vorgaben der VKL entsprechen, was hier jedoch nicht überprüft wurde. Da in die Betriebsrechnung die kalkulatorischen Anlagenutzungskosten einfliessen, hat gegenüber der Finanzbuchhaltung eine entsprechende Abgrenzung zu erfolgen (vgl. Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung der GDK vom 12. Juli 2012, S. 4). Die vorgenommene sachliche Abgrenzung von der Finanzbuchhaltung zur Betriebsbuchhaltung in der Höhe von Fr. 3'618'836.– für alle Reha-Bereiche ist anhand der vorliegenden Unterlagen nicht nachvollziehbar und wurde von der Vorinstanz nicht überprüft. Auf die im ITAR_K ausgewiesenen Anlagenutzungskosten kann für die Berechnung der tarifrelevanten Kosten somit nicht abgestellt werden.

11.3 Im vorliegenden Fall kann das Vorgehen der Vorinstanz, im Rahmen der Durchführung des intertemporalen Kostenvergleichs einen gestützt auf die Durchschnittskosten der Reha-Kliniken berechneten Pauschalzuschlag von 10 % zu gewähren, akzeptiert werden, zumal auch die Beschwerdeführerin nicht das Abstellen auf die effektiven, VKL-konformen Anlagenutzungskosten geltend macht beziehungsweise diese auch nicht belegt hat. Nicht zu beanstanden ist auch, dass die Vorinstanz keine zusätzliche Aufrechnung einer Pauschale von 1 % gewährt hat, weil im Kanton Zürich bisherige Staatsbeiträge in verzinsliche und zu amortisierende Darlehen umgewandelt wurden, da die Beschwerdeführer nicht belegt, hat, dass ihr effektive Anlagekosten in dieser Höhe angefallen sind (vgl. dazu auch Urteil des BVGer C-2290/2013, C-3619/2013 vom 16. Juni 2015 E. 6.3).

11.4 In einem zweiten Schritt hat die Vorinstanz auf den tarifrelevanten Kosten, die dem Tarif des Jahres 2010 zugrunde lagen, einen Zuschlag von 1.5 % für die allgemeine Kostensteigerung im Gesundheitswesen gewährt.

11.4.1 Die Vorinstanz hat im angefochtenen Beschluss dazu festgehalten, dass die Kosten eines Spitals im betreffenden Jahr mit jenen des Vorjahres verglichen werden könnten. Die Preisüberwachung habe diese Methode für jene Situationen entwickelt, in denen ein Vergleich mit anderen Spitälern derselben oder anderer Versorgungsstufen nicht möglich sei. Eine jährliche Steigerung der Kosten pro Pflegetag von 1.5 % liege im Rahmen dessen, was die Preisüberwachung noch als angemessen akzeptiere. Höhere Kostensteigerungen seien als unwirtschaftlich zu werten. Die Beschwerdeführerin ist der Ansicht, dass dieser Zuschlag zu tief ist und kritisiert, dass nicht nachvollziehbar ist, wie dieser Zuschlag berechnet wurde.

11.4.2 Die Beschwerdeführerin hat weder näher substantiiert noch belegt, dass die allgemeine Kostensteigerung im Gesundheitswesen höher als 1.5 % war. Die Vorinstanz hat den Zuschlag von 1.5 % mit der Praxis der Preisüberwachung begründet. Dieser Zuschlag liegt über demjenigen, der üblicherweise im Rahmen der allgemeinen Teuerung gemäss der vom Bundesverwaltungsgericht bestätigten Praxis gewährt wird (Nominallohnindex 2011: 1% zu einem Anteil von 70%; Landesindex der Konsumentenpreise 2011: 0.2% zu einem Anteil von 30%; total: 0,76%; vgl. BVGE 2014/3 E. 8.1). Im Rahmen der für den vorliegenden Fall ausnahmsweise akzeptierten Methode des intertemporalen Kostenvergleichs ist der von der Vorinstanz gewährte Zuschlag von 1.5 % für die allgemeine Kostensteigerung im Gesundheitswesen daher nicht zu beanstanden.

12.
Die Beschwerdeführerin rügt in formeller Hinsicht eine mehrfache Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör.

12.1 Zunächst macht die Beschwerdeführerin geltend, dass sie vor dem Beschluss zu Unrecht weder zur gewählten Datenbasis noch zu deren Umrechnung angehört worden sei. Weiter rügt sie eine Verletzung der Begründungspflicht, weil die Vorinstanz nicht begründet habe, weshalb die ausgewiesenen Tageskosten in der Tariffindung überhaupt nicht berücksichtigt worden seien, obwohl dies im Rahmen eines Tagespauschalen-Modells die Grundlage dafür sei. Auch die Vorinstanz sei in der Vergangenheit bei der Festsetzung von Tagespauschalen von den Betriebskosten ausgegangen. Die Abweichung von diesem üblichen und daher zu erwartenden Vorgehen werde von der Vorinstanz nicht begründet. Ebenfalls nicht erklärt werde, wie der Zuschlag von 1.5 % zustande komme. Es fehle darüber hinaus an einer Begründung, weshalb der Zuschlag die besonderen Umstände des Einzelfalls nicht berücksichtige.

12.2 Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV). Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, welcher in die Rechtsstellung einer Person eingreift. Dazu gehört insbesondere deren Recht, sich vor Erlass des in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 368 E. 3.2). Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör ist die Verpflichtung der Behörde, ihren Entscheid zu begründen. Dabei ist es nicht erforderlich, dass sie sich mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegt. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Punkte beschränken. Die Begründung muss so abgefasst sein, dass sich der Betroffene über die Tragweite des Entscheids Rechenschaft geben und ihn in voller Kenntnis der Sache an die höhere Instanz weiterziehen kann. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf die sich ihr Entscheid stützt (BGE 134 I 83 E. 4.1 mit Hinweisen).

12.3 Die Beschwerdeführerin wurde vor Erlass des angefochtenen Beschlusses angehört. Sie hatte insbesondere Gelegenheit, zu den Anträgen und Ausführungen der Beschwerdegegnerinnen Stellung zu nehmen. Der Anspruch auf rechtliches Gehörs verlangt nicht, dass eine Partei die Gelegenheit erhalten muss, sich zu jedem möglichen Ergebnis, das von der entscheidenden Behörde ins Auge gefasst wird, zu äussern. Die Behörde hat in diesem Sinne nicht ihre Begründung den Parteien vorweg zur Stellungnahme zu unterbreiten. Es genügt, dass sich die Parteien zu den Grundlagen des Entscheids, insbesondere zum Sachverhalt sowie zu den anwendbaren Rechtsnormen, vorweg äussern und ihre Standpunkte einbringen können (vgl. BGE 132 II 485 E. 3.4). Über diese Gelegenheit hat die Beschwerdeführerin im vorliegenden Verfahren verfügt. Eine Verletzung des Anspruchs auf vorgängige Anhörung ist damit nicht ersichtlich.

12.4 Die Vorinstanz hat ihr Vorgehen im angefochtenen Beschluss genügend begründet. Unter Ziffer 3.4 des angefochtenen Beschlusses hat sie die verschiedenen Möglichkeiten der Effizienzprüfung aufgezeigt. Aus den Ausführungen der Vorinstanz ergibt sich zudem, weshalb sie für die Tarif-

festsetzung nicht auf die von der Beschwerdeführerin ausgewiesenen Kosten abgestellt hat. Die Vorinstanz hat auch dargelegt, wie sie den festgesetzten Tarif hergeleitet hat. Auch wenn sie den Zuschlag von 1.5 % nur mit einem Hinweis auf die Praxis des Preisüberwachers begründet hat, war es der Beschwerdeführerin ohne Weiteres möglich, den Beschluss sachgerecht anzufechten. Insgesamt ist daher auch keine Verletzung der Begründungspflicht ersichtlich.

13.
Zu prüfen bleibt, ob eine Verletzung des Grundsatzes des Verhandlungsprimats vorliegt.

13.1 Die Beschwerdeführerin begründet ihre Rüge der Verletzung des Verhandlungsprimats damit, die Vorinstanz habe im Vergleich zu den mit tarifsuisse ausgehandelten Pauschalen deutlich tiefere Pauschalen festgelegt und damit den Versicherern signalisiert, dass eine Verhandlungslösung nicht anzustreben sei, weil eine Festsetzung durch die Vorinstanz die deutlich attraktivere Option sei.

13.2 Die Beschwerdegegnerinnen sind der Ansicht, dass keine Verletzung des Verhandlungsprimats vorliege. Die Festsetzungsbehörde sei in keiner Weise an die vertraglichen Vereinbarungen anderer Versicherer gebunden, sondern habe den Tarif entsprechend den gesetzlichen Tarifgestaltungsgrundsätzen festzulegen. Auch der neusten Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts sei zu entnehmen, dass der Gesetzgeber keinen Einheitspreis für alle Spitäler des gesamten Landes, eines Kantons oder einer Region habe einführen wollen.

13.3 Die Vorinstanz bringt vor, dass die Befürchtung der Beschwerdeführerin unbegründet sei. Sie habe in anderen Fällen Tarife festgesetzt, die höher seien als die entsprechenden vertraglich vereinbarten und genehmigten Tarife. Die Beschwerdeführerin verkenne, dass die von ihr beschriebene Wirkung auch im umgekehrten Fall eintreten würde. In einem solchen Fall wären es die Leistungserbringer, die nicht mehr zu Vertragsabschlüssen bereit wären. Würde man der Argumentation der Beschwerdeführerin folgen, könnte eine Kantonsregierung gar keine Tarife mehr nach eigenem Ermessen festsetzen, wozu sie aber gesetzlich verpflichtet sei. Hinzu komme, dass der Tarifvertrag mit tarifsuisse erst im Februar 2014 zustande gekommen sei, als rund zwei Jahre nach der Zeit, die für den angefochtenen Beschluss massgebend sei.

13.4 Im vorliegenden Fall ist keine Verletzung des Verhandlungsprimats ersichtlich. Die Beschwerdeführerin hatte Gelegenheit zu Vertragsverhandlungen. Da diese gescheitert sind und ein Antrag auf Tariffestsetzung gestellt wurde, war die Vorinstanz zur Festsetzung eines Tarifs verpflichtet. Ein hoheitlich festgesetzter Tarif muss nicht mit einem vertraglich vereinbarten (und genehmigten) Tarif mit anderen Versicherern übereinstimmen (vgl. auch BVGE 2014/37 E. 3.5.2). Aus der Tatsache, dass es der Beschwerdeführerin gelungen ist, mit anderen Krankenversicherer einen Tarifvertrag abzuschliessen, kann sie im vorliegenden Verfahren nichts zu ihren Gunsten ableiten, insbesondere keinen Anspruch auf einen höheren Tarif.

14.
Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Festsetzung der Tagespauschale der Beschwerdeführerin durch die Vorinstanz für die neurologische Rehabilitation auf Fr. 807.– mit Wirkung ab 1. Januar 2012 nicht zu beanstanden ist. Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

15.

15.1 Dem Verfahrensausgang entsprechend sind die Verfahrenskosten der Beschwerdeführerin aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind unter Berücksichtigung des Streitwerts sowie des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache, Art der Prozessführung und finanzieller Lage der Parteien (vgl. Art. 63 Abs. 4bis VwVG i.V.m. Art. 2 Abs. 1 und Art. 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]) hier auf Fr. 4'000.– festzusetzen. Der einbezahlte Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

15.2 Gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG hat die obsiegende Partei Anspruch auf eine Parteientschädigung für die ihr erwachsenen notwendigen und verhältnismässig hohen Kosten (vgl. auch Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die Entschädigung wird der Körperschaft oder autonomen Anstalt auferlegt, in deren Namen die Vorinstanz verfügt hat, soweit sie nicht einer unterliegenden Gegenpartei auferlegt werden kann (Art. 64 Abs. 2 VwVG). Den obsiegenden, nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdegegnerinnen sind keine verhältnismässig hohen Kosten erwachsen, weshalb sie keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung haben (Urteil des BVGer C-2267/2013 vom 4. September 2015

E. 7.6). Die Vorinstanz hat ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

16.
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 BGG unzulässig. Das vorliegende Urteil ist somit endgültig.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.
Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.
Die Verfahrenskosten von Fr. 4'000.– werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Der einbezahlte Kostenvorschuss wird zur Bezahlung der Verfahrenskosten verwendet.

3.
Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4.
Dieses Urteil geht an:

– die Beschwerdeführerin (Gerichtsurkunde)
– die Beschwerdegegnerinnen (Gerichtsurkunde)
– die Vorinstanz (Ref-Nr. RRB 462; Gerichtsurkunde)
– das Bundesamt für Gesundheit (Einschreiben)

Die vorsitzende Richterin:	Der Gerichtsschreiber:
Franziska Schneider	Michael Rutz

Versand: