



Urteil vom 15. Februar 2013

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),
Richterin Madeleine Hirsig-Vouilloz, Richter Vito Valenti,
Gerichtsschreiber Daniel Golta.

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführerin,

gegen

1. **KPT Krankenkasse AG,**
2. **CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG,**
3. **ASSURA Kranken- und Unfallversicherung,**
4. **Association Groupe Mutuel,**
5. **ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG,**
6. **Kolping Krankenkasse AG,**
7. **SUPRA Caisse-maladie,**
8. **Atupri Krankenkasse,**
9. **SanaTop Versicherungen AG in Liquidation,**

alle vertreten durch Dr. Andreas Jost, Rechtsanwalt,
Beschwerdegegnerinnen,

Regierungsrat des Kantons Bern,
Vorinstanz.

Tariffestsetzung für die stationäre Behandlung zu Lasten der
OKP ab 2005; Regierungsratsbeschluss Nr. [...] vom
30. Juni 2010.

Sachverhalt:

A.

Mit 11 Beschlüssen (RRB) hat der Regierungsrat des Kantons Bern (im Folgenden: Regierungsrat bzw. Vorinstanz) am 20. September 2006 die Gesuche der Krankenkassen KPT Krankenkasse, der Concordia, der As-sura assurance-maladie et accidents, der Groupe Mutuel, der Caisse Ma-ladie Hotela, der Kolping Krankenkasse AG, der Supra Caisse-Maladie und der Atupri Krankenkasse auf Festsetzung der stationären Tarife in den allgemeinen Abteilungen von 11 Privatspitälern – darunter auch die A._____ (im Folgenden: Beschwerdeführerin) – abgelehnt, soweit sie sich auf den Zeitraum vom 1. Januar 2005 bis zum 30. September 2006 bezogen. Gleichzeitig hat er für diese Betroffenen ab dem 1. Oktober 2006 den Tarif gemäss dem von ihm bereits genehmigten Tarifvertrag zwischen santésuisse Bern und dem Verband der Privatspitäler des Kan-tons Bern (VPSB) festgesetzt. Dagegen erhoben die Krankenkassen Be-schwerde beim Bundesrat und beantragten, die Sache sei in allen 11 Fäl-len an den Regierungsrat zurückzuweisen mit der Anweisung, es seien die stationären Tarife für das Jahr 2005 je Spital gestützt auf die noch zu ermittelnden Kosten festzusetzen. Der Bundesrat hiess die Beschwerde mit Entscheid vom 30. Januar 2008 (im Folgenden: vorgängiger BRE) gut und wies die Sache zur Neu Beurteilung an die Vorinstanz zurück. Diese wies er weiter an, dafür zu sorgen, dass binnen 12 Monaten ab Eröffnung seines Entscheids zwischen den betroffenen Krankenversicherern und Spitälern ein genehmigter oder festgesetzter Tarif für die Behandlung in der allgemeinen Abteilung vorliege.

B.

B.a Mit Schreiben vom 6. Februar 2009 teilten die Krankenversicherer der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (im Folgen-den: GEF BE) mit, dass die geführten Tarifverhandlungen gescheitert sei-en, und beantragten die unverzügliche Durchführung eines Tariffestset-zungsverfahrens (vgl. vorinstanzlichen Ordner "Tarifverhandlungen & Festsetzung nach Bundesratsentscheid vom 30.1.2008 RRB 1032-1041 vom 30.6.2010 Teil 1" [im Folgenden: RR5] Laschen [L] 2 f.).

B.b Am 2. März 2009 forderte die GEF BE die Privatspitäler, darunter auch die Beschwerdeführerin, dazu auf, das Scheitern der Verhand-lungen zu bestätigen und ein Tariffestsetzungsgesuch für den Tarif ab 1. Ja-nuar 2005 sowie sämtliche Berechnungsunterlagen einzureichen (in RR5/L2).

B.c Mit Schreiben vom 12. März 2009 (in RR5/L1) beantragte die Beschwerdeführerin die auf das Jahr 2005 limitierte Festsetzung eines Tarifs für die stationäre Behandlung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (im Folgenden: OKP) und ersuchte um eine Fristerstreckung, um die notwendige Dokumentation betreffend das Jahr 2004 zusammenzustellen und eine substantiierte Begründung zu erstellen.

B.d Mit Verfügung vom 25. März 2009 setzte die GEF BE fest, dass die Beschwerdeführerin bis zum 14. April 2009 Ausführungen dazu zu machen habe, ob die Vertragsverhandlungen für einen Tarif ab dem Jahr 2005 aus ihrer Sicht gescheitert seien. Weiter sei ein Antrag für die vom Regierungsrat festzusetzende(n) Tariffhöhe(n) ab dem 1. Januar 2005 samt der Kosten- und Leistungsrechnung(en) im Sinne der Erwägungen einzureichen, in jedem Fall die Kosten- und Leistungsrechnung für das Kalenderjahr 2003 (in RR5/L1).

B.e Mit Schreiben vom 14. April 2009 stellte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen die folgenden Anträge: Es sei für jedes Jahr ein Tarif festzusetzen. Allenfalls sei das Tariffestsetzungsverfahren nur für das Jahr 2005 durchzuführen, wobei auf die Daten für das Jahr 2004 abzustützen sei. Es sei das Tarifmodell Berner Fallpreispauschalen "BFP" anzuwenden und für die Beschwerdeführerin eine Baserate von Fr. 8'900.- zuzüglich eines Investitionszuschlags von Fr. 870.- festzusetzen. Eine Tariffestsetzung für die SanaTop Versicherungen AG sei abzulehnen. Zugleich reichte die Beschwerdeführerin Kostendaten für die Jahre 2004 und 2007 ein.

B.f Ebenfalls am 14. April 2009 erhob die Beschwerdeführerin gegen die Verfügung des Regierungsrats vom 25. März 2009 Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht und beantragte, dass die Verfügung aufzuheben sei, für die Festsetzung des Tarifs 2005 auf die Kosten-/Leistungsrechnung für das Kalenderjahr 2004 abzustellen und deshalb auf das Einfordern der Kostendaten für das Kalenderjahr 2003 zu verzichten sei. Das Bundesverwaltungsgericht trat auf diese Beschwerde mit Urteil C-2411/2009 vom 22. Juni 2009 nicht ein, da die Voraussetzungen für die selbständige Anfechtung der Verfügung vom 25. März 2009 als Zwischenentscheid nicht erfüllt seien.

B.g Mit Schreiben vom 13. August 2009 reichte die Beschwerdeführerin Unterlagen betreffend das Kalenderjahr 2003 ein und hielt an den in ihrem Schreiben vom 14. April 2009 gestellten Begehren fest, namentlich

betreffend das Abstützen auf die Daten für das Kalenderjahr 2004 (im vorinstanzlichen Ordner "Tarifverhandlungen & Festsetzung nach Bundesratsentscheid vom 30.1.2008 RRB 1032-1041 vom 30.6.2010 Teil 3 [im Folgenden: RR7] L4).

B.h Am 15. Januar 2010 nahm die Eidgenössische Preisüberwachung (PUE) zum von der GEF BE in Aussicht genommenen Tarif Stellung.

B.i Mit Beschluss Nr. [...] vom 30. Juni 2010 (im Folgenden: angefochtener Beschluss bzw. RRB) setzte der Regierungsrat den Tarif für die stationäre Behandlung zu Lasten der OKP in der Klinik der Beschwerdeführerin im Verhältnis zu den nachfolgend aufgezählten Krankenversicherer für die Zeit vom 1. Januar 2005 bis 31. Dezember 2009 in Form einer Tagespauschale auf Fr. 1'096.- pro Tag (inkl. Arztleistungen) fest. Als Krankenversicherer betroffen waren neben den rubrizierten Beschwerdegegnerinnen 1-4 und 6-8 die Caisse Maladie Hotela (im Folgenden: Hotela; zu Beginn Beschwerdegegnerin 5) und die SanaTop Versicherungen AG (im Folgenden: SanaTop bzw. Beschwerdegegnerin 9; zusammen im Folgenden: Krankenversicherer bzw. Beschwerdegegnerinnen).

Der Regierungsrat begründete die Tariffestsetzung im Wesentlichen damit, dass Tarifverhandlungen gescheitert seien, dass kein Grund für eine zeitliche Beschränkung des Tarifs auf das Kalenderjahr 2005 bestehe – vorbehältlich einer allfälligen späteren Tarifvereinbarung durch die Parteien und anschliessender Genehmigung derselben durch den Regierungsrat – und dass die Berechnung sich auf das vom Bundesrat bestätigte Modell der PUE abstütze.

C.

C.a Gegen den Regierungsratsbeschluss Nr. [...] erhob die Beschwerdeführerin am 5. August 2010 Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht und stellte die folgenden Anträge:

1. Die Verfügung vom 30. Juni 2010 des Regierungsrates des Kantons Bern sei aufzuheben.
2. Als Tarif für das Jahr 2005 für die Beschwerdegegner 1-8 sei der Betrag von Fr. 8'900.- zuzüglich eines Investitionszuschlages von Fr. 870.- auf der aufgelaufenen Teuerung festzusetzen. Für den Beschwerdegegner 9 (SanaTop) sei für das Jahr 2005 kein Tarif festzusetzen.

3. Eventualiter zu Ziffer 2 seien für das Jahr 2005 folgende Fachgebietspauschalen festzusetzen.

Durchschnittliche Kosten pro Fall im Jahr 2004 = Basispreis Fr. 7'048.- mit folgenden Gewichtungsfaktoren:

Fachgebiet	Kosten- gewichtungs- faktor
Allg. Chirurgie inkl. Gastroenterologie	1.02
Gynäkologie/Geburtshilfe, Neonatologie	0.89
Herzchirurgie	4.08
HNO	0.56
Kardiologie	0.98
Kieferchirurgie	1.71
Medizin	1.14
Neurochirurgie	1.30
Onkologie	0.61
Ophthalmologie	0.59
Orthopädie	1.02
Plastische Chirurgie	0.73
Thorax und Gefässe	1.05
Urologie	0.90

4. Subeventualiter: Die Verfügung vom 30. Juni 2010 sei aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurück zu weisen zur Festsetzung eines Tarifs 2005, der die nachgewiesenen Kosten vollständig deckt.
5. Subsubeventualiter: Die Verfügung vom 30. Juni 2010 sei aufzuheben und es seien je für die Jahre 2005, 2006, 2007, 2008 und 2009 Fachgebietspauschalen festzusetzen, die die nachgewiesenen Kosten vollständig decken.
6. Subsubsubeventualiter: Die Verfügung vom 30. Juni 2010 sei aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurück zu weisen zur Festsetzung eines Tarifs je für die Jahre 2005, 2006, 2007, 2008 und 2009, der die nachgewiesenen Kosten vollständig deckt.
7. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Vorinstanz und der Beschwerdegegner.

C.b Am 1. September 2010 leistete die Beschwerdeführerin den ihr vom Bundesverwaltungsgericht auferlegten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 3'000.-.

C.c Mit Vernehmlassung vom 20. September 2010 beantragte der Regierungsrat die Abweisung der Beschwerde unter Kostenfolge.

C.d Mit Beschwerdeantwort vom 21. September 2010 beantragten die Beschwerdegegnerinnen die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf eingetreten werden könne – unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

C.e Am 22. Oktober 2010 nahm die PUE Stellung und stützte den vom Regierungsrat festgesetzten Tarif.

C.f Am 20. Dezember 2010 nahm das Bundesamt für Gesundheit (BAG) Stellung und erklärte, dass die Beschwerde im Sinne seiner Ausführungen abzuweisen sei.

C.g Mit Schreiben vom 20. Mai 2011 beantragte der Regierungsrat die Abweisung der Beschwerde unter Kostenfolge.

C.h In ihren Schlussbemerkungen vom 23. Mai 2011 hielten je die Krankenversicherer und die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest.

C.i Am 20. Juni 2011 schloss das Bundesverwaltungsgericht den Schriftwechsel ab.

C.j Auf Aufforderung des Bundesverwaltungsgerichts hin nahm der Vertreter der Beschwerdegegnerinnen mit Eingaben vom 10., 19., 20. und 24. April 2012 zur Frage der vom umstrittenen Tarif konkret betroffenen Krankenversicherer Stellung und reichte mehrere Dokumente und zwei Vollmachten zu den Akten (act. 18-21).

C.k Vom Bundesverwaltungsgericht dazu aufgefordert reichte die Vorinstanz am 7. September 2012 die Kopie einer E-Mail der Beschwerdeführerin vom 10. November 2009 betreffend die Anzahl der von der Klinik der Beschwerdeführerin in den Jahren 2003 und 2004 effektiv betriebenen OKP-Betten und der entsprechenden Bettenauslastung ein (act. 23).

D.

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten

wird, soweit entscheidrelevant, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Vorweg ist darauf hinzuweisen, dass – mit Wirkung gegenüber denselben Krankenversicherern – insgesamt für 9 Privatspitäler gegen die regierungsrätliche Festsetzung des OKP-Tarifs für die stationäre Behandlung für die Zeit vom 1. Januar 2005 bis 31. Dezember 2009 Beschwerde vor Bundesverwaltungsgericht geführt wurde. Am 6. Juli 2012 fällt dieses im Verfahren C-5550/2010 ein erstes, inzwischen als BVGE 2012/18 publiziertes Urteil, auf dessen Erwägungen im Folgenden mehrfach verwiesen wird.

2.

Nach Art. 53 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) kann gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 47 KVG beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden. Der angefochtene RRB Nr. [...] vom 30. Juni 2010 wurde gestützt auf Art. 47 Abs. 1 KVG erlassen. Das Bundesverwaltungsgericht ist deshalb zur Beurteilung der Beschwerde zuständig (vgl. auch Art. 90a Abs. 2 KVG).

3.

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich gemäss Art. 37 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) und Art. 53 Abs. 2 Satz 1 KVG grundsätzlich nach dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021). Das Beschwerdeverfahren richtet sich vorliegend in zeitlicher Hinsicht nach Art. 53 KVG in der seit dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung (vgl. BVGE 2012/18 nicht publizierte E. 2 m.w.H.).

4.

4.1 Die Beschwerdeführerin hat am vorinstanzlichen Tariffestsetzungsverfahren teilgenommen, ist als primäre Adressatin durch den angefochtene Regierungsratsbeschluss besonders berührt und hat insoweit an dessen Aufhebung bzw. Abänderung ein schutzwürdiges Interesse (vgl. Art. 48 VwVG). Sie ist daher zur Beschwerde legitimiert. Auf die frist- und

formgerecht erhobene Beschwerde ist, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, *grundsätzlich* einzutreten (vgl. Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

4.2

4.2.1 Die Krankenversicherer machen geltend, dass die Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren entgegen Art. 53 Abs. 2 Bst. a KVG in unzulässiger Weise neue Begehren stelle bzw. sich auf neue Beweismittel und Tatsachen berufe. Im entsprechenden Umfang sei auf die Beschwerde daher nicht einzutreten. Die Beschwerdeführerin hält dem entgegen, dass diese Bestimmung nicht so weitgehend auszulegen sei, dass jegliches Beschwerdeverfahren ausgeschlossen würde.

4.2.2 Die Neuheit eines Begehrens im Sinne von Art. 53 Abs. 2 Bst. a KVG bestimmt sich analog der Praxis des Bundesgerichts zu Art. 99 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (BGG, SR 173.110) nach dem Streitgegenstand. Dieser kann vor Bundesverwaltungsgericht nur noch eingeschränkt, aber nicht ausgeweitet oder geändert werden. Wurde die vor Bundesverwaltungsgericht behauptete Tatsache nicht schon der Vorinstanz vorgetragen oder fand sie nicht auf anderem Wege in prozessual zulässiger Weise Eingang in das Dossier, ist sie neu, andernfalls nicht (vgl. BVGE 2012/18 E. 3.2.2 m.w.H.).

4.3 Die Krankenversicherer legen nicht dar, welche Beweismittel oder Tatsachen die Beschwerdeführerin neu in das Beschwerdeverfahren eingebracht haben soll. Tatsächlich wurde keine potentiell entscheidrelevante neue Behauptung von der Beschwerdeführerin aufgestellt, deren Zulässigkeit im Licht von Art. 53 Abs. 2 Bst. a KVG zu prüfen wäre. Die Einwände der Krankenversicherer stossen im Übrigen ins Leere.

4.4 Zu prüfen bleibt, inwiefern einzelne der Rechtsbegehren der Beschwerdeführerin über den Streitgegenstand hinausgehen und neue Begehren im Sinne von Art. 53 Abs. 2 Bst. a KVG darstellen und deshalb darauf nicht einzutreten ist.

Streitgegenstand im vorliegenden Beschwerdeverfahren ist der Tarif zu Lasten der OKP für in der Zeit vom 1. Januar 2005 bis 31. Dezember 2009 in der Klinik der Beschwerdeführerin erbrachte stationäre Behandlungen. Die Beschwerdeführerin ist vorab dazu berechtigt, im Beschwerdeverfahren die Aufhebung des angefochtenen Beschlusses und die Rückweisung zum neuen Entscheid zu beantragen sowie Anträge betref-

fend die Kosten- und Entschädigungsfolgen des Beschwerdeverfahrens zu stellen. Den Ausschluss einer Tariffestlegung im Verhältnis zur SanaTop hat die Beschwerdeführerin bereits in ihrem Schreiben vom 14. April 2009 explizit beantragt. Im selben Schreiben hat sie auch ausgeführt, dass sie es für absolut zwingend erachte, dass für jedes Jahr ein Tarif festgesetzt werde und es angebracht wäre, das Verfahren vorerst auf das Jahr 2005 zu beschränken. Die Begehren der Beschwerdeführerin betreffend eine zeitliche Limitierung des Tarifs auf das Kalenderjahr 2005 bzw. auf die Festsetzung separater Tarife für die Jahre 2005, 2006, 2007, 2008 und 2009 sind somit nicht neu. Es steht der Beschwerdeführerin in Hinblick auf Art. 53 Abs. 2 Bst. a zweiter Satz KVG auch grundsätzlich frei, Rechtsbegehren betreffend das für die Tariffestsetzung zu verwendende Tarifsysteem zu stellen, namentlich das BFP-Tarifmodell und Fachgebietspauschalen anstelle von Tagespauschalen (vgl. BVGE 2012/18 nicht publizierte E. 3.4.1 f. sowie [publizierte] E. 3.4.3). Inwiefern hierzu eine Berufung auf neue Tatsachen und/oder Beweismittel zulässig wäre, kann vorliegend offen bleiben, da das Bundesverwaltungsgericht das von der Vorinstanz angeordnete Tagespauschalsystem schützt (vgl. unten E. 12).

4.5 Art. 53 Abs. 2 Bst. a KVG steht dem Eintreten auf die Beschwerde und die einzelnen Beschwerdeanträge somit nicht entgegen.

5.

In Bezug auf die Krankenversicherer ist festzuhalten, dass ursprünglich die vom angefochtenen RRB betroffenen 9 Krankenversicherer (vgl. oben Bst. B.i) als Beschwerdegegnerinnen auftraten. Im Verlauf des Verfahrens veränderten sich die diesbezüglichen Verhältnisse allerdings, was zu folgenden Feststellungen Anlass gibt (für die Herleitung vgl. BVGE 2012/18 nicht publizierte E. 4 m.w.H.): Die ÖKK ist für das vorliegende Verfahren an die Stelle der ursprünglich als Beschwerdegegnerin 5 geführten Hotela getreten; sie wird durch das vorliegende Urteil entsprechend berechtigt und verpflichtet und anstelle der Hotela im Rubrum geführt. Die SUPRA, welche am Beschwerdeverfahren bereits für sich selbst als Beschwerdegegnerin 7 beteiligt war und ist, tritt für das vorliegende Verfahren in Bezug auf das OKP-Geschäft der SanaTop an deren Stelle als Beschwerdegegnerin. Zur grösseren Übersichtlichkeit wird die SanaTop im Rahmen dieses Urteils allerdings (weiterhin) separat als Beschwerdegegnerin 9 behandelt und im Rubrum geführt. Dies ändert nichts daran, dass das vorliegende Urteil in Bezug auf das OKP-Geschäft der SanaTop an deren Stelle die SUPRA berechtigt und verpflichtet.

6.

6.1 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).

6.2 Tariffestsetzungsbeschlüsse nach Art. 47 KVG sind vom Bundesverwaltungsgericht mit voller Kognition zu überprüfen (BVGE 2010/24 E. 5.1). Nach der Rechtsprechung stellt es keine unzulässige Kognitionsbeschränkung dar, wenn das Bundesverwaltungsgericht – 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. Im Bereich der Tariffestsetzungen obliegt es letztlich der Kantonsregierung bei vertragslosem Zustand den Tarif festzusetzen. Daran ändert nichts, dass sie vorgängig die PUE anzuhören und zu begründen hat, wenn sie deren Empfehlungen nicht folgt. Den Empfehlungen der PUE wiederum kommt ein besonderes Gewicht zu, weil die auf Sachkunde gestützten Stellungnahmen bundesweit einheitliche Massstäbe bei der Tariffestsetzung setzen. Das Gericht hat sich insbesondere dann eine Zurückhaltung aufzuerlegen, wenn – wie hier – der Entscheid der Vorinstanz mit den Empfehlungen der PUE übereinstimmt. Im Übrigen unterliegen die verschiedenen Stellungnahmen – auch der weiteren Verfahrensbeteiligten – der freien Beweiswürdigung bzw. Beurteilung durch das Bundesverwaltungsgericht (vgl. BVGE 2012/18 E. 5.3 f. m.w.H.).

6.3 Der Regierungsrat hat in casu vor der Festsetzung des umstrittenen Tarifs die PUE konsultiert und ist deren Empfehlung gefolgt. Die Tariffestsetzung durch den Regierungsrat ist somit aus der Sicht des Preisüberwachungsgesetzes vom 20. Dezember 1985 (PüG, SR 942.20) formal nicht zu beanstanden.

6.4 In materiellrechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung haben. Anfechtungsgegenstand ist vorliegend der Regierungsratsbeschluss vom 30. Juni 2010 betreffend den Tarif ab 1. Januar 2005 bis 31. Dezember 2009. Der angefochtene Entscheid ist daher im Lichte des Art. 49 KVG, in der Fassung vom 18. März 1994 (AS 1995 1328), zu beurteilen – und zwar auch für den Zeitraum vom

1. Januar bis 31. Dezember 2009 – und es ist auf die VKL in der vom 1. Januar 2005 bis Ende Dezember 2008 gültigen Fassung abzustellen (vgl. BVGE 2012/18 nicht publizierte E. 5.6 m.w.H.). Soweit nicht anders vermerkt, werden demnach Art. 49 KVG und die übrigen Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen im Folgenden in den vom 1. Januar 2005 bis 31. Dezember 2009 in Kraft gestandenen Fassungen zitiert.

6.5 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung als Hauptbestandteil der sozialen Krankenversicherung (Art. 1 Abs. 1 KVG; Grundversicherung) übernimmt nach Art. 24 KVG die Kosten für die Leistungen gemäss den Artikeln 25 bis 31 nach Massgabe der in den Artikeln 32 bis 34 festgelegten Voraussetzungen. Gemäss Art. 43 KVG erstellen die Leistungserbringer ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen (Abs. 1). Der Tarif ist die Grundlage für die Berechnung der Vergütung; er kann namentlich einen Zeittarif oder einen Pauschaltarif vorsehen (Abs. 2 Bst. a und c). Tarife und Preise werden in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Tarifvertrag) vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt. Dabei ist auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife zu achten (Abs. 4). Die Vertragspartner und die zuständigen Behörden achten darauf, dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird (Abs. 6). Parteien eines Tarifvertrages sind einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder deren Verbände einerseits sowie einzelne oder mehrere Versicherer oder deren Verbände andererseits (Art. 46 Abs. 1 KVG). Der Tarifvertrag bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat (Art. 46 Abs. 4 Satz 1 KVG). Kommt zwischen Leistungserbringern und Versicherern kein Tarifvertrag zustande, so setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest (Art. 47 Abs. 1 KVG) (vgl. BVGE 2012/18 E. 5.7 m.w.H.).

6.6 Gemäss Art. 59c KVV hat die Genehmigungsbehörde zu prüfen, ob der Tarifvertrag namentlich den folgenden Grundsätzen entspricht: Der Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung und die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken (Abs. 1 Bst. a und b). Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen (Bst. c). Die Vertragsparteien müssen die Tarife regelmässig überprüfen und anpassen, wenn die Erfüllung der Grundsätze nach Abs. 1 Bst. a und b nicht mehr gewährleistet ist. Die zuständigen Behörden sind über die Resultate der Überprüfungen zu informieren

(Abs. 2). Die zuständige Behörde wendet die Abs. 1 und 2 auch bei Tariffestsetzungen nach den Art. 43 Abs. 5, Art. 47 oder Art. 48 KVG sinngemäss an (Abs. 3). Da Art. 59c KVV im Wesentlichen eine Kodifizierung der bundesrätlichen Rechtsprechung darstellt, ist es für das vorliegende Verfahren ohne Bedeutung, dass Art. 59c KVV (erst) am 1. August 2007 in Kraft getreten ist (vgl. BVGE 2012/18 E. 5.8 m.w.H.).

6.7 Die besonderen Grundsätze betreffend Tarifverträge mit Spitälern werden in Art. 49 KVG geregelt und sind auch von der Kantonsregierung zu beachten, wenn diese den Tarif hoheitlich festsetzt (vgl. BVGE 2012/18 E. 5.9 m.w.H., auch für eine Zusammenfassung der besagten Grundsätze).

7.

7.1 Der Regierungsrat des Kantons Bern ist für die Festsetzung des umstrittenen Tarifs ab dem Jahr 2005 (Tarifjahr = Jahr X) vom Zahlenmaterial der Beschwerdeführerin für das Kalenderjahr 2003 (X-2 Jahre) ausgegangen. Die Beschwerdeführerin hat demgegenüber sowohl vorinstanzlich als auch im Beschwerdeverfahren verlangt, dass stattdessen auf das Zahlenmaterial für das Kalenderjahr 2004 (X-1) abzustützen sei.

7.2 Als Basis für die Festlegung eines OKP-Tarifs des Jahres X gelten im Normalfall grundsätzlich die ausgewiesenen Kosten des Jahres X-2, unabhängig davon, ob der Tarif vor, während oder nach dem betroffenen Tarifjahr vereinbart und genehmigt bzw. hoheitlich festgesetzt wird. Ausnahmsweise kann ein Tarif gestützt auf die Zahlen der seinem Geltungsbeginn unmittelbar vorangegangenen Rechnungsperiode, also des Jahres X-1, festgelegt werden, insbesondere, wenn besondere Umstände dies rechtfertigen oder alle Parteien damit einverstanden sind. Die Daten späterer Rechnungsperioden (d.h. Kosten, die *in* der Tarifperiode anfallen) können bei Tariffestlegungen grundsätzlich nicht berücksichtigt werden, es sei denn, es handle sich um budgetierte Mehrkosten (insbesondere im Personalbereich), welche vor dem Geltungsbeginn des Tarifs *rechnerisch genau ausgewiesen* waren und im Tarifjahr *tatsächlich* anfallen. Vorliegend hat die Beschwerdeführerin nicht substantiiert ausgeführt, weshalb in ihrem Fall ausnahmsweise von der Regel der Massgeblichkeit der Datenbasis X-2 abgewichen werden muss. Der Einwand, dass damit zu tiefe Kosten berücksichtigt würden, weil die Kosten jedes Jahr höher seien, ist dazu jedenfalls nicht geeignet. Vielmehr entspricht es dem gesetzgeberischen Willen, durch ein Abstützen auf vorgängige Daten die

Sparanstrengungen der Spitalbetreiber zu fördern (vgl. BVGE 2012/18 E. 6.2.2 m.w.H.).

7.3 Unter diesen Umständen ist – nicht zuletzt unter Berücksichtigung des dem Regierungsrat einzuräumenden Ermessens und der Zustimmung der PUE zu diesem Vorgehen (vgl. oben E. 6.3) – für die Beurteilung des angefochtenen Tarifs ab 1. Januar 2005 auf die Zahlen für das Jahr 2003 abzustützen.

8.

8.1 Der Regierungsrat setzte im Dispositiv des angefochtenen Beschlusses einen fixen Tarif "für die Zeit vom 1. Januar 2005 bis 31. Dezember 2009" fest. Er begründete die Befristung damit, dass er einerseits vom Bundesrat mit Entscheid vom 30. Januar 2008 angewiesen worden sei, auf den 1. Januar 2005 einen Tarif festzusetzen, und dass er andererseits mit Beschluss Nr. 93 vom 27. Januar 2010 für sämtliche im Kanton Bern gelegenen Privatspitäler einen (neuen) Tarif ab dem 1. Januar 2010 festgesetzt habe. Offen und zu regeln bleibe damit der dazwischen liegende Zeitraum – und dies nur in Bezug auf die neun vom angefochtenen RRB betroffenen Krankenversicherer.

8.2 Neben der Aufhebung des angefochtenen Regierungsratsbeschlusses zielt ein Teil der Beschwerdeanträge auf die Festsetzung eines Tarifes lediglich für das Jahr 2005 und ein anderer auf die Festsetzung von *separaten* Tarifen für die Jahre 2005, 2006, 2007, 2008 und 2009. Die Beschwerdeführerin begründet diese Anträge einerseits damit, dass die Parteien im Nachgang zum Bundesratsentscheid vom 30. Januar 2008 Verhandlungen aufgenommen hätten und sich einig gewesen seien, dass für jedes Jahr ein Tarif pro Spital verhandelt werde. Es sei auch sinnvoll, nur für das Jahr 2005 einen Tarif hoheitlich festzulegen und ausgehend von den entsprechenden Eckwerten die Tarife für die Folgejahre zu vereinbaren. Ausserdem sei es willkürlich, einen Tarif, der auf einer veralteten Datenbasis fusse, rückwirkend für mehrere Jahre festzusetzen, zumal damit eine Berücksichtigung der ständig variierenden Faktoren, auf welchen der Tarif basiere, namentlich den tatsächlichen Kosten, dem Behandlungsmix, der Behandlungsdauer und dem Mix zwischen grund- und zusatzversicherten Patientinnen und Patienten, ausgeschlossen werde. Weiter sei es im Interesse beider Tarifpartner, jährlich zu überprüfen, ob der Tarif noch als KVG-konform zu betrachten sei. Bei einer mehrjährigen rückwirkenden Tariffestsetzung werde eine entsprechende Kontrolle und Anpassung KVG-widrig verunmöglicht.

8.3 Der Bundesrat hat in seinem vorgängigen Entscheid vom 30. Januar 2008 den Regierungsrat angewiesen, *auf den 1. Januar 2005* einen Tarif zu genehmigen oder hoheitlich festzusetzen, ohne sich zur Dauer des Tarifs zu äussern.

8.4 Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, dass sie sich mit den Krankenversicherern dahingehend geeinigt habe, zunächst lediglich für das Jahr 2005 ein Tarif zu vereinbaren bzw. hoheitlich festsetzen zu lassen, wäre eine entsprechende, vom Regierungsrat nicht genehmigte Vereinbarung nicht verbindlich. Ob eine solche Vereinbarung zustande gekommen ist, braucht somit nicht geprüft zu werden (vgl. BVGE 2012/18 E. 7.2.3 m.w.H.).

8.5 Ein gestützt auf Art. 47 Abs. 1 KVG hoheitlich festgesetzter Tarif gilt grundsätzlich für die Dauer des tarifvertragslosen Zustandes und ist generell nicht zu befristen. Das Bundesrecht verpflichtet die Kantonsregierungen nicht dazu, die Geltungsdauer der Tarife im Sinne einer Maximaldauer zu befristen oder jährlich neue Tarife festzusetzen, verbietet dies allerdings auch nicht. Nicht mit dem KVG vereinbar ist es hingegen, für einen OKP-Tarif eine Mindestgeltungsdauer oder eine feste Dauer vorzusehen. Vielmehr steht es den Tarifpartnern jederzeit frei, selbst im Rahmen eines Beschwerdeverfahrens und auch wenn der Tarif einer (Maximal-)Befristung unterliegt, Verhandlungen für einen Tarifvertrag aufzunehmen, einen neuen Tarif zu vereinbaren und den entsprechenden Tarifvertrag von der Kantonsregierung genehmigen zu lassen – oder beim Scheitern der Verhandlungen eine neue hoheitliche Tariffestsetzung zu verlangen. Insbesondere steht es den Parteien auch frei, bereits für das dem betroffenen Tarifjahr folgende Tarifjahr eine neue Tarifrunde einzuleiten. Ein auf Grund einer solchen neuen Tarifrunde vereinbarter und genehmigter oder hoheitlich festgesetzter Tarif geht dem vorgängig festgelegten hoheitlichen Tarif vor bzw. tritt an dessen Stelle. Im Übrigen haben die Vertragsparteien und die für die Tarifgenehmigung und Tariffestsetzung zuständigen Behörden regelmässig die KVG-Konformität des geltenden Tarifs zu überprüfen. Sollten die Tarifpartner bzw. die zuständigen Behörden feststellen, dass der bisherige Tarif nicht mehr KVG-konform ist, ist der Tarif entsprechend anzupassen (vgl. BVGE 2012/18 E. 7.3 f. m.w.H.).

8.6 Dementsprechend war der Regierungsrat vorliegend nicht dazu verpflichtet, nur für das Jahr 2005 einen Tarif festzusetzen oder für jedes Jahr einen separaten Tarif bzw. eine neue Tarifhöhe festzusetzen. Viel-

mehr war er dazu berechtigt, für den Zeitraum *ab 1. Januar 2005* einen *fixen* Tarif festzusetzen. Auch eine *Maximal*befristung dieses Tarifs bis zum 31. Dezember 2009 ist zulässig. Ein Tarif, der *zwingend* während fünf Jahren *unverändert* gelten würde, würde hingegen in unzulässiger Weise die vorgeschriebene regelmässige Tarifüberprüfung und eine allfällige KVG-konforme Tarif-Anpassung verhindern. Vorliegend hat der Regierungsrat eine KVG-konforme Anpassung im Rahmen einer neuen Verhandlungsrunde im Dispositiv nicht ausgeschlossen. Er hat in seinen Erwägungen sogar ausdrücklich auf die Möglichkeit neuer Tarifverhandlungen, einer Tarifeinigung und einer Genehmigung eines entsprechenden Tarifs durch ihn selbst hingewiesen. Dass er nicht zugleich auf die vom KVG vorgeschriebene Möglichkeit hingewiesen hat, beim Scheitern neuer Tarifverhandlungen eine hoheitliche Tariffestsetzung beantragen zu können, ändert nichts daran, dass auch diese Möglichkeit besteht. In diesem Sinne hat der Regierungsrat zu Recht für den Zeitraum *ab 1. Januar 2005 bis maximal 31. Dezember 2009* einen einheitlich fixen Tarif festgesetzt. So steht es den Parteien (unter dem Vorbehalt des Rechtsmissbrauchs) frei, für einen Zeitpunkt nach dem 1. Januar 2005 unter Berufung auf veränderte Verhältnisse eine neue Tarifrunde einzuleiten, Vertragsverhandlungen aufzunehmen und eine entsprechende Vereinbarung vom Regierungsrat genehmigen zu lassen oder beim Scheitern der Verhandlungen die hoheitliche Festsetzung eines neuen Tarifs auf Grund veränderter Umstände zu beantragen. Werden hingegen keine Verhandlungen aufgenommen bzw. kein entsprechend neuer Tarif genehmigt oder hoheitlich festgelegt, bleibt der *ab 1. Januar 2005* geltende Tarif bis zum 31. Dezember 2009 in Kraft (vgl. zum Ganzen BVGE 2012/18 E. 7.4 f. m.w.H.).

9.

9.1 Der Regierungsrat hat den Tarif auf der Basis des Spitaltaxmodells der Preisüberwachung berechnet (im Folgenden: Spitaltaxmodell, PUE-Modell), was er damit begründete, dass Bundesrat und PUE bei der Berechnung von OKP-Spitaltarifen in konstanter Praxis auf dieses Modell abgestützt hätten. Die Beschwerdeführerin rügt, dass ein Abstützen auf dieses Modell im vorliegenden Fall unzulässig sei.

Mit Hilfe des PUE-Modells werden die für die Bemessung des OKP-Tarifs anrechenbaren Betriebskosten bestimmt. Dieses Modell geht von den tatsächlich für die Leistungserbringung aufgebrauchten, transparent ausgewiesenen (und belegten) Betriebskosten des stationären Spitalteils aus und bestimmt den Anteil dieser Kosten, der KVG-konform der OKP belastet werden kann. Dabei werden die anrechenbaren Kosten für die

meisten Positionen unter Berücksichtigung normativer Zu- und Abschläge ermittelt (vgl. BVGE 2012/18 E. 8.1 ff. m.w.H.).

Die Beschwerdeführerin bestreitet nicht, dass für die Berechnung des Tarifs zu Lasten der OKP von den tatsächlichen für die entsprechende Leistungserbringung angefallenen Kosten auszugehen ist. Sie bestreitet lediglich die Berechnung der standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten in Bezug auf einzelne im PUE-Modell vorgesehene und vorliegend vorgenommene normative bzw. kalkulatorische "Korrekturen" und rügt, dass diese zu ungerechtfertigten Kostenkürzungen in der Höhe von 25.3 % der effektiven und gemäss Kostenrechnung nachgewiesenen Kosten führten, die sie nicht anderweitig decken könne. Die nachfolgende Prüfung beschränkt sich auf die umstrittenen Punkte, während im Übrigen kein Anlass besteht, die Berechnung der standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten in Frage zu stellen.

9.2

9.2.1 In Bezug auf die vom Regierungsrat eingesetzten kalkulatorischen Personalkosten führt die Beschwerdeführerin aus, dass die kalkulatorischen Arzthonorare in der Höhe von nur Fr. 1'548.- pro Austritt und die restlichen Personalkosten zu tief angesetzt worden seien (act. 1 Ziff. 2.7 Bst. d).

9.2.2 Der Regierungsrat begründete die kalkulatorischen Arzthonorare im Wesentlichen damit, dass die Arzthonorare der Belegärztinnen und -ärzte selbständig gegenüber den Krankenversicherern in Rechnung gestellt worden seien und der Klinik keine ungerechtfertigten Vorteile daraus erwachsen sollten. Er sei daher den Empfehlungen der PUE vom 12. März 2007, welche diese in ihrer Stellungnahme vom 15. Januar 2010 bestätigt habe, gefolgt, welchen Wert die PUE wiederum dem zwischen santésuisse und dem Verband der Privatspitäler des Kantons Bern (VPSB) abgeschlossenen Tarifvertrag vom 20. November 2004 entnommen hat (vgl. die Stellungnahme der PUE vom 15. Januar 2010 in RR7/L3).

9.2.3 Die Beschwerdeführerin bestreitet die Zulässigkeit des Abstützens auf kalkulatorische Arzthonorare nicht grundsätzlich. Sie macht geltend, dass der Vergleich mit den öffentlichen Spitälern zeige, dass die direkten und indirekten Arztkosten ca. Fr. 2'100.- pro Fall ausmachten, wobei ihre Belegärzte, anders als in öffentlichen Spitälern angestellte Ärzte, auch die gesamten indirekten Kosten zu tragen hätten. Ausserdem sei der kalkulatorische Betrag wesentlich tiefer als eine nach TARMED berechnete Ent-

schädigung, was kaum begründbar sei. Beide Einwände werden nur pauschal erhoben und nicht substantiiert. Stattdessen hat die Beschwerdeführerin in ihrer Tarifikalkulation vom 12. März 2010 und in ihrer der Beschwerde beigelegten Kalkulation (act. 1.14) den von Regierungsrat und PUE verwendeten kalkulatorischen Wert für die Arzthonorare eingesetzt. Auch den Einwand, dass die vom Regierungsrat eingesetzten kalkulatorischen Personalkosten nach Abzug der kalkulatorischen Arzthonorare unrealistisch seien, hat die Beschwerdeführerin nicht substantiiert.

9.2.4 Unter diesen Umständen sieht das Bundesverwaltungsgericht keinen Anlass dafür, in das vom Regierungsrat unter Berufung auf die Berechnungen der PUE ausgeübte Ermessen einzugreifen, soweit er auf die besagten kalkulatorischen Arzthonorare und die restlichen kalkulatorischen Personalkosten abgestützt hat (vgl. BVGE 2012/18 nicht publizierte E. 9).

9.3

9.3.1 Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass als Anlagenutzungskosten nicht die vom Regierungsrat eingesetzten normativen Kosten, sondern die höheren, tatsächlich angefallenen Kosten für die Tarifbildung zu berücksichtigen seien (act. 1 Ziff. 2.7 Bst. a).

9.3.2 Unbestritten ist, dass Investitionskosten bei Privatspitälern ohne öffentliche Betriebsbeiträge anrechenbar sind, soweit sie – wie vorliegend – nicht von der öffentlichen Hand nach dem Recht des zuständigen kantonalen oder kommunalen Gemeinwesens zu tragen sind (für die Definition von Investitionskosten im Sinne von Art. 49 Abs. 1 KVG vgl. BVGE 2012/18 E. 10.2 m.w.H.).

9.3.3 Die geltend gemachten Investitionskosten dürfen nicht unbesehen für die Tarifberechnung herangezogen werden. Vielmehr beinhaltet eine betriebswirtschaftliche Bemessung der Tarife in jedem Fall eine Wirtschaftlichkeitsbeurteilung der Leistungserbringung (Art. 43 Abs. 4 und 6 KVG). Es ist daher für die geltend gemachten Kosten eine Angemessenheitsprüfung vorzunehmen, wobei rechtsprechungsgemäss das ganze Konto 44 (Aufwand für Anlagenutzung) einer Plausibilisierung anhand der normativen Investitions- und Grundstückskosten gemäss Spitaltaxmodell der Schweizerischen Vereinigung der Privatkliniken (SVPK) und der Medizinal-Kommission UVG (MTK) für die UVG-Patienten und -Patientinnen (SVPK/MTK-Spitaltaxmodell) zu unterziehen ist, wobei praxisgemäss die Anrechnung einer Toleranzmarge von 5% auf den normativen Anlagenut-

zungskosten erfolgt. Dieser Vorgang stellt eine behelfsmässige Plausibilisierung und nicht einen Benchmarking-Ansatz dar (vgl. BVGE 2012/18 E. 10.3 m.w.H.).

9.3.4 Der Regierungsrat hat im angefochtenen Entscheid eine der bundesrätlichen Praxis entsprechende Angemessenheitsprüfung der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Anlagenutzungskosten vorgenommen. Unter Berücksichtigung der Toleranzmarge von 5 % resultieren seines Erachtens normative Anlagenutzungskosten in der Höhe von Fr. 681'185.-, während die Beschwerdeführerin Anlagenutzungskosten in der Höhe von Fr. 1'153'087.- geltend macht (act. 1, Anhang zu Beilage 1).

9.3.5 Die Beschwerdeführerin führt aus, dass die verwendeten Normwerte für sie als Privatspital keine Bedeutung hätten und ausserdem veraltet seien, was zu einer ungerechtfertigten Kürzung der berücksichtigten Betriebskosten führe. Diese Tatsache habe auch die SwissDRG AG erkannt. Deshalb sei die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG beauftragt worden, ein Modell zur korrekten Anrechnung der betrieblichen Investitionen zu erarbeiten. Verschiedene Kantone, so auch der Kanton Bern, rechneten mit mindestens 12 % der Kosten. In den Verhandlungen im Zusammenhang mit SwissDRG habe sich zudem gezeigt, dass H+ einen noch höheren Investitionszuschlag für notwendig erachte.

9.3.6 Dem hält der Regierungsrat in seiner Vernehmlassung entgegen, dass es sich bei dem besagten Investitionszuschlag von 12 % um eine Annahme der GEF BE für die Zeit ab 2012 handle, um eine kalkulatorische mögliche Grösse für die Tariffindung für den Zeitraum ab Inkrafttreten der neuen Spitalfinanzierung. Von einem Mindestwert sei diesbezüglich ausserdem nie die Rede gewesen.

9.3.7 Die Beschwerdeführerin verkennt, dass die in E. 9.3.3 erwähnten Normwerte auf einem von der Schweizerischen Vereinigung der Privatkliniken mitbegründeten Spitaltaxmodell beruhen, also sehr wohl auf Privatkliniken anwendbar sind und in der Rechtsprechung auch auf Privatspitäler angewandt wurden (vgl. BVGE 2012/18 E. 10.5 m.w.H.). Den Einwand der veralteten Normwerte erhebt die Beschwerdeführerin lediglich pauschal, ohne ihn genauer zu substantiieren. Insbesondere kann in Werten, wie sie in Hinblick auf die neue Spitalfinanzierung in Betracht gezogen werden, keine entsprechende Substantiierung erkannt werden. Selbst wenn der Kanton Bern teilweise einen Investitionszuschlag von 20 % gerechtfertigt erachten und damit rechnen würde, was vom Regierungsrat

bestritten wird, wäre auch darin keine ausreichende Substantiierung zu erkennen.

9.3.8 Da die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Anlagenutzungskosten höher sind als der plausibilisierte und um die 5 %-Toleranzmarge erhöhte Wert gemäss SVPK/MTK-Spitaltaxmodell, dessen korrekte *Berechnung* die Beschwerdeführerin nicht bestreitet, hat der Regierungsrat in Übereinstimmung mit der PUE somit zu Recht auf den letztgenannten Wert abgestellt.

9.4

9.4.1 Die Beschwerdeführerin bestreitet die Zulässigkeit der Ausscheidung von Kosten für Lehre und Forschung, wie sie der Regierungsrat mittels eines normativen Abzugs von 1 % vorgenommen hat (act. 1 Ziff. 2.7 Bst. b).

9.4.2 Nach Art. 49 Abs. 1 KVG sind die Kosten für Lehre und Forschung von den auf die Pauschalen anrechenbaren Kosten abzuziehen. Die Definition der Lehre und Forschung gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG in Art. 7 VKL entspricht im Wesentlichen der bundesrätlichen Praxis, wonach von einem weiten Begriff der Lehre und Forschung auszugehen ist. Ein Abzug für Lehre ist immer vorzunehmen, wenn Angestellte gemäss Pflichtenheft zumindest während eines Teils ihrer Arbeitszeit als Ausbilderin oder Ausbilder tätig sind. Abzuziehen sind jeweils die effektiven Kosten für Lehre und Forschung, sofern diese bekannt sind; anderenfalls sind normative Abschlagssätze anzuwenden. Sind die Kosten für Lehre und Forschung nicht ausgewiesen, kommen praxisgemäss folgende, nach Spitalgrösse und -typ abgestufte Abzüge zur Anwendung: bei Universitätsspitalern 25 %, bei mittelgrossen und grossen Spitälern (über 125 Betten) 5 %, bei Spitälern mit 75 - 124 Betten 2 % und bei kleineren Spitälern 1 %. Die Pauschalabzüge für Lehre und Forschung stellen lediglich ein Korrektiv dar, welches anzuwenden ist, wenn die Spitäler ihrer Pflicht, die effektiven Kosten auszuscheiden, nicht nachgekommen sind. Daher sind an die Berechnungen der Pauschalabzüge keine sehr differenzierten Anforderungen zu stellen. Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin finden vorliegend die Bestimmungen betreffend die per 1. Januar 2012 in Kraft getretene Spitalrevision keine Anwendung (vgl. oben E. 6.4) und es kann aus diesen Bestimmungen auch nichts hergeleitet werden, das die dargelegte Umschreibung der massgeblichen Kosten für Lehre und Forschung als unzutreffend erscheinen liesse (vgl. zum Ganzen BVGE 2012/18 E. 11.2 m.w.H.).

9.4.3 Vorliegend bestreitet die Beschwerdeführerin nicht, Aus- und Weiterbildung im Sinne der bundesrätlichen Praxis und der VKL zu betreiben und die entsprechenden Kosten nicht separat ausgewiesen zu haben. Letzteres begründet sie damit, dass die (nicht universitären) Aus- und Weiterbildungskosten zu den anrechenbaren Kosten gehörten, da damit produktive Leistungen verbunden und daher nicht auszuscheiden seien. Dabei verkennt sie, dass die auszuschliessenden Kosten nicht seitens der Personen ansetzen, welche aus- oder weitergebildet werden (Lernende), sondern bei den Personen, die aus- oder weiterbilden (Lehrende). Dass dem Lernaufwand der Lernenden auch eine gewisse produktive Leistung gegenübersteht, wird von diesem Modell nicht in Frage gestellt. Es spielt damit auch keine Rolle, ob die aus- und weiterbildenden Personen daneben produktive Tätigkeiten im Sinne der OKP ausüben oder nur als Aus- bzw. Weiterbildende angestellt bzw. beauftragt werden. In beiden Fällen werden die Kosten nicht von der OKP getragen (vgl. BVGE 2012/18 E. 11.3 m.w.H.).

9.4.4 Die Beschwerdeführerin macht weiter geltend, dass sie von Bund und Kanton dazu aufgefordert bzw. verpflichtet werde, Ausbildung zu betreiben, und es nicht sein könne, dass sie die entsprechenden Kosten nicht auf die OKP abwälzen könne. Dabei verkennt sie, dass vorliegend nur zu prüfen ist, ob diese Kosten von der OKP zu tragen sind, was Gesetz und Verordnung klar verneinen. Inwiefern die Beschwerdeführerin auf Grund ausserhalb der OKP liegender Bestimmungen oder Vorgaben verpflichtet ist, Ausbildung zu betreiben und wer für die entsprechenden Kosten aufzukommen hat, ist hier nicht zu prüfen (vgl. BVGE 2012/18 E. 11.4).

9.4.5 Da die Beschwerdeführerin im Jahr 2003 effektiv 34 OKP-Betten betrieb (vgl. E-Mail der Beschwerdeführerin vom 10. November 2009 [act. 23]), haben der Regierungsrat und die PUE somit zu Recht unter dem Titel Lehre und Forschung einen Abzug von 1 % vorgenommen.

9.5 Da im Jahr 2003 die Bettenauslastung in der Klinik der Beschwerdeführerin 87 % betrug und damit über dem Auslastungsschwellenwert für Akutspitäler mit Notfallstation (85 %) liegt, hat der Regierungsrat zu Recht keinen Abzug wegen Überkapazität vorgenommen (vgl. BVGE 2012/18 E. 12 m.w.H.).

9.6 Der Regierungsrat hat in Übereinstimmung mit der PUE wegen den (nicht separat ausgewiesenen) Mehrkosten für die Behandlung von zu-

satzversicherten Patientinnen und Patienten einen Abzug in der Höhe von 2 % vorgenommen – unter Ausschluss der Arzthonorare für Zusatzversicherte. Ausgehend vom aktenkundigen Zusatzversichertenanteil von 29 % hat er die diesbezügliche Rechtsprechung korrekt angewandt (vgl. BVGE 2012/18 E. 13 m.w.H.). Die grundsätzliche Zulässigkeit dieses Abzugs und dessen relative Höhe (2 %) werden von der Beschwerdeführerin auch nicht bestritten. Da sie die Mehrkosten für die zusatzversicherten Patienten nicht transparent und nachvollziehbar separat ausgewiesen *hat*, bleibt die Frage, ob der Abzug für mehrere Jahre vorgenommen werden dürfe, ohne Relevanz.

9.7

9.7.1 Der Regierungsrat hat für das Jahr 2004 eine "gewichtete Teuerung" von 0.88 % aufgerechnet (vgl. Anhang zum RRB), welches Vorgehen die PUE stützt. Die Beschwerdeführerin setzt in ihrer der Beschwerde beigelegten Tarifikalkulation (Beilage 14) hingegen eine gewichtete Teuerung in der Höhe von 0.92 % ein, ohne dies weiter zu begründen.

Das PUE-Modell sieht vor, dass für die Berechnung der gewichteten Teuerung auf dem Anteil der Personalkosten (an den Gesamtkosten) die Lohnkostenindex-Teuerung (vorliegend unbestritten 1.4 %) und auf dem Anteil der Sachkosten (an den Gesamtkosten) die Teuerung gemäss dem Landesindex der Konsumentenpreise (LIK; vorliegend unbestritten 0.6 %) zu berechnen sind. Die Summe der Resultate der beiden Multiplikationen entspricht der gewichteten Teuerung in Prozenten (vgl. "Spitaltarife – Praxis des Preisüberwachers bei der Prüfung von stationären Spitaltarifen", Eidgenössische Preisüberwachung, Dezember 2006).

Im Resultat gehen der Regierungsrat und die Beschwerdeführerin davon aus, dass für das Jahr 2004 eine entsprechend berechnete gewichtete Teuerung aufzurechnen ist. Der Unterschied in der gewichteten Teuerung (0.88 % versus 0.92 %) spiegelt lediglich wieder, dass der Regierungsrat und die Beschwerdeführerin von unterschiedlichen Personalkosten und Gesamtkosten ausgehen, was zu einer entsprechenden Differenz im relativen Gewicht der Personal- und Sachkosten führt. Da die Beschwerdeführerin die vom Regierungsrat eingesetzten kalkulatorischen Personal- und Sachkosten nicht zu widerlegen vermag und gestützt auf diese die gewichtete Teuerung richtig berechnet wurde, ist vorliegend für das Jahr 2004 zu Recht eine gewichtete Teuerung in der Höhe von 0.88 % berücksichtigt worden.

9.7.2 Mit ihrer Rüge, dass der Regierungsrat zu Unrecht lediglich die Teuerung für das Jahr 2004 und nicht auch für die Folgejahre berücksichtigt habe, dringt die Beschwerdeführerin nicht durch (vgl. BVGE 2012/18 E. 14 m.w.H.).

9.8 Im Sinne eines Zwischenresultats ist somit festzuhalten, dass der Regierungsrat zu Recht im angefochtenen Beschluss die umstrittenen Abzüge bzw. normativen Korrekturen vorgenommen hat, deren Berechnung nicht substantiiert bestritten wurde. Er ist somit grundsätzlich zu Recht von im Rahmen der Tariffestsetzung anrechenbaren Kosten in der Höhe von Fr. 13'184'789.- ausgegangen (act. 1, Anhang zu Beilage 1).

10.

10.1 Die Beschwerdeführerin beanstandet den vom Regierungsrat festgesetzten Kostendeckungsgrad von 90 % im Grundsatz und beantragt eine Deckung zu 100 %. Sie begründet dies zur Hauptsache damit, dass ihre Daten völlig transparent seien und es keinen Anlass für Zweifel betreffend die dem Spital effektiv entstandenen Kosten gebe.

10.2 Die Spitäler sind gehalten, nebst der Leistungsstatistik eine Betriebsabrechnung vorzulegen, welche die Kostenrechnung (bestehend aus der Kostenarten-, Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung) sowie die Ermittlung des Betriebserfolges umfasst. Die Ermittlung der Kosten und die Erfassung der Leistungen müssen gemäss den Vorgaben der VKL bzw. der darin kodifizierten Rechtsprechung erfolgen. Legt ein Spital eine gute Kostenstellenrechnung sowie eine vollständige, qualitativ gute, ausreichend detaillierte Kostenträgerrechnung (inkl. Leistungserfassung) vor, ist die Kostentransparenz vollständig gegeben. Bei ungenügender Kostentransparenz (Intransparenz der Kostendaten) besteht die Gefahr, dass die Spitalpauschalen mehr als das gesetzlich vorgesehene Maximum der zulasten der OKP abrechenbaren Kosten decken. Wenn die Transparenz nicht genügt, wird ein Abzug beim Kostendeckungsgrad vorgenommen, dessen Höhe von den der Tariffberechnung im Einzelfall zu Grunde liegenden Unterlagen und deren Qualität abhängt. Der Kostendeckungsgrad bewegt sich bei Privatspitalern, welche nicht öffentlich subventioniert werden zwischen 85 % und 96 %: 85 %, wenn nur eine Kalkulation besteht und die vorgelegten Unterlagen rudimentär sind; 92 %, wenn eine Finanzbuchhaltung, eine Kalkulation und eine Kostenstellenrechnung von guter Qualität vorliegen; 96 %, wenn eine – allerdings noch nicht restlos genügende – Kostenträgerrechnung vorgelegt wird (vgl. BVGE 2012/18 E. 16.4 f. m.w.H.).

10.3 Vorliegend ist kein Grund ersichtlich, sich für die Bemessung des Kostendeckungsgrades ausserhalb dieses Rahmens zu bewegen. Zur Beurteilung des für den Kostendeckungsgrad vorzunehmenden Abzuges sind somit die Qualität und Transparenz der im vorliegenden Fall das *Jahr 2003* betreffenden und *aktenkundigen* Daten zu bewerten. Ausser Betracht fallen Daten, welche andere Jahre betreffen und/oder von der Beschwerdeführerin nicht eingereicht wurden. Dies gilt insbesondere für all-fällige weitere Daten betreffend das Jahr 2003, zu deren Einreichung die Beschwerdeführerin von der Vorinstanz mehrfach aufgefordert und mittels Verfügung verpflichtet wurde. Für die Beurteilung der Datentransparenz und des daraus resultierenden Kostendeckungsgrades ist somit auf die Unterlagen abzustellen, welche die Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 14. August 2009 eingereicht hat.

10.4 Die Begründung des Regierungsrats und der PUE für den auf 90 % festgesetzten Kostendeckungsgrad beruht im Wesentlichen darauf, dass im vorgängigen bundesrätlichen Beschwerdeverfahren (lediglich) eine "Gesamtübersicht sowie Berichtigung / Abgrenzung von Finanzbuchhaltung und Betriebsbuchhaltung BE" und eine Aufstellung "Betriebsspezifische Daten zur Klinik" eingereicht wurden (vgl. den vorinstanzlichen Ordner "Verfahrensakten zu den RRB 1734-1744 vom 20.9.2006 sowie zum Bundesratsbeschluss vom 30.1.2008" [RR3] L15 Bl. 44-48), und darauf, dass seither die Datentransparenz nicht verbessert worden sei (für den chronologischen Ablauf und eine detailliertere Herleitung dieser Schlussfolgerung vgl. BVGE 2012/18 E. 16.7).

In den dem Gericht vorliegenden Vorakten befinden sich neben einer Tarifralkulation (Beschwerdebeilage 14) die folgenden Unterlagen für das Jahr 2003: einerseits, wie schon im vorgängigen bundesrätlichen Beschwerdeverfahren eine "Gesamtübersicht sowie Berichtigung / Abgrenzung von Finanzbuchhaltung und Betriebsbuchhaltung BE" (Kostenartenrechnung), und ein Erhebungsformular "Betriebsspezifische Daten zur Klinik A. _____"; andererseits neu eine Kostenstellenrechnung für die Hauptkostenstellenrechnung stationär und eine Vollständigkeits- und Richtigkeitserklärung zur Rechnungslegung 2003. Die von der Beschwerdeführerin eingereichten Unterlagen bewirken gegenüber dem bundesrätlichen Beschwerdeverfahren keine relevante Verbesserung der Datentransparenz und rechtfertigen keinen Kostendeckungsgrad von über 90 %, was im Resultat auch der Stellungnahme der PUE im Beschwerdeverfahren entspricht.

10.5 Unerheblich bleibt, nach welchen Vorgaben oder Richtlinien die Beschwerdeführerin die nicht offen gelegten Daten für das Jahr 2003 erhoben hat.

10.6 Ohne Relevanz bleibt auch, ob der Beschwerdeführerin andernorts betreffend die Tarife 2010 auf Grund der dort eingereichten Unterlagen ein höherer Kostendeckungsgrad gewährt wurde.

10.7 Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin daraus, dass ihrerseits vor dem Jahr 2005 keine Differenzierung der zu lasten der OKP und der zu lasten der Zusatzversicherungen angefallenen Kosten vorgenommen, sondern diese den Krankenversicherern überlassen wurde, nichts zu ihren Gunsten ableiten kann (vgl. BVGE 2012/18 E. 16.9).

10.8 Entgegen der Argumentation der Beschwerdeführerin ist die Reduktion des Kostendeckungsgrades infolge intransparenter Datenlage in Bezug auf alle Kosten vorzunehmen, nicht nur in Bezug auf jene Kosten, welche nicht detailliert zugewiesen werden können (vgl. BVGE 2012/18 E. 16.10 m.w.H.).

10.9 Die Beschwerdeführerin macht weiter geltend, ein in Bezug auf die gesamten Kosten erfolgender Intransparenzabzug stelle dort eine doppelte Bestrafung dar, wo er sich auf Kosten beziehe, die bereits einem Pauschalabzug gemäss Spitaltaxmodell unterzogen worden seien (wegen unzureichender Ausscheidung der Patientenkategorien bzw. der Kosten für Lehre und Forschung sowie zur Plausibilisierung von Anlagenutzungskosten/Investitionen). Dabei verkennt die Beschwerdeführerin, dass das Vorliegen entsprechender Kosten bzw. eines bestimmten Korrekturbedarfs zu vermuten und für deren Berücksichtigung behelfsmässig ein geschätzter Abzug vorzunehmen ist, was keine Sanktionierung der Datenintransparenz darstellt (vgl. BVGE 2012/18 E. 16.11 m.w.H.).

10.10 Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin könnte sie, selbst dann, wenn ein aussagekräftiges Benchmarking durchgeführt und für sie günstig ausfallen würde, nicht verlangen, dass deswegen von einem Intransparenzabzug abgesehen werde (vgl. BVGE 2012/18 E. 16.2 m.w.H.; vgl. auch unten E. 11.2).

10.11 Die Beschwerdeführerin dringt mit ihren Rügen betreffend die Festsetzung des Kostendeckungsgrades nicht durch. Der Regierungsrat hat den Kostendeckungsgrad somit zu Recht auf 90 % festgesetzt.

11.

11.1 Die Beschwerdeführerin macht weiter geltend, dass bei Berücksichtigung der vom Regierungsrat als anrechenbar befundenen Kosten für die Tarifbildung, die ihr für die OKP-Leistungserbringung entstehenden Kosten nicht vollständig gedeckt würden. Dazu dürfe es aber nicht kommen, da sie die ungedeckten Kosten nicht auf Dritte abwälzen könne.

11.1.1 Es ist unbestritten, dass die öffentliche Hand die Beschwerdeführerin nicht unterstützt und namentlich nicht für allfällige durch den OKP-Tarif nicht gedeckte Kosten aufkommt. Soweit eine private Klinik keine Kantonsbeiträge erhält, besteht mangels Anwendbarkeit der 50-Prozent-Regel im Sinne von Art. 49 Abs. 1 Satz 2 KVG allerdings grundsätzlich Anspruch auf eine Taxe, welche (maximal) 100 Prozent der *anrechenbaren* Kosten deckt, wozu auch die die allgemeine Abteilung betreffenden Investitionskosten zu zählen sind. Damit sieht das Gesetz bereits einen Mechanismus vor, der seitens der Kostendeckung für einen Ausgleich zwischen den öffentlich und öffentlich subventionierten und den Privatspitälern sorgt. Daraus, dass die Beschwerdeführerin durch die öffentliche Hand nicht unterstützt wird, lässt sich somit nicht ableiten, dass das PUE-Modell nicht auf sie angewandt werden dürfte (vgl. BVGE 2012/18 E. 17.2.2 m.w.H.).

11.1.2 Entgegen der von der Beschwerdeführerin vertretenen Ansicht, verbietet es das KVG ihr nicht, ohne Verletzung des Tarifschutzes gemäss Art. 44 Abs. 1 KVG durch das Erbringen von OKP-Leistungen auf der (Halb-)Privatabteilung Mehreinkünfte zu generieren, die z.B. zur Querfinanzierung einer allfälligen Unterdeckung in der allgemeinen Abteilung verwendet werden können (vgl. BVGE 2012/18 E. 17.3.2 m.w.H.). Da 2003 rund 29 % der Pflgetage auf Zusatzversicherte entfielen, bestand diesbezüglich durchaus Potenzial.

11.1.3 Es steht der Beschwerdeführerin weiter frei, ein erhebliches zusätzliches Einkommen zu generieren, indem sie über den Leistungsumfang der OKP hinausgehende Leistungen erbringt, die zusätzlich zu den KVG-Tarifen in Rechnung gestellt, aber nicht von der OKP bezahlt werden dürfen (vgl. BVGE 2012/18 E. 17.5 m.w.H.).

11.1.4 Die Beschwerdeführerin moniert, dass es ihr aus finanziellen Gründen nicht möglich gewesen sei, zur Deckung der im stationären Bereich entstehenden Lücken auf Einnahmen im ambulanten Bereich zurückzugreifen. Daraus kann sie nichts zu ihren Gunsten ableiten, da eine

solche Quersubventionierung als KVG-widrig nicht vorgenommen werden dürfte (vgl. BVGE 2012/18 E. 17.4).

11.1.5 Ihre Behauptung, dass mit der Anwendung des vom Regierungsrat festgesetzten Tarifs ihr Konkurs vorprogrammiert sei, wird von der Beschwerdeführerin nicht weiter substantiiert, insbesondere nicht durch die Unterbreitung der Tabelle "Liquiditätsberechnung VPSB" (Schlussbemerkungen der Beschwerdeführerin S. 9).

11.1.6 Die Beschwerdeführerin dringt somit mit ihrer Rüge, dass der umstrittene OKP-Tarif nicht so tief festgesetzt werden dürfe, weil sie die bei dessen Anwendung nicht gedeckten Kosten nicht auf Dritte abwälzen könne, nicht durch.

11.2 Die Beschwerdeführerin macht weiter geltend, der Regierungsrat hätte eine Wirtschaftlichkeitsüberprüfung mittels Benchmarking durchführen müssen. Daraus wäre ersichtlich geworden, dass die Fallkosten in den öffentlichen Spitälern des Kantons Bern erheblich höher seien als die der Beschwerdeführerin, weshalb der für diese festgesetzte Tarif zu tief ausgefallen und zu korrigieren sei. Damit verkennt sie, dass sich aus einem Betriebsvergleich im Sinne von Art. 49 Abs. 7 KVG kein Anspruch auf Erhöhung des Tarifs wirtschaftlich betriebener Kliniken ableiten lässt (vgl. BVGE 2012/18 E. 18 m.w.H.).

11.3 Da die Beschwerdeführerin in Bezug auf den *umstrittenen* Tarif nicht auf einen bestimmten Tarif vertrauen durfte, bevor dieser rechtskräftig festgesetzt wurde, kann sie sich diesbezüglich nicht erfolgreich auf den Grundsatz von Treu und Glauben berufen (vgl. BVGE 2012/18 nicht publizierte E. 19.1).

11.4 Entgegen dem Dafürhalten der Beschwerdeführerin ist die Versichertenstruktur der betroffenen Krankenversicherer für die Bestimmung des KVG-konformen Tarifs ohne Relevanz (vgl. BVGE 2012/18 nicht publizierte E. 19.2).

12.

12.1 Die Beschwerdeführerin wehrt sich gegen die vom Regierungsrat vorgenommene Festsetzung einer Tagespauschale. Stattdessen beantragt sie primär die Anwendung des BFP-Modells und die Festsetzung einer entsprechenden Baserate, sekundär die Festsetzung von Fachge-

bietspauschalen und zuletzt die Festsetzung (irgend-)eines Tarifs, der die nachgewiesenen Kosten vollständig decke.

12.2 Die Rechtsprechung räumt der Vorinstanz im Rahmen der Tariffestsetzung ein erhebliches Ermessen ein, insbesondere auch in Bezug auf die verschiedenen Tarifgestaltungsmöglichkeiten, soweit die Zielsetzung einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten gewahrt bleibt. Dies gilt umso mehr, wenn die PUE die Regelung der Kantonsregierung – wie hier – stützt. So kann die Kantonsregierung im Rahmen der hoheitlichen Tariffestsetzung z.B. auch ein neues Tarifmodell einführen, ohne sich dafür mit den Versicherern vorgängig ins Einvernehmen zu setzen. Eine besondere Zurückhaltung ist in Bezug auf die Aufhebung eines ganzen Tarifmodells auszuüben und eine solche lediglich im Sinne eines letzten Mittels vorzubehalten (vgl. BVGE 2012/18 E. 21.4 m.w.H.).

Tagespauschalen haben im KVG-Tarifwesen eine lange Tradition und wurden in der Rechtsprechung immer wieder bestätigt. Dass die Festsetzung von Tagespauschalen vorliegend eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten verunmöglichen würde, ist nicht ersichtlich. Vielmehr hat das Bundesverwaltungsgericht im parallelen Verfahren den Regierungsrat des Kantons Bern in seinem Entscheid geschützt, Tagespauschalen festzusetzen (vgl. BVGE 2012/18 E. 21.4 ff.).

Selbst wenn das BFP-Modell oder Fachgebietspauschalen gegenüber einem Tagespauschaltarif bestimmte Vorteile haben sollten, sind auch aus der ausführlichen Argumentation der Beschwerdeführerin keine Gründe dafür ersichtlich, in das erhebliche Ermessen der Vorinstanz einzugreifen und – vom parallelen Präzedenzfall abweichend – einen entsprechenden Tarifsysteemwechsel vorzuschreiben.

12.3 Da die Beschwerdeführerin selber erklärt, die von ihr thematisierten Probleme, die bei einer Rückabwicklung unter Anwendung unterschiedlicher Tarifsysteme und Tarifhöhen auftreten könnten, seien nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens, ist darauf nicht weiter einzugehen.

12.4 Der Entscheid des Regierungsrates, einen Tagespauschaltarif festzusetzen, ist somit zu schützen. Ausgehend von anrechenbaren Kosten in der Höhe von Fr. 13'184'789.- (vgl. oben E. 9.8) und 10'823 Pflegetagen (somit Fr. 1'218.22 pro Pflege-tag) und einem Kostendeckungsgrad

von 90 % (somit Fr. 1'096.40) hat er die Tageschpauerschale (inkl. Arztleistungen) zu Recht auf Fr. 1'096.- festgesetzt. Die Beschwerde ist somit, soweit die Beschwerdegegnerinnen 1-8 betroffen sind, abzuweisen.

13.

13.1 Da die SanaTop mindestens vor dem 21. Juni 2006 kein zugelassener KVG-Krankenversicherer war und ein hoheitlicher Tarif nur gegenüber einem über die entsprechende Bewilligung verfügenden Krankenversicherer festgesetzt werden kann, hat der Regierungsrat zu Unrecht für den Zeitraum vom 1. Januar 2005 bis zu dem Zeitpunkt, ab welchem der SanaTop die entsprechende Bewilligung erteilt wurde, einen OKP-Tarif zwischen der Beschwerdeführerin und der SanaTop festgesetzt (vgl. BVGE 2012/18 E. 22 m.w.H.).

13.2 Die Beschwerde ist daher insofern gutzuheissen, als der angefochtene Regierungsratsratsbeschluss Nr. [...] vom 30. Juni 2010 in Bezug auf die SanaTop (Beschwerdeführerin 9) aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese abkläre, ab welchem Zeitpunkt die SanaTop über eine Zulassungsbewilligung verfügte, und ab diesem Zeitpunkt einen Tarif für die stationäre Behandlung in der Klinik der Beschwerdeführerin zu Lasten der OKP hoheitlich festsetze bzw. über die Genehmigung einer allfälligen Tarifvereinbarung befinde.

14. Zu urteilen bleibt über die Verfahrenskosten und allfällige Parteientschädigungen.

14.1 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 und Abs. 3 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 132 V 215 E. 6). Vorinstanzen werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Unter Berücksichtigung des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache, Art der Prozessführung und finanzieller Lage der Parteien (vgl. Art. 63 Abs. 4^{bis} VwVG) sind die Verfahrenskosten vorliegend auf Fr. 3'500.- festzusetzen. Entsprechend dem teilweisen Obsiegen bzw. Unterliegen sind davon Fr. 3'000.- der Beschwerdeführerin aufzuerlegen und mit dem geleisteten Kostenvorschuss zu verrechnen. Der SanaTop (Beschwerdegegnerin 9) sind Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 500.- aufzuerlegen.

14.2 Vor Bundesverwaltungsgericht obsiegende Parteien haben grundsätzlich Anspruch auf eine Parteientschädigung für die ihnen erwachse-

nen notwendigen Kosten (Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Obsiegt die Partei nur teilweise, so ist die Parteientschädigung entsprechend zu kürzen. Die Entschädigung wird primär der unterliegenden Gegenpartei im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit auferlegt (vgl. Art. 64 Abs. 2 und 3 VwVG). Sind die Kosten verhältnismässig gering, so kann von einer Parteientschädigung abgesehen werden. Keine Entschädigung ist geschuldet, wenn der Vertreter oder die Vertreterin in einem Arbeitsverhältnis zur Partei steht. Da die Beschwerdeführerin keine erheblichen notwendigen Kosten geltend macht und nicht ersichtlich ist, dass solche in Bezug auf das Beschwerdeverfahren, jedenfalls soweit sie über die Arbeit von Angestellten der Beschwerdeführerin hinausgehen, angefallen sind, ist der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zuzusprechen. Den obsiegenden anwaltlich vertretenen Beschwerdegegnerinnen 1 bis 8 ist unter angemessener Berücksichtigung des aktenkundigen und notwendigen Aufwands zulasten der Beschwerdeführerin eine reduzierte Parteientschädigung von insgesamt Fr. 3'700.- (inkl. Mehrwertsteuer) zuzusprechen.

15.

Der vorliegende Entscheid bringt eine Änderung des angefochtenen Beschlusses mit sich, weshalb sich eine Veröffentlichung im offiziellen Publikationsorgan aufdrängt.

16.

Dieses Urteil kann nicht beim Bundesgericht angefochten werden und tritt mit Eröffnung in Rechtskraft (vgl. BVGE 2009/23 E. 8 m.w.H.).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird insofern gutgeheissen, als der angefochtene Regierungsratsbeschluss Nr. [...] vom 30. Juni 2010 in Bezug auf die SanaTop Versicherungen AG in Liquidation aufgehoben wird. In Bezug auf den zwischen diesem Krankenversicherer und der A._____ festgesetzten Tarif wird die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum neuen Tarifentscheid an die Vorinstanz zurückgewiesen. Im Übrigen wird die Beschwerde im Sinne der Erwägungen abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführerin werden Verfahrenskosten von Fr. 3'000.- auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 3'000.- verrechnet.

Der SanaTop (Beschwerdegegnerin 9) werden Verfahrenskosten von Fr. 500.- auferlegt. Der Betrag ist innert 30 Tagen nach Versand des vorliegenden Urteils zu Gunsten der Gerichtskasse zu überweisen.

3.

Den Beschwerdegegnerinnen 1 bis 8 wird für das vorliegende Verfahren eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'700.- zugesprochen. Diese Entschädigung ist von der Beschwerdeführerin zu leisten.

4.

Der Regierungsrat des Kantons Bern wird angewiesen, die Ziffer 1 des Dispositivs im offiziellen Publikationsorgan zu veröffentlichen.

5.

Dieses Urteil geht an:

- die Beschwerdeführerin (Gerichtsurkunde; Beilagen: Doppel der Eingaben der Beschwerdegegnerinnen vom 10., 19., 20. und 24. April 2012 [je inkl. Beilagen], Kopien des Telefax der Vorinstanz vom 7. September 2012 und des Mails vom 10. November 2009 [act. 23])
- die Beschwerdegegnerinnen (Gerichtsurkunde; Beilagen: Einzahlungsschein, Kopien des Telefax der Vorinstanz vom 7. September 2012 und des Mails vom 10. November 2009 [act. 23])
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Gerichtsurkunde; Beilagen: Doppel der Eingaben der Beschwerdegegnerinnen vom 10., 19., 20. und 24. April 2012 [je inkl. Beilagen])
- das Bundesamt für Gesundheit (Einschreiben)

- die Eidgenössische Preisüberwachung (A-Post)

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

Beat Weber

Daniel Golta

Versand: