



Urteil vom 5. März 2013

Besetzung

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

Parteien

A. _____ (ehemals B. _____),
Beschwerdeführerin,

gegen

1. (ehemals: KPT Krankenkasse AG, vgl. C-8910/2010),
2. (ehemals: CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG, vgl. C-8910/2010),
3. **ASSURA Kranken- und Unfallversicherung,**
4. (ehemals: Association Groupe Mutuel, vgl. C-8910/2010),
5. **ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG,**
6. **Kolping Krankenkasse AG,**
7. **SUPRA Caisse-maladie,**
8. (ehemals: Atupri Krankenkasse, vgl. C-8910/2010),
9. **SanaTop Versicherungen AG in Liquidation,**

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

Regierungsrat des Kantons Bern,
Vorinstanz.

Gegenstand

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

Sachverhalt:**A.**

Am 2. März 2009 eröffnete die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (im Folgenden: GEF) ein Verfahren zur Festsetzung des Tarifs für die stationäre Behandlung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (im Folgenden: OKP) in den Kliniken F._____ und G._____ [nachfolgend gemeinsam: Klinik] der B._____ (im Folgenden: Beschwerdeführerin) ab 1. Januar 2005 im Verhältnis zu 9 Krankenversicherern. Nach einer ersten Eingabe vom 14. April 2009 reichte die Beschwerdeführerin mit ihrer Eingabe vom 14. August 2009 unter anderem die folgenden Unterlagen bei der Vorinstanz ein: ein "Erhebungsformular KTR 2003" (im Folgenden: Erhebungsformular), eine "Gesamtübersicht sowie Berichtigung / Abgrenzung von Finanzbuchhaltung und Betriebsbuchhaltung 2003" (im Folgenden: Gesamtübersicht), eine "Hauptkostenstellenrechnung HK stationär" für das Jahr 2003 (im Folgenden: HK stationär) und eine Fallkostenaufstellung für das Jahr 2003 (im Folgenden: Fallkostenaufstellung). Am 11. November 2009 machte die Beschwerdeführerin per E-Mail Angaben zur Anzahl der tatsächlich betriebenen stationären OKP-Betten und zur Belegung derselben im Jahr 2003 (act. 23). Mit Eingabe vom 5. März 2010 nahm die Beschwerdeführerin zu der von der Vorinstanz eingeholten Empfehlung der Eidgenössischen Preisüberwachung (PUE) vom 15. Januar 2010 Stellung und reichte eine als "Stellungnahme G._____" bezeichnete Aufstellung ein. Mit Beschluss Nr. [...] vom 30. Juni 2010 setzte der Regierungsrat des Kantons Bern (im Folgenden: Regierungsrat bzw. Vorinstanz) zwischen der Beschwerdeführerin und 9 Krankenversicherern den Tarif für die stationäre Behandlung zu Lasten der OKP in der Klinik der Beschwerdeführerin für die Zeit vom 1. Januar 2005 bis 31. Dezember 2009 in Form einer Tagespauschale auf Fr. 1'350.- pro Tag (inkl. Arztleistungen) fest (wobei 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] betroffen waren [zusammen im Folgenden: Krankenversicherer bzw. Beschwerdegegnerinnen]).

B.

B.a Am 6. August 2010 (Datum Poststempel) führte die Beschwerdeführerin gegen diesen Regierungsratsbeschluss (im Folgenden: angefochtener Regierungsratsbeschluss bzw. RRB) Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht und stellte folgende 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. 11'661.- entsprechend dem Tarif 2004 der öffentlichen Spitäler (ohne Inselspital) 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. 10'190.- mit folgenden Gewichtungsfaktoren:

Fachgebiet	Kosten- gewichtungs- faktor
Allg. Chirurgie inkl. Gastroenterologie	1.0194
Gynäkologie/Geburtshilfe, Neonatologie	0.8867
Herzchirurgie	4.0770
HNO	0.5615
Innere Medizin inkl. Subdisziplinen	1.1382
Kardiologie	0.9753
Kieferchirurgie	1.7102
Neurochirurgie	1.2967
Onkologie	0.6084
Ophthalmologie	0.5910
Orthopädie	1.0247
Plastische Chirurgie	0.7273
Thorax und Gefässe	1.0503
Urologie	0.8979

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 folgende Fachgebietspauschalen festzusetzen:

Bemessungsjahr	Anwendungsjahr	Basiswert = durchschnittliche Kosten pro Fall im Bemessungsjahr
2004	2005	10'190.-
2005	2006	9'547.-
2006	2007	9'949.-
2007	2008	10'087.-
2008	2009	10'319.-

Jeweils mit den unter Ziffer 3 genannten Kostengewichtungsfaktoren.

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.

B.b Am 30. August 2010 leistete die Beschwerdeführerin den ihr vom Bundesverwaltungsgericht auferlegten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 3'000.-.

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

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

B.e Am 22. Oktober 2010 nahm die Eidgenössische Preisüberwachung (PUE) Stellung und stützte den vom Regierungsrat festgesetzten Tarif.

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

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

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

B.i Am 20. Juni 2011 schloss das Bundesverwaltungsgericht den Schriftenwechsel ab.

B.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 (vgl. act. 18-21).

B.k Vom Bundesverwaltungsgericht dazu aufgefordert reichte die GEF am 7. September 2012 Kopien von Mails der GEF und der Beschwerdeführerin vom 9. und 11. November 2009 ein (act. 23).

B.l Ebenfalls auf Aufforderung hin liess die GEF am 15. Oktober 2012 dem Bundesverwaltungsgericht eine Erläuterung zur für den Regierungsratsbeschluss vorgenommenen Tarifberechnung zukommen (act. 25).

B.m Mit Schreiben vom 21. Februar 2013 informierte die A._____ das Bundesverwaltungsgericht dahingehend, dass die B._____ und das C._____ zur A._____ fusioniert seien und die Beschwerde betreffend die Krankenkasse KPT (bislang: Beschwerdegegnerin 1; im Folgenden: KPT), die CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG (bislang: Beschwerdegegnerin 2, im Folgenden: CONCORDIA), die Association Groupe Mutuel (bislang: Beschwerdegegnerin 4, im Folgenden: Groupe Mutuel) und die Atupri Krankenkasse (bislang: Beschwerdegegnerin 8, im Folgenden: Atupri) mit diesem Schreiben zurückgezogen werde.

B.n Soweit die Beschwerde das Verhältnis zwischen der Beschwerdeführerin einerseits und der KPT, der CONCORDIA, der Groupe Mutuel und der Atupri (bislang: Beschwerdegegnerinnen 1, 2, 4 und 8 im vorliegenden Verfahren) andererseits betrifft, hat das Bundesverwaltungsgericht dafür ein separates Beschwerdedossier C-8910/2010 angelegt.

C.

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 auf Folgendes hinzuweisen: Mit Wirkung gegenüber denselben Krankenversicherern ist 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 worden. Am 6. Juli 2012 fällte dieses im Verfahren C-5550/2010 ein erstes, publiziertes Urteil (BVG 2012/18), auf dessen Erwägungen im Folgenden mehrfach verwiesen wird.

Die ÖKK ist für das vorliegende Verfahren an die Stelle der ursprünglich als Beschwerdegegnerin 5 geführten Hotela getreten und wird durch das vorliegende Urteil entsprechend berechtigt und verpflichtet und anstelle der Hotela im Rubrum geführt. Die SUPRA, die 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, wobei zur grösseren Übersichtlichkeit die SanaTop im Rahmen dieses Urteils (weiterhin) separat als Beschwerdegegnerin 9 behandelt und im Rubrum geführt wird, was nichts daran ändert, dass das vorliegende Urteil in Bezug auf das OKP-Geschäft der SanaTop an deren Stelle die SUPRA berechtigt und verpflichtet.

Aus dem Schreiben der A._____ vom 21. Februar 2013 und dem Handelsregister des Kantons Bern (vgl. Handelsregisterauszüge vom 22. Februar 2013 [act. 29 f.]) geht hervor, dass der Name der Beschwerdeführerin per 18. Dezember 2012 von B._____ auf A._____ geändert wurde, dass sie aber weiterhin die durch den vorliegend angefochtenen RRB Nr. [...] betroffene Klinik (der vormaligen B._____) führt und daher in Bezug auf diese Klinik durch das vorliegende Urteil berechtigt und verpflichtet wird.

2.

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig (vgl. Art. 47 Abs. 1, 53 Abs. 1 und Art. 90a des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung [KVG, SR 832.10]). Dabei richtet sich das Beschwerdeverfahren grundsätzlich nach dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021) und nach Art. 53 KVG in der seit dem

1. Januar 2009 geltenden Fassung (vgl. BVGE 2012/18 nicht publizierte E. 2).

3.

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

3.2

3.2.1 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 und im entsprechenden Umfang auf die Beschwerde daher nicht einzutreten sei.

3.2.2 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, welcher vor Bundesverwaltungsgericht nur noch eingeschränkt, aber nicht ausgeweitet oder geändert werden kann. Wurde die vor Bundesverwaltungsgericht behauptete Tatsache nicht schon der Vorinstanz vorgetragen oder fand sie nicht auf anderem Weg in prozessual zulässiger Weise Eingang in das Dossier, ist sie neu, andernfalls nicht (vgl. BVGE 2012/18 E. 3.2.2).

3.3 Die Krankenversicherer legen nicht dar, welche unzulässigen Beweismittel oder Tatsachen die Beschwerdeführerin neu in das Beschwerdeverfahren eingebracht haben soll. Es ist auch keine potentiell entscheidrelevante neue Behauptung ersichtlich, deren Zulässigkeit unter dem Blickwinkel von Art. 53 KVG geprüft werden müsste. Die Einwände der Krankenversicherer stossen im Übrigen ins Leere.

3.4 Zu den einzelnen Rechtsbegehren der Beschwerdeführerin ist Folgendes auszuführen: Die Beschwerdeführerin kann ohne Weiteres die Aufhebung des angefochtenen Beschlusses und die Rückweisung zu neuem Entscheid sowie die Verwendung eines anderen als des hoheitlich

festgesetzten Tarifsystems beantragen und Anträge betreffend Kosten- und Entschädigungsfolgen des Beschwerdeverfahrens stellen (vgl. BVGE 2012/18 nicht publizierte E. 3.4.2 sowie [publizierte] E. 3.4.3). Bereits in ihrem Schreiben vom 14. April 2009 verlangte die Beschwerdeführerin von der Vorinstanz, dass lediglich für das Jahr 2005 bzw. für die einzelnen Jahre ab 2005 je ein separater Tarif festzusetzen sei und führte aus, dass für die SanaTop eine rückwirkende Tariffestsetzung nicht in Frage komme. Somit sind die entsprechenden Beschwerdeanträge nicht neu und verstossen nicht gegen Art. 53 Abs. 2 Bst. a KVG (vgl. BVGE 2012/18 E. 3.5). Die Krankenversicherer machen geltend, die Beschwerdeführerin verlange mit ihrer Beschwerde im Rahmen des Berner Fallpreispauschalensystems (BFP) einen höheren Basispreis bzw. bei Festsetzung von Fachgebietspauschalen einen höheren Basispreis, als in ihrer letzten Eingabe gegenüber der Vorinstanz. Ob im gerügten Mehrumfang auf die Beschwerde nicht einzutreten ist, kann offen bleiben, zumal der angefochtene Beschluss (bereits) ausgehend von den gegenüber der Vorinstanz zuletzt beantragten Tarifbasisbeträgen aufzuheben und an die Vorinstanz zurückzuweisen ist (vgl. unten E. 4.6, 5).

4.

4.1 Der vorliegende Entscheid ist in materiellrechtlicher Hinsicht 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.).

4.2 Die hoheitliche Festsetzung stationärer Spitaltarife zu Lasten der OKP hat gestützt auf das Spitaltaxmodell der Preisüberwachung zu erfolgen (nachfolgend: PUE-Modell), wobei als Basis für die Festlegung eines OKP-Tarifs des Jahres X grundsätzlich die ausgewiesenen Kosten des Jahres X-2 gelten, sodass vorliegend mangels besonderer Umstände, die ein Abweichen von dieser Regel rechtfertigen würden, auf die Kosten bzw. Daten aus dem Jahr 2003 abzustützen ist (vgl. BVGE 2012/18 E. 6, 8 ff.).

4.3 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 angefallenen Kosten 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.). Als Betriebskosten des stationären Spitalteils gelten die Kosten, die für die *stationäre* Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital *in der allgemeinen Abteilung zu Lasten der OKP* anfallen (im Folgenden: OKP-Inputkosten; vgl. Art. 49 Abs. 1 KVG; BVGE 2010/62 E. 4.12, 4.12.1; BVGE 2012/18 E. 8.3). Dabei ist der Begriff der allgemeinen Abteilung funktional auszulegen und es sind für die Festsetzung der Tarife betreffend die stationäre Behandlung im Spital neben denjenigen Leistungen und Kosten, die sich auf (lediglich) grundversicherte Patientinnen und Patientinnen beziehen, auch diejenigen massgeblich, die sich auf zugleich grund- und zusatzversicherten Patientinnen und Patienten beziehen, die ebenfalls zu den OKP-Versicherten zu zählen sind (vgl. BVGE 2010/62 E. 4.12.2, RKUV 2004 S. 37). Darüber hinausgehende, zugunsten der Zusatzversicherten erbrachte Leistungen und deren *Mehrkosten* sind hingegen für die Bestimmung der anrechenbaren Kosten auszuscheiden (vgl. BVGE 2010/62 E. 4.12.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_383/2009 vom 9. März 2010 E. 2.2). Weiter sind die *nicht* stationären Leistungen, die zu Lasten der OKP erbracht werden, und deren Kosten (ambulante und teilstationäre Leistungen) auszuscheiden. Auch jene stationär durchgeführten Behandlungen und Massnahmen, die *ausserhalb des Anwendungsbereichs des KVG* erbracht werden (im Folgenden: Nicht-OKP-Leistungen; vgl. Art. 1a KVG i.V.m. Art. 24 und Art. 25-31 KVG; RKUV 1997 S. 347), fallen ausser Betracht (vgl. Art. 49 Abs. 1 KVG und RKUV 2004 S. 37, je *e contrario*). Dies betrifft insbesondere unfallbezogene Leistungen, für welche die Unfallversicherung (UV) aufkommt, und Leistungen für Personen, die der Versicherungspflicht nach KVG nicht unterstellt sind (z.B. ausländische Touristen) und daher selbst für die entsprechenden Kosten aufkommen müssen (sogenannte Selbstzahler [SZ]; vgl. Entscheid des Bundesrats vom 20. Dezember 2000 betreffend die Spitalliste des Kantons D._____ E. II.5.2.5.1; RKUV 2004 S. 37). Somit müssen zur Ermittlung der massgeblichen OKP-Inputkosten vorab die aufgeführten übrigen Leistungen und Kosten, insbesondere betreffend Nicht-OKP-Patientinnen und -Patienten ausgeschieden werden. Auch erlaubt es erst eine entsprechende Ausscheidung, die Anzahl der tatsächlich betriebenen stationären OKP-Betten einerseits und die zu Lasten der stationären OKP-Patientinnen und -patienten erbrachten Pflage tage bzw. die Anzahl der Austritte stationärer OKP-Patientinnen und -Patienten zu bestimmen (vgl. BVGE 2012/18 E. 12). Sollte eine vollständige Ausscheidung der Nicht-OKP-Patienten nicht transparent möglich sein, ist in einem

zweiten, späteren Schritt der *verbleibenden* Unschärfe bei der Beurteilung der Datentransparenz und bei der Festsetzung des Kostendeckungsgrades Rechnung zu tragen.

4.4 Die Beschwerdeführerin hat zu diesen massgebenden Daten gegenüber den von der Vorinstanz verwendeten die folgenden (unterschiedlichen) Angaben gemacht:

OKP-Inputkosten:

Fr. 67'083'470.-

(als "Gesamtkosten [1.+2. Stufe]" des "Totals HKST stationär" in der Gesamtübersicht; s. auch HK stationär)

Fr. 64'852'854.-

(für "Fälle ohne UV/IV/MV, Selbstzahler, Ausserkant. gemäss..." in den in der Gesamtübersicht enthaltenen zusätzlichen Angaben)

Fr. 65'183'187.-

(für Krankenkassenfälle ohne UVG in der Stellungnahme G._____ [Eingabe vom 5. März 2010]).

Anzahl tatsächlich betriebener OKP-Betten:

171

(s. Erhebungsformular und HK stationär)

161.7

(E-Mail vom 11. November 2009 [act. 23]; ergibt – in Abweichung der vom Regierungsrat berücksichtigten 161 Betten – kaufmännisch gerundet 162 Betten)

Anzahl stationärer OKP-Austritte:

8'084 Austritte (plus 688 gesunde Neugeborene)

(s. Erhebungsformular)

**7'632 Austritte "ohne UV/IV/MV, Selbstzahler, Ausserkant. gemäss ..."
(neben 452 Austritten UV/IV/MV)**

(s. die in der Gesamtübersicht enthaltene Zusatzbemerkungen sowie die Fallkostenaufstellung)

8'320 Austritte inkl. Neugeborene

(neben 452 UVG-Austritten)

(s. Stellungnahme G._____: "HKST stationär" – "UVG" [- 452 Austritte]).

Anzahl stationärer OKP-Pflegetage:

50'259 Pflegetage

(s. Erhebungsformular, HK stationär und E-Mail vom 11. November 2009 an die GEF)

46'696 Pflegetage

(s. Gesamtübersicht, nach Abzug von 3'563 Pflegetagen UV/IV/MV)

51'713 Pflegetage (inkl. Säuglinge)

(s. Stellungnahme G.: Pflegetage HKST stationär, abzüglich 2'233 Pflegetagen UVG)

4.5

4.5.1 Sowohl in ihrer Eingabe vom 5. März 2010 als auch in ihrer Beschwerde hat die Beschwerdeführerin nachdrücklich und zu Recht die Ausscheidung der UV/IV/MV-Patienten beantragt, was eine Auseinandersetzung mit den von ihr deklarierten (unterschiedlichen) Daten (vgl. E. 4.4) voraussetzt.

4.5.2 Im angefochtenen Beschluss ging der Regierungsrat von OKP-Inputkosten in der Höhe von Fr. 67'083'470.- (ohne kalkulatorische Arzthonorare), von 161 tatsächlich betriebenen stationären OKP-Betten, von 50'259 stationären OKP-Pflegetagen und von 8'084 OKP-Austritten (exkl. gesunde Neugeborene) aus. Dies begründete er damit, dass seine Berechnung (neben den dokumentierten Überlegungen der PUE) auf den Angaben der Klinik beruhe, die erklärt habe, dass die Hauptkostenstelle "stationär" die Kosten aller stationären Patientinnen und Patienten (KVG, Zusatzversicherte, UV/IV/MV sowie Selbstzahler) ohne die Kosten aus den Nebenbetrieben umfasse, wovon gemäss Ausführungen der Klinik derjenigen Fälle, die über den Unfallversicherungsbereich entschädigt würden, zu subtrahieren bzw. die Hauptkostenstelle stationär um die UV/IV/MV-Patientinnen und Patienten zu bereinigen sei (RRB S. 3, 5).

Der Regierungsrat hat die vom KVG vorgeschriebene Ausscheidung von Nicht-OKP-Fällen jedoch nicht vorgenommen. Er begründete im RRB auch nicht, nach welchen Kriterien er die Auswahl unter den unterschiedlichen, von der Klinik vorgebrachten Zahlen (vgl. E. 4.4) getroffen und weshalb er sich auf Werte abgestützt hat, die sich gemäss Ausführungen der Beschwerdeführerin auch auf Personen beziehen, die nicht zu den stationären OKP-Patientinnen und -Patienten zu zählen sind. Eine entsprechende Begründung hat der Regierungsrat auch in seiner Vernehmlassung nicht nachgereicht. Vielmehr hat er darin einerseits erklärt, seine

Berechnung basiere auf den Angaben der Beschwerdeführerin und andererseits auf seinen Ausführungen im angefochtenen RRB zur Datentransparenz und zum Kostendeckungsgrad (E. 2.5.4 des RRB). Diese äussern sich aber nicht zur Ausscheidung von Nicht-OKP-Fällen und können erst in Bezug auf eine nach der Ausscheidung allenfalls *verbleibende* Unschärfe zum Zug kommen (vgl. oben E. 4.3).

4.6 Die Beschwerdegegnerinnen, die PUE und das BAG haben zur beantragten Ausscheidung von Nicht-OKP-Fällen nicht Stellung genommen.

4.7 Zusammenfassend ist Folgendes festzuhalten: Der Regierungsrat hat ohne weitere Begründung oder Abklärungen auf Zahlen abgestützt, die gemäss Aussage der Beschwerdeführerin auch die Erbringung von Leistungen umfassen, die nicht zu den stationären OKP-Leistungen zu zählen sind. Da der Regierungsrat seinen Verzicht auf die von der Beschwerdeführerin beantragte Ausscheidung der Nicht-OKP-Fälle nicht zu rechtfertigen vermag und aus den Akten keine rechtfertigenden Umstände hervorgehen, kann sein Vorgehen nicht geschützt werden. Die von der Beschwerdeführerin angegebenen (unterschiedlichen) Zahlen bedürfen weiterer Abklärungen, entsprechend den Ausführungen in E. 4.5, weshalb das Gericht vorliegend nicht in reformatorischer Weise die Tagespauschale bestimmen kann.

Die Beschwerde ist daher insofern gutzuheissen, als der angefochtene Regierungsratsbeschluss Nr. [...] vom 30. Juni 2010 in Bezug auf die Beschwerdegegnerinnen 3 und 5-7 aufzuheben und die Sache zur Vornahme der notwendigen Abklärungen und zum neuen Entscheid über den ab 1. Januar 2005 für die stationäre Behandlung in der Klinik der Beschwerdeführerin zu Lasten der OKP geltenden Tarif an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

5.

Zu welchem Zeitpunkt der SanaTop die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung erteilt wurde, ist aus den Akten nicht ersichtlich. Da sie am 21. Juni 2006 im Handelsregister eingetragen wurde, verfügte sie davor jedenfalls nicht über eine entsprechende Bewilligung. Da letztere Voraussetzung ist, damit gegenüber einem Krankenversicherer überhaupt ein hoheitlicher OKP-Tarif festgesetzt werden kann, hat der Regierungsrat zu Unrecht für den Zeitraum vom 1. Januar 2005 bis zu dem Zeitpunkt, ab welchem der SanaTop die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung erteilt wurde, einen OKP-Tarif

zwischen der Beschwerdeführerin und der SanaTop festgesetzt (zum Ganzen vgl. BVGE 2012/18 E. 22).

Die Beschwerde ist daher auch insofern gutzuheissen, als der angefochtene Regierungsratsratsbeschluss Nr. [...] vom 30. Juni 2010 in Bezug auf die SanaTop (Beschwerdeführerin 9) aufzuheben und die Sache zur Abklärung, ab welchem Zeitpunkt der SanaTop die erwähnte Bewilligung erteilt wurde, und zum neuen Entscheid über den ab diesem Zeitpunkt für die stationäre Behandlung in der Klinik der Beschwerdeführerin zu Lasten der OKP geltenden Tarif an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

6.

Für die übrigen von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Rügen (massgebliche Nettobetriebskosten, vom PUE-Modell vorgesehene normative Zu- und Abschläge, Benchmarking, Auswirkungen einer Deckungslücke betreffend die OKP-Leistungskosten, Kostendeckungsgrad, Tarifdauer und Tarifsystem sowie Treu und Glauben), welche die Vorinstanz im Rahmen der Neu Beurteilung zu prüfen haben wird, ist auf die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zu verweisen (vgl. namentlich BVGE 2012/18). Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass Patientenpauschalen neben Versichertenpauschalen zur Anwendung kommen können und das Gesetz nur für letztere eine prospektive Tariffestsetzung vorsieht (vgl. Art. 43 Abs. 3 KVG), dass dementsprechend Leistungserbringer, die – wie vorliegend die Beschwerdeführerin – mit einem Teil der Krankenversicherer die Anwendung eines bestimmten Tarifsystems vereinbart haben, keinen Anspruch darauf haben, dass die Anwendung dieses Tarifsystems mittels hoheitlichem Beschluss im Verhältnis zu den übrigen Krankenversicherern, mit welchen eine entsprechende (oder abweichende) Vereinbarung nicht getroffen wurde, vorgeschrieben wird (vgl. Art. 47 Abs. 1 i.V.m. Art. 46 Abs. 1 und 2 KVG), sodass die Beschwerdeführerin vorliegend unter Berufung auf eine spezielle Zusammensetzung des Versichertenguts der Beschwerdegegnerinnen keinen Anspruch auf Anwendung des BFP-Modells ableiten kann (vgl. auch BVGE 2012/18 nicht publizierte E. 19.2).

Der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass es den Tarifpartnern auch nach Eröffnung des vorliegenden Urteils freisteht, Vertragsverhandlungen zu führen, einen oder mehrere Tarife betreffend die umstrittene Periode 2005-2009 zu vereinbaren und den entsprechenden Tarifvertrag von der Vorinstanz genehmigen zu lassen (vgl. BVGE 2012/18 E. 7.3, RKUV 3/2002 S. 213 f.).

7.

7.1 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 und Abs. 3 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei, wobei eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6) und Vorinstanzen keine Verfahrenskosten auferlegt werden (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) wären die Verfahrenskosten auf Fr. 3'000.- festzusetzen.

Der Schriftenwechsel wurde am 20. Juni 2011 geschlossen. Da mehr als eineinhalb Jahre später der Beschwerderückzug betreffend 4 der 9 ursprünglich betroffenen Beschwerdegegnerinnen erklärt und deswegen das separate Beschwerdedossier C-8910/2010 angelegt wurde (vgl. oben Bst. B.m.f.), sind diese Gesamtverfahrenskosten von insgesamt Fr. 3'000.- auf beide Verfahren zu verteilen. Die Verfahrenskosten sind für das vorliegende Verfahren auf Fr. 2'000.- festzusetzen, während für das Verfahren C-8910/2010 Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 1'000.- zu erheben sind. Die vorliegend auf Fr. 2'000.- festgesetzten Verfahrenskosten sind den unterliegenden Beschwerdegegnerinnen unter solidarischer Haftung aufzuerlegen.

Die im Verfahren C-8910/2010 auf Fr. 1'000.- festgesetzten und der Beschwerdeführerin auferlegten Verfahrenskosten sind in diesem Umfang mit dem im vorliegenden Verfahren geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 3'000.- zu verrechnen. Im darüber hinausgehenden Betrag von Fr. 2'000.- ist der Kostenvorschuss der Beschwerdeführerin im vorliegenden Verfahren zurückzuerstatten.

7.2 Vor Bundesverwaltungsgericht obsiegende Parteien haben grundsätzlich Anspruch auf eine Parteientschädigung für die ihnen erwachsenen 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]). Von einer Parteientschädigung kann abgesehen werden, wenn die Kosten verhältnismässig gering sind. 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 ihr trotz ihres Ob-siegens keine Parteientschädigung zuzusprechen.

8.

Der vorliegende Entscheid bringt eine Änderung des angefochtenen Be-schlusses mit sich, weshalb sich eine Veröffentlichung im offiziellen Publi-kationsorgan aufdrängt.

9.

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

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**1.**

Die Beschwerde wird insofern gutgeheissen, als der angefochtene Regierungsratsbeschluss Nr. [...] vom 30. Juni 2010 betreffend die Klinik der ehemaligen B._____ aufgehoben wird. In Bezug auf den zwischen der ASSURA Kranken- und Unfallversicherung, der ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG, der Kolping Krankenkasse AG und der SUPRA Caisse-maladie einerseits und der A._____ bzw. der ehemaligen B._____ andererseits festgesetzten Tarif wird die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum neuen Tarifentscheid mit Wirkung ab 1. Januar 2005 an die Vorinstanz zurückgewiesen. In Bezug auf den zwischen der SanaTop Versicherungen AG in Liquidation einerseits und der A._____ bzw. der ehemaligen B._____ andererseits festgesetzten Tarif wird die Sache zur weiteren Abklärung und zum neuen Tarifentscheid mit Wirkung ab dem im Sinne der Erwägungen zu ermittelnden Zeitpunkt an die Vorinstanz zurückgewiesen.

2.

Den Beschwerdegegnerinnen werden unter solidarischer Haftung Verfahrenskosten von Fr. 2'000.- auferlegt. Der Betrag ist innert 30 Tagen nach Versand des vorliegenden Urteils zu Gunsten der Gerichtskasse zu überweisen.

Der im vorliegenden Verfahren geleistete Kostenvorschuss von Fr. 3'000.- wird mit den der Beschwerdeführerin im Verfahren C-8910/2010 auferlegten Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 1'000.- verrechnet. Im verbleibenden Betrag von Fr. 2'000.- wird der geleistete Kostenvorschuss der Beschwerdeführerin im vorliegenden Verfahren zurück erstattet.

3.

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

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: Rückerstattungsformular, 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 der E-Mails vom 9. und 11. November 2009 inkl. Anhang [act. 23] sowie des Schreibens der Vorinstanz vom 15. Oktober 2012 [act. 27])
- die Beschwerdegegnerinnen (Gerichtsurkunde; Beilagen: Einzahlungsschein, Kopien des Telefax der Vorinstanz vom 7. September 2012 und der E-Mails vom 9. und 11. November 2009 inkl. Anhang [act. 23], des Schreibens der Vorinstanz vom 15. Oktober 2012 [act. 27] und des Schreibens der Beschwerdeführerin vom 21. Februar 2013)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Gerichtsurkunde; Beilagen: Doppel der Eingaben der Beschwerdegegnerinnen vom 10., 19., 20. und 24. April 2012 [je inkl. Beilagen] und Kopie des Schreibens der Beschwerdeführerin vom 21. Februar 2013)
- das Bundesamt für Gesundheit (Einschreiben)
- die Eidgenössische Preisüberwachung (A-Post)

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

Beat Weber

Daniel Golta

Versand: