Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal

Abteilung III
C-5749/2013

Urteil vom 31. August 2015

Besetzung

Richter Michael Peterli (Vorsitz),
Richterin Franziska Schneider,
Richter Vito Valenti,
Gerichtsschreiberin Susanne Fankhauser.

Parteien

1. **CSS Kranken-Versicherung AG,** Tribschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern,
2. **Aquilana Versicherungen,** Bruggerstrasse 46, 5401 Baden,
3. **Moove Sympany AG,** Zustelladresse: c/o Stiftung Sympany, Peter Merian-Weg 4, 4052 Basel,
4. **Kranken- und Unfallkasse Bezirkskrankenkasse Einsiedeln,** Hauptstrasse 61, Postfach 57, 8840 Einsiedeln,
5. **PROVITA Gesundheitsversicherung AG,** Zustelladresse: c/o SWICA, Römerstrasse 38, 8400 Winterthur,
6. **Sumiswalder Krankenkasse,** Spitalstrasse 47, 3454 Sumiswald,
7. **Genossenschaft Krankenkasse Steffisburg,** Unterdorfstrasse 37, Postfach, 3612 Steffisburg,
8. **CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG,** Bundesplatz 15, 6002 Luzern,
9. **Atupri Krankenkasse,** Zieglerstrasse 29, 3000 Bern 65,
10. **Avenir Krankenversicherung AG,** Rue des Cèdres 5, 1920 Martigny,
11. **Krankenkasse Luzerner Hinterland,** Luzernstrasse 19, 6144 Zell LU,

12. **ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG,**
Bahnhofstrasse 13, 7302 Landquart,
13. **Vivao Sympany AG,** Peter Merian-Weg 4, 4002 Basel,
14. **Krankenversicherung Flaachtal AG,**
Bahnhofstrasse 22, Postfach 454, 8180 Bülach,
15. **Easy Sana Krankenversicherung AG,**
Rue des Cèdres 5, 1920 Martigny,
16. **Genossenschaft Glarner Krankenversicherung,**
Sernftalstrasse 33, Postfach, 8762 Schwanden GL,
17. **Cassa da malsauns LUMNEZIANA,** Postfach 41,
7144 Vella,
18. **KLuG Krankenversicherung,** Gubelstrasse 22,
6300 Zug,
19. **EGK Grundversicherungen,** Brislachstrasse 2,
Postfach, 4242 Laufen,
20. **sanavals Gesundheitskasse,** Haus ISIS, Postfach 18,
7132 Vals,
21. **Krankenkasse SLKK,** Hofwiesenstrasse 370, Postfach,
8050 Zürich,
22. **sodalis gesundheitsgruppe,** Balfrinstrasse 15,
3930 Visp,
23. **vita surselva,** Bahnhofstrasse 33, Postfach 217,
7130 Ilanz,
24. **Krankenkasse Zeneggen,** Neue Scheune,
3934 Zeneggen,
25. **Krankenkasse Visperterminen,** Wierastrasse,
3932 Visperterminen,
26. **Caisse-maladie de la Vallée d'Entremont société coopérative,** Place centrale, Postfach 13, 1937 Orsières,
27. **Krankenkasse Institut Ingenbohl,** Postfach 57,
8840 Einsiedeln,
28. **Stiftung Krankenkasse Wädenswil,**
Schönenbergstrasse 28, 8820 Wädenswil,
29. **Krankenkasse Birchmeier,** Hauptstrasse 22,
5444 Künten,
30. **kmu-Krankenversicherung,** Bachtelstrasse 5,
8400 Winterthur,
31. **Krankenkasse Stoffel Mels,** Bahnhofstrasse 63,
8887 Mels,
32. **Krankenkasse Simplon,** Blatt 1, 3907 Simplon Dorf,
33. **SWICA Krankenversicherung AG,** Römerstrasse 38,
8401 Winterthur,
34. **GALENOS Kranken- und Unfallversicherung,**
Militärstrasse 36, Postfach, 8021 Zürich,
35. **rhenusana,** Heinrich-Wild-Strasse 210, Postfach,
9435 Heerbrugg,

36. **Mutuel Assurance Maladie SA,** Rue des Cèdres 5, 1920 Martigny,
37. **Fondation AMB,** Route de Verbier 13, 1934 Le Châble VS,
38. **INTRAS Krankenversicherung AG,** Tribschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern,
39. **PHILOS Assurance Maladie SA Groupe Mutuel,** Rue des Cèdres 5, 1920 Martigny,
40. **Visana AG,** Weltpoststrasse 19/21, Postfach 253, 3000 Bern 15,
41. **Agrisano Krankenkasse AG,** Laurstrasse 10, 5201 Brugg AG,
42. **sana24 AG,** Weltpoststrasse 19, 3015 Bern,
43. **Arcosana AG,** Tribschenstrasse 21, 6005 Luzern,
44. **vivacare AG,** Weltpoststrasse 19, 3015 Bern,
45. **Sanagate AG,** Tribschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern,
alle vertreten durch tarifsuisse ag, Römerstrasse 20, Postfach 1561, 4500 Solothurn,
diese vertreten durch Dr. iur. Vincent Augustin, Rechtsanwalt, Quaderstrasse 8, 7000 Chur,
Beschwerdeführerinnen,

gegen

1. **Kantonsspital Graubünden,** Loestrasse 170, 7000 Chur,
2. **Spital Davos AG,** Promenade 4, 7270 Davos Platz,
3. **Spital Oberengadin,** Via Nouva 3, 7503 Samedan,
4. **Fondazione Ospedale San Sisto,** 7742 Poschiavo,
5. **Spital Thusis,** Alte Strasse 31, 7430 Thusis,
6. **Spital Unterengadin,** Via da l'Ospidal 280, 7550 Scuol,
7. **Ospedale Bregaglia,** 7606 Promontogno,
8. **Ospidal Val Müstair,** 7536 Sta. Maria Val Müstair,
9. **Kreisspital Surses,** 7460 Savognin,
10. **Hochgebirgsklinik Davos,** Herman Burchard Strasse 1, 7265 Davos Wolfgang,
alle vertreten durch Bündner Spital- und Heimverband, Gürtelstrasse 56, 7000 Chur,
dieser vertreten durch Dr. iur. Eva Druey Just, Rechtsanwältin, Vincenz & Partner, Rechtsanwälte & Notare, Masanserstrasse 40, 7000 Chur,
11. **Klinik Gut St. Moritz AG,** Via Arona 34, 7500 St. Moritz,
vertreten durch lic. iur. Hermann Just, Buchli Caviezel Just, Masanserstrasse 35, Postfach 414, 7001 Chur,
Beschwerdegegner,

Regierung des Kantons Graubünden,
Regierungsgebäude, 7000 Chur,
handelnd durch Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit Graubünden, Hofgraben 5, 7001 Chur,
Vorinstanz.

Gegenstand

Krankenversicherung, Festsetzung Baserates ab 1. Januar 2012 (RRB vom 10. September 2013).

Sachverhalt:

A.
Aufgrund der Revision des KVG (SR 832.10) zur Spitalfinanzierung (Änderung vom 21. Dezember 2007, AS 2008 2049) waren per 1. Januar 2012 die Tarife im Sinne von Art. 49 Abs. 1 KVG (Fallpauschale für eine Behandlung bei Schweregrad 1.0 gemäss der Tarifstruktur SwissDRG [DRG = Diagnosis Related Groups]; im Folgenden*:* Basisfallwert oder Baserate) für die akutsomatischen Spitäler im Kanton Graubünden (neu) festzulegen.

A.a Mit Eingabe vom 13. Dezember 2011 teilte tarifsuisse ag (nachfolgend: tarifsuisse) der Regierung des Kantons Graubünden (nachfolgend: Regierung) mit, die mit den Akutspitälern geführten Verhandlungen für die Spitaltarife 2012 seien gescheitert. Weiter beantragte tarifsuisse, die Baserates seien gemäss Art. 47 KVG hoheitlich festzusetzen (Akten Vorinstanz Nr. [V-act.] 1).

A.b Mit Datum vom 21. Dezember 2011 liessen das Spital Unterengadin (Center da sandà Engiadina Bassa, Scuol), das Spital Thusis und die Klinik Gut St. Moritz AG (nachfolgend: Klinik Gut), vertreten durch Felix Ammann, einen Antrag auf Tariffestsetzung einreichen. Die drei Kliniken seien bei den Vertragsverhandlungen durch den Bündner Spital- und Heimverband (BSH) vertreten worden; das mit der Einkaufsgemeinschaft Helsana/Sanitas/KPT (HSK) erzielte Verhandlungsergebnis hätten die drei Spitäler aber nicht akzeptieren können und die Nachverhandlungen dazu seien gescheitert. Ebenfalls gescheitert seien die Tarifverhandlungen mit tarifsuisse. Für die drei Spitäler seien die Baserates wie folgt festzusetzen: Klinik Gut CHF 9'872.-, Spital Unterengadin CHF 9'871.-, Spital Thusis CHF 9'874.- (V-act. 10).

A.c Der BSH beantragte mit Eingabe vom 2. Februar 2012 im Wesentlichen, es seien für die Spitäler, welche der mit der Einkaufsgemeinschaft HSK getroffenen Vereinbarung beigetreten seien, die tarifvertraglich vereinbarten Baserates auch hoheitlich festzusetzen. Von tarifsuisse sei zudem ein substantiierter Festsetzungsantrag zu verlangen (V-act. 14).

A.d Die Preisüberwachung empfahl der Regierung in ihrer Stellungnahme vom 16. Oktober 2012, für das Jahr 2012 für das Kantonsspital Graubünden (nachfolgend: Kantonsspital) und die Regionalspitäler Surselva, Prättigau, Davos und Oberengadin eine Baserate von maximal CHF 8'974.- zu genehmigen oder festzusetzen. Für das Ospedale San Sisto dürfe die

Baserate nicht höher als CHF 8'961.- ausfallen. Die zwischen HSK und BSH verhandelten Baserates 2012 für die Spitäler Thusis, Unterengadin, Klinik Gut, Bregaglia, Val Müstair, Surses und Hochgebirgsklinik Davos (nachfolgend: Hochgebirgsklinik) würden zur Genehmigung empfohlen; für diese Spitäler sollte der festzusetzende Tarif nicht über dem vertraglich vereinbarten liegen (V-act. 24).

A.e Mit Schreiben vom 6. Februar 2013 unterbreitete das Gesundheitsamt Graubünden (nachfolgend: Gesundheitsamt) den Parteien der Tarifgenehmigungs- und Tariffestsetzungsverfahren die in Aussicht genommenen Anträge an die Regierung. Die Effizienz der Spitäler sollte aufgrund eines kantonalen Durchschnittsfallkostenvergleichs beurteilt werden. Für Spitäler, deren schweregradbereinigten Fallkosten über dem vom Gesundheitsamt ermittelten Benchmark (von CHF 9'219.-, exkl. Anlagenutzungskosten und Zuschläge) lagen, sollte eine Baserate von CHF 10'239.- festgesetzt werden (Kantonsspital sowie Spitäler Davos, Oberengadin, Prättigau, Surselva und Bregaglia). Für die übrigen Spitäler, deren schweregradbereinigten Fallkosten unter dem Benchmark lagen, waren Baserates zwischen CHF 7'967.- und 10'005.- vorgesehen (V-act. 29).

A.f Aufgrund der im (ersten) Anhörungsverfahren vorgebrachten Einwände teilte das Gesundheitsamt mit Schreiben vom 13. Mai 2013 mit, das Tariffestsetzungsverfahren werde nun unabhängig vom Tarifgenehmigungsverfahren geführt. Sodann sei davon auszugehen, dass sich das Benchmarking auf gesamtschweizerische Daten stützen müsse. Weil das Benchmarking der HSK mehr Spitäler umfasse und zudem detailliertere Daten vorlägen als beim Benchmarking des Vereins SpitalBenchmark, verwende das Gesundheitsamt die Daten der HSK. Gestützt auf diese Daten sei ein Benchmark inklusive nicht-universitäre Bildung beim 40. Perzentil von CHF 8'782.- berechnet worden. Mit dem Zuschlag für Fallzusammenführungen von 1%, dem Zuschlag für Anlagenutzungskosten von 10% sowie dem CMO-Zuschlag von durchschnittlich CHF 6.- ergebe sich eine "Benchmarkbaserate" (nachfolgend: Referenzwert [vgl. zur Terminologie BVGE 2014/3 Anhang S. 90]) von CHF 9'754.-. Dieser Referenzwert sollte ausser für die Klinik Gut und die Kleinstspitäler Bregaglia, Val Müstair, Surses und der Hochgebirgsklinik für alle Spitäler als Baserate festgesetzt werden. Die Baserate der Klinik Gut sei um CHF 200.- tiefer festzusetzen, weil die Klinik nicht über eine 24-Stunden-Notfallaufnahmestation verfüge. Für die vier Kleinstspitäler sei – wie von

der Preisüberwachung empfohlen – die Baserate in der mit den HSK-Versicherern vertraglich vereinbarten Höhe festzusetzen (V-act. 32).

A.g Im Rahmen der zweiten Anhörung nahmen das Kantonsspital (V-act. 19), das Spital Davos (V-act. 20), das Spital Oberengadin (V-act. 22), die Hochgebirgsklinik (V-act. 23), Felix Ammann (V-act. 13), tarifsuisse (V-act. 6) und der BSH (V-act. 17) Stellung.

A.h
Mit Eingabe vom 10. Juli 2013 reichte tarifsuisse zwei zwischen 45 von tarifsuisse vertretenen Krankenversicherern und dem Regionalspital Prättigau beziehungsweise dem Regionalspital Surselva abgeschlossene Tarifverträge (vom 4. Juli bzw. 25. Juni 2013) zur Genehmigung ein. Gemäss Anhang 5 beider Verträge wurde für das Jahr 2012 eine Baserate von CHF 9'756.- vereinbart. Die Regierung genehmigte die Verträge mit Beschluss vom 20. August 2013 (Beilagen zu act. 13).

B.
Mit Beschluss vom 10. September 2013 (RRB 858) setzte die Regierung die ab 1. Januar 2012 anwendbaren Baserates für folgende Spitäler auf CHF 9'754.- fest: Kantonsspital, Spitäler Davos, Oberengadin, Prättigau, Surselva, San Sisto, Thusis, Unterengadin, Bregaglia, Val Müstair, Surses, Hochgebirgsklinik und Klinik Gut (Standort St. Moritz). Für den Standort Chur der Klinik Gut wurde die Baserate auf CHF 9'554.- festgesetzt (Ziff. 1). Für die Leistungen des Kantonsspitals im Bereich der hochspezialisierten Medizin wurde eine Baserate von CHF 11'300.- festgesetzt (Ziff. 2). Die Festsetzung gelte gegenüber den im Kanton tätigen Versicherern, soweit keine von der Regierung genehmigten Tarifverträge vorlägen.

B.a In ihren Ausführungen zum Benchmarking hielt die Regierung namentlich fest, die Beteiligten seien sich darin einig, dass sich das Benchmarking auf schweizweite Daten stützen müsse. Unterschiedliche Auffassungen bestünden hinsichtlich der anzuwendenden Methode. Das Vorgehen der Preisüberwachung zur Bestimmung des Benchmarks erachte sie als nicht KVG-konform. Der Benchmark des Kantons Zürich beruhe nicht auf schweizweiten Daten und sei daher für eine Tariffestsetzung für die Bündner Spitäler nicht geeignet. Der von tarifsuisse eingereichte Vergleich zwischen den beiden Benchmarkings von tarifsuisse und HSK zeige, dass diese bei gleichem Perzentil zu ähnlichen Ergebnissen führten. Dies gelte auch für die Benchmarkings der MTK (Medizinaltarif-

Kommission für Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung) und des Vereins SpitalBenchmark. Weil dem Kanton nur die detaillierten Daten der Einkaufsgemeinschaft HSK vorlägen, würden diese Daten für die Bestimmung des Benchmarks verwendet. Aus Sicht der Regierung entspreche es dem vom Gesetzgeber angestrebten Ziel, die Wirtschaftlichkeit der Spitäler zu verbessern, wenn der Benchmark beim 40. Perzentil gesetzt werde.

B.b Der HSK-Benchmark beim 40. Perzentil betrage ohne die nicht-universitäre Ausbildung CHF 8'756.-. Von den 79 in das Benchmarking einbezogenen Spitälern hätten 48 die Kosten für nicht-universitäre Ausbildung nicht separat ausgewiesen. Dem Antrag der Leistungserbringer, die Kosten der nicht-universitären Ausbildung spitalindividuell hinzuzurechnen, könne im jetzigen Zeitpunkt nicht gefolgt werden. Entsprechend den Berechnungen des Gesundheitsamts sei von einem Benchmark inkl. Kosten für nicht-universitäre Bildung von CHF 8'782.- und einem Referenzwert von CHF 9'754.- auszugehen.

B.c Grundsätzlich sei für alle Spitäler die gleiche Baserate – entsprechend dem Referenzwert – festzusetzen. Da die Klinik Gut jedoch nur am Standort St. Moritz eine Notfallstation führe, sei die Baserate für den Standort Chur der Klinik Gut um CHF 200.- zu reduzieren.

B.d Zum Antrag des Kantonsspitals, es sei eine gegenüber den übrigen Spitälern um CHF 230.- höhere Baserate festzusetzen, hielt die Regierung im Wesentlichen fest, laut SwissDRG AG könne die Tarifstruktur noch nicht alle Kostenunterschiede zwischen Universitätsspitälern und anderen Kliniken, welche hochkomplexe Leistungen erbringen, einerseits und Spitälern, die Grundleistungen erbringen andererseits, sachgerecht abbilden. Ein Vergleich zwischen Zentrumsspitälern und Schwerpunktspitälern sei hingegen möglich. Daher rechtfertige sich eine Preisdifferenzierung nur insoweit, als das Kantonsspital Leistungen im Bereich hochspezialisierte Medizin (im Sinne von Art. 39 Abs. 2bis KVG; nachfolgend: HSM) erbringe. Für die Vergütung dieser Leistungen sei auf den Benchmark des Kantons Zürich für Universitätsspitäler von CHF 11'300.- abzustellen.

C.
Im Namen der 45 im Rubrum aufgeführten Krankenversicherer liess tarifsuisse, vertreten durch Rechtsanwalt Vincent Augustin, am 10. Oktober 2013 Beschwerde erheben und – unter Kosten- und Entschädigungsfol-

gen – beantragen, es sei der angefochtene Beschluss (RRB 858) aufzuheben und für die einzelnen Spitäler seien folgende Baserates festzusetzen (act. 1):

> Kantonsspital, Spitäler Davos, Oberengadin, San Sisto, Bregaglia und Val Müstair: CHF 8'974.-
>
> Spital Thusis: CHF 8'457.-
>
> Spital Unterengadin: CHF 8'287.-
>
> Klinik Gut (Standorte St. Moritz und Chur): CHF 8'734.-
>
> Kreisspital Surses: CHF 7'967.-
>
> Hochgebirgsklinik: CHF 8'889.-

Eventualiter sei der angefochtene Entscheid aufzuheben und die Rechtssache zu neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen.

C.a Die Beschwerdeführerinnen kritisierten zunächst die "Hüst-und-Hot-Vorgehensweise" der Vorinstanz. Weiter sei der angefochtene Beschluss in mehrfacher Hinsicht bundesrechtswidrig, beruhe auf einem unrichtig bzw. unvollständig festgestellten rechtserheblichen Sachverhalt und sei auch unangemessen. Insbesondere verstosse er gegen Art. 59*c* Abs. 1 Bst. a KVV, wonach ein Tarif höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten decken dürfe. Die vorinstanzliche Bestimmung des Benchmarks verletze aber auch den in Art. 59*c* Abs. 1 Bst. b KVV verankerten Grundsatz, dass ein Tarif höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken dürfe.

C.b Das Benchmarking der Preisüberwachung habe die Vorinstanz mit sachwidrigen Argumenten verworfen. Zentral sei aber letztlich die Frage, auf welches Perzentil abgestellt werde, denn – wie die Vorinstanz zutreffend festgestellt habe – bestünden bei den Benchmarkings der HSK und der tarifsuisse (sowie der Preisüberwachung) im Ergebnis keine grösseren Unterschiede. Der Benchmark dürfe nicht beim 40. sondern höchstens beim 25. Perzentil gesetzt werden, ansonsten der Tarif gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstosse.

C.c Rechtswidrig seien sodann die von der Vorinstanz vorgenommenen Zuschläge für nicht-universitäre Bildung und den Effekt der Fallzusammenführungen. Obwohl auch die Vorinstanz festgestellt habe, dass die

Kosten der nicht-universitären Ausbildung ungenügend ausgewiesen seien, habe sie – ohne weitere Begründung – die durchschnittlichen Kosten (pro Fall) auf CHF 88.- bestimmt.

C.d Die für das Kantonsspital festgesetzte Baserate für HSM-Leistungen schliesslich sei schon allein deshalb bundesrechtswidrig, weil der entsprechende Leistungsauftrag erst im Verlauf des Jahres 2011 erteilt worden sei, für die Tarife 2012 aber die Leistungskosten von 2010 massgebend seien. Weiter könne nicht einfach der Tarif des USZ übernommen werden, zumal dieser nicht rechtskräftig sei. Zudem erbrächten auch andere Kantonsspitäler Leistungen im Bereich HSM, ohne dass ihnen dafür eine höhere Baserate zugestanden werde.

D.
Der mit Zwischenverfügung vom 17. Oktober 2013 auf CHF 8'000.- festgesetzte Kostenvorschuss (act. 2) ging am 23. Oktober 2013 bei der Gerichtskasse ein (act. 4).

E.
Mit Instruktionsverfügung vom 13. November 2013 wurden Vorinstanz und Beschwerdegegner zur Stellungnahme innert 30 Tagen eingeladen (act. 5).

F.
Die Vorinstanz beantragte mit Eingabe vom 20. November 2013, das Verfahren sei bis zum Urteil im Verfahren C-2259/2013 (betreffend Beschluss des Regierungsrates des Kantons Zürich vom 13. März 2013) zu sistieren (act. 6). Der Antrag wurde – nach Anhörung der Parteien (vgl. act. 11, 12, 14) – mit Zwischenverfügung vom 6. Januar 2014 abgewiesen (act. 16).

G.
In ihrer Vernehmlassung vom 13. Dezember 2013 beantragte die Vorinstanz, die Beschwerde sei – unter Kosten- und Entschädigungsfolge gemäss Gesetz – abzuweisen (act. 13). Zur Begründung verwies sie im Wesentlichen auf den angefochtenen Beschluss; sodann nahm sie zu einzelnen Vorbringen der Beschwerdeführerinnen Stellung. Sie führte namentlich aus, der von der Regierung getroffene Entscheid zum Benchmark liege innerhalb des Ermessensspielraums, den das Gesetz den Kantonsregierungen belasse. Dass der von ihr ermittelte Referenzwert (von CHF 9'754.-) nicht unangemessen sei, werde im Übrigen auch dadurch belegt, dass die Beschwerdeführerinnen mit den Regionalspitä-

lern Prättigau und Surselva vertraglich eine Baserate von CHF 9'756.- vereinbart hätten.

Zur Kritik am Zuschlag für nicht-universitäre Bildung hielt die Vorinstanz fest, im angefochtenen Entscheid habe sie eingeräumt, dass der Ausweis der Kosten der nicht-universitären Ausbildung in den dem Benchmarking zugrunde liegenden Kostenrechnungen der 79 Spitäler ungenügend sei. Deshalb könnten zurzeit (noch) nicht die spitalindividuellen Ausbildungskosten berücksichtigt werden. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerinnen sei ein Spital mit höheren Kosten im Bereich nicht-universitäre Ausbildung grundsätzlich nicht als ineffizient zu betrachten, sondern als überdurchschnittlich engagiert im Ausbildungsbereich.

Weiter begründete die Vorinstanz, weshalb der Zuschlag für Fallzusammenführungen zu Recht vorgenommen worden sei und rechtfertigte die höhere Baserate für HSM-Leistungen des Kantonsspitals.

H.
Die Beschwerdegegner 1-10 nahmen am 12. Dezember, die Beschwerdegegnerin 11 am 13. Dezember 2013 Stellung.

H.a Die durch den BSH vertretenen Spitäler liessen durch Rechtsanwältin Eva Druey Just beantragen, die Beschwerde sei – unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdeführerinnen – abzuweisen (act. 14). Nach grundsätzlichen Ausführungen zum neuen Spitalfinanzierungsrecht, der Tarifermittlung mittels Benchmarking und zum Effizienzmassstab hielt der BSH fest, bereits das Vorgehen der Vorinstanz führe im Ergebnis zu Werten, die zu tief seien. Die von der Regierung festgesetzten Baserates könnten daher nicht weiter herabgesetzt werden. Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit habe vorliegend auch mit Blick auf die Festsetzungen als Gesamtpaket zu erfolgen.

Betreffend das Kantonsspital wird ausgeführt, die Differenzierung zwischen "normalen" und HSM-Fällen habe die Vorinstanz nicht auf Antrag des Spitals vorgenommen. Vielmehr habe das Spital stets eine im Vergleich zu den anderen Bündner Spitälern höhere Baserate gefordert, weil das Kantonsspital komplexere Fälle behandle, die in der SwissDRG-Tarifstruktur noch nicht ausreichend abgebildet seien. Weiter habe das Kantonsspital aufgezeigt, dass es – auch im Vergleich mit andern Zentrumsspitälern – einen überproportional hohen Anteil hochdefizitärer Fälle aufweise. Allein im Jahr 2012 würden 95 Fälle ausgewiesen, die ein Defi-

zit von über CHF 30'000.- generierten, wobei das Defizit pro Fall durchschnittlich CHF 52'532 betrage. Dem Kantonsspital sei klar, dass es betreffend HSM nicht mit den Universitätsspitälern verglichen werden könne. Gleichzeitig könne es aber aufgrund der HSM-Leistungen und der geführten Kinderklinik auch nicht mit den Grundversorgern verglichen werden. Sowohl die MTK als auch die HSK hätten dies anerkannt. Die HSK habe dem Kantonsspital daher einen Zuschlag von CHF 100.- gewährt (Rz. 4 und 49 ff.). Sollte das Bundesverwaltungsgericht die HSM-Baserate aufheben, wäre zwingend auch die "normale" Baserate für das Kantonsspital neu festzulegen (Rz. 59).

Was die Spitäler Unterengadin (Scuol), San Sisto (Poschiavo), Thusis, Surses (Savognin) und Val Müstair betreffe, liege die festgesetzte Baserate zwar über den von der Vorinstanz spitalindividuell kalkulierten Fallkosten. Dabei sei die Abweichung bei den Spitälern San Sisto und Val Müstair mit weniger als 5% aber sehr gering. Über 10% betrage sie bei den Spitälern Unterengadin, Thusis und Surses. Diese hätten jedoch bereits im vorinstanzlichen Verfahren geltend gemacht, die vom Gesundheitsamt kalkulierten Fallkosten seien zu tief (Rz. 43). Die festgesetzten Tarife führten bei den Leistungserbringern nicht zu unzulässigen Gewinnen (Rz. 44).

Schliesslich machten die Spitäler geltend, eine Rückabwicklung würde sowohl bei den Leistungserbringern als auch bei den Versicherern zu einem unverhältnismässigen Aufwand führen, was mit dem Billigkeitsgebot nicht vereinbar wäre (Rz. 46).

H.b Die Klinik Gut, vertreten durch Rechtsanwalt Hermann Just, beantragte ebenfalls die Abweisung der Beschwerde, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdeführerinnen (act. 12). Im Grundsatz unterstütze sie die Argumentation der übrigen Spitäler. Die Klinik Gut nahm insbesondere zum Systemwechsel bei der Spitalfinanzierung und zur gerügten Verletzung des Art. 59*c* Abs. 1 KVV Stellung. Zur Rüge der Unangemessenheit verwies sie namentlich darauf, dass die Beschwerdeführerinnen selber mit zwei Spitälern im Kanton Graubünden einen Tarif in der nahezu gleichen Höhe vereinbart hätten, wie die Vorinstanz ihn für die Bündner Spitäler festgesetzt habe. Weshalb (nur) die von der Regierung festgesetzte Baserate unangemessen sein soll, werde von den Beschwerdeführerinnen nicht begründet.

I.
Der im Verfahren C-1698/2013 eingeholte Bericht der SwissDRG AG vom 16. September 2013 (inkl. Beilagen und Fragenkatalog) wurde im vorliegenden Verfahren zu den Akten genommen (act. 15) und den Verfahrensbeteiligten mit Verfügung vom 6. Januar 2014 zugestellt. Gleichzeitig wurde die Preisüberwachung zur Stellungnahme eingeladen (act. 16).

J.
In ihrer Stellungnahme vom 16. Januar 2014 (act. 17) erläuterte die Preisüberwachung zunächst ihre Prüfmethodik bei SwissDRG-Baserates und nahm generell zu den gegenüber dem Vorgehen der Preisüberwachung vorgebrachten Einwänden sowie zum Bericht der SwissDRG AG Stellung. Am vorinstanzlichen Beschluss beanstandete sie insbesondere, dass für alle Spitäler die gleiche Baserate festgesetzt worden sei, unabhängig davon, ob die tatsächlichen Kosten eines Spitals über oder unter diesem Wert lägen. Die Preisüberwachung erachte weder die vorinstanzlichen Kostenermittlung noch deren Benchmarking als gesetzeskonform. Weiter hätte für das Kantonsspital nur eine einheitliche Baserate (entsprechend dem Benchmarkwert für Nicht-Universitätsspitäler) festgesetzt werden dürfen. Schliesslich sei auch der CMO-Zuschlag insofern nicht korrekt, als dieser pro Fall (unabhängig von der Fallschwere) zu erheben sei und CHF 3.97 (nicht CHF 6.-) betrage. Die Preisüberwachung empfehle folgende (maximale) Baserates: CHF 8'974.- für das Kantonsspital und die Regionalspitäler Davos, Oberengadin, Thusis, Unterengadin und die Klinik Gut (Standorte Chur und St. Moritz); CHF 8'961.- für das Ospedale San Sisto sowie – entsprechend den Tarifverträgen mit der HSK – CHF 8'898.- für das Ospedale Bregaglia, CHF 8'885.- für das Ospidal Val Müstair, CHF 8'886.- für das Kreisspital Surses und CHF 8'889.- für die Hochgebirgsklinik (act. 17).

K.
Auf entsprechende Einladung des Gerichts reichte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) mit Datum vom 27. Februar 2014 seine Stellungnahme ein (act. 19). Das Amt äusserte sich allgemein zu den Regeln der Tarifgestaltung, zur Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie zur Forschung und universitären Lehre. Weil der angefochtene Beschluss diesen Regeln nicht (vollumfänglich) entspreche, sei es der Ansicht, dass die Beschwerde teilweise gutzuheissen sei.

L.
Mit Verfügung vom 6. März 2014 setzte das Gericht den Beteiligten Frist für allfällige Schlussbemerkungen an (act. 20).

L.a Die vom BSH vertretenen Spitäler hielten mit Eingabe vom 3. April 2014 an ihrem Antrag vom 12. Dezember 2013 fest und nahmen zum Bericht der SwissDRG sowie den Stellungnahmen der Preisüberwachung und des BAG Stellung (act. 25).

L.b Die Vorinstanz reichte am 4. April 2014 ihre Schlussbemerkungen ein und bestätigte ihren Antrag auf Abweisung der Beschwerde (act. 26). Sie nahm eingehend zum Bericht der Preisüberwachung Stellung und begründete erneut, weshalb auf deren Berechnungen und Empfehlung nicht abgestellt werden könne. Da die Stellungnahme der Preisüberwachung teilweise den Antworten der SwissDRG widerspreche, rege sie an, die SwissDRG dazu Stellung nehmen zu lassen. Weiter äusserte sich die Vorinstanz zur Stellungnahme des BAG.

L.c Die Beschwerdeführerinnen hielten in ihrer Schlussstellungnahme vom 4. April 2014 an ihren Rechtsbegehren fest (act. 27). Zur Vernehmlassung der Vorinstanz führten sie unter anderem aus, soweit diese den Beschwerdeführerinnen ein "venire contra factum proprium" vorwerfe, sei darauf hinzuweisen, dass die Spielregeln bei vertraglich verhandelten und hoheitlich festgesetzten Tarifen nicht identisch seien. Weiter äusserte sie sich zu den Stellungnahmen der Preisüberwachung, des BAG und zum Bericht der SwissDRG. Abschliessend wiesen sie namentlich darauf hin, dass die Abbildungsgenauigkeit von SwissDRG schon sehr gut sei und jedenfalls genüge, um ein gesamtschweizerisches Benchmarking aller Spitäler vorzunehmen. Das Abstellen auf das 40. Perzentil zur Bestimmung des Benchmarks genüge den Anforderungen des KVG nicht. Im Tariffestsetzungsverfahren seien Eingriffe in die Tarifstruktur unzulässig.

L.d Auch die Klinik Gut AG hielt mit Eingabe vom 7. April 2014 an ihrem Rechtsbegehren fest und äusserte sich zu den Stellungnahmen der Preisüberwachung und des BAG (act. 28).

L.e Mit Verfügung vom 29. April 2014 wurden die Schlussbemerkungen den Parteien zur Kenntnis zugestellt (act. 31).

M.
Mit Eingabe vom 9. Juni 2015 reichten die Beschwerdeführerinnen den Beschluss der Regierung vom 2. Juni 2015 (Nr. 512) betreffend Begren-

zung der Geltungsdauer der mit dem vorliegend angefochtenen Beschluss festgesetzten Baserates ein (act. 32).

N.
Auf die weiteren Vorbringen der Verfahrensbeteiligten und die eingereichten Akten wird, soweit für die Entscheidfindung erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Den angefochtenen Beschluss (RRB 858) vom 10. September 2013 hat die Vorinstanz gestützt auf Art. 47 Abs. 1 KVG erlassen. Gemäss Art. 53 Abs. 1 KVG kann gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 47 KVG beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden. Das Bundesverwaltungsgericht ist deshalb zur Beurteilung der Beschwerde zuständig (vgl. auch Art. 90*a* Abs. 2 KVG).

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

1.3 Die Beschwerdeführerinnen sind primäre Adressatinnen des angefochtenen Beschlusses und ohne Zweifel zur Beschwerde legitimiert (vgl. Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde ist, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, einzutreten (vgl. Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

1.4 Die Beschwerdeführerinnen können 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; zur Überprüfungsbefugnis des Bundesverwaltungsgerichts bei Tariffestsetzungsbeschlüssen siehe BVGE 2014/3 E. 1.4).

2.
Am 1. Januar 2009 ist die KVG-Revision zur Spitalfinanzierung (Ände-

rung vom 21. Dezember 2007, AS 2008 2049) in Kraft getreten. Per 1. Januar 2012 wurde der Systemwechsel bei der Spitalfinanzierung vollzogen (vgl. Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 [Spitalfinanzierung]). Der angefochtene Beschluss ist somit aufgrund des revidierten KVG und dessen Ausführungsbestimmungen zu beurteilen.

2.1 Spitäler sind nach Art. 39 Abs. 1 (in Verbindung mit Art. 35) KVG zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassen, wenn sie die Dienstleistungs- und Infrastrukturvoraussetzungen gemäss Bst. a-c erfüllen, der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen (Bst. d) und auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind (Bst. e).

2.2 Gemäss Art. 43 KVG erstellen die (zugelassenen) Leistungserbringer ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen (Abs. 1). 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 hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird (Abs. 6). Der Bundesrat kann Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen. Er sorgt für die Koordination mit den Tarifordnungen der anderen Sozialversicherungen (Abs. 7).

2.3 Parteien eines Tarifvertrages sind einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder deren Verbände einerseits sowie einzelne oder mehrere Versicherer oder deren Verbände anderseits (Art. 46 Abs. 1 KVG). Der Tarifvertrag bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat (Art. 46 Abs. 4 Satz 1 KVG). Die Genehmigungsbehörde prüft, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht (Art. 46 Abs. 4 Satz 2 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).

2.4 Art. 49 KVG trägt den Titel "Tarifverträge mit Spitälern". Obwohl sich diese Bestimmung nach ihrem Wortlaut (nur) an die Tarifparteien richtet, sind die darin verankerten Grundsätze auch bei einer hoheitlichen Festsetzung im Sinne von Art. 47 KVG zu beachten (BVGE 2014/3 E. 2.7).

2.4.1 Nach Abs. 1 des Art. 49 KVG vereinbaren die Vertragsparteien für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital (Art. 39 Abs. 1) oder einem Geburtshaus (Art. 29) Pauschalen. In der Regel sind Fallpauschalen festzulegen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden. Die Spitaltarife orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen.

2.4.2 Die gestützt auf Art. 49 Abs. 2 KVG von den Tarifpartnern und den Kantonen eingesetzte SwissDRG AG ist für die Erarbeitung und Weiterentwicklung der Tarifstruktur zuständig. Die Tarifstruktur und deren Anpassungen sind vom Bundesrat zu genehmigen (Art. 49 Abs. 2 Satz 5 KVG). Die ab 1. Januar 2012 im akutsomatischen Bereich anwendbare Version 1.0 der Tarifstruktur SwissDRG wurde vom Bundesrat am 6. Juli 2011 genehmigt (vgl. Medienmitteilung des Bundesrates vom 6. Juli 2011 "Bundesrat genehmigt die neue Tarifstruktur SwissDRG").

2.4.3 Laut Art. 49 Abs. 3 KVG dürfen die Vergütungen nach Abs. 1 keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten. Dazu gehören insbesondere die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen (Bst. a) sowie die Forschung und universitäre Lehre (Bst. b).

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

2.4.5 Gemäss Art. 49 Abs. 8 KVG ordnet der Bundesrat in Zusammenarbeit mit den Kantonen schweizweit Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an, insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität. Die Spitäler und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Der Bundesrat veröffentlicht die Betriebsvergleiche.

2.5 Gestützt auf Art. 43 Abs. 7 KVG hat der Bundesrat Art. 59*c* KVV erlassen (in Kraft seit 1. August 2007; AS 2007 3573). Nach dessen Abs. 1 prüft die Genehmigungsbehörde (im Sinne von Art. 46 Abs. 4 KVG), ob der Tarifvertrag namentlich folgenden Grundsätzen entspricht: Der Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken (Bst. a). Der Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken (Bst. b). Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen (Bst. c). Gemäss Art. 59*c* Abs. 3 KVV sind diese Grundsätze bei Tariffestsetzungen nach Art. 47 KVG sinngemäss anzuwenden.

3.
Streitig ist die vorinstanzliche Festsetzung der Basisfallwerte (Baserate) für die leistungsbezogenen und auf der SwissDRG-Tarifstruktur beruhenden Fallpauschalen (Art. 49 Abs. 1 Satz 2 und 3 KVG). In zwei Grundsatzurteilen hat das Bundesverwaltungsgericht verschiedene auch im vorliegenden Verfahren umstrittene Fragen beurteilt (BVGE 2014/3, BVGE 2014/36).

3.1 Im System der neuen Spitalfinanzierung bilden die individuellen Kosten eines Spitals die Grundlage für das Benchmarking beziehungsweise für die Ermittlung der benchmarking-relevanten Betriebskosten und der schweregradbereinigten Fallkosten (benchmarking-relevanter Basiswert). Der Basisfallwert hat aber nicht diesen Kosten zu entsprechen, da kein Kostenabgeltungsprinzip gilt. Die frühere – gestützt auf aArt. 49 Abs. 1 KVG entwickelte – Praxis zu den anrechenbaren Kosten ist nicht mehr anwendbar (BVGE 2014/3 E. 2.8.5). Effizienzgewinne von Spitälern (mit einem benchmarking-relevanten Basiswert unterhalb des gesetzeskonform bestimmten Benchmarks) sind nicht unzulässig (BVGE 2014/3 E. 2.9.4.4 und 2.9.5). Art. 59*c* Abs. 1 Bst. a KVV, wonach der Tarif höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken darf, ist in dem Sinne gesetzeskonform auszulegen, dass es sich bei den "ausgewiesenen Kosten der Leistung" nicht um die individuellen Kosten des Spitals, dessen Tarif zu beurteilen ist, handelt, sondern um die Kosten des Spitals, welches den Benchmark bildet (und an dessen Tarif sich die

Spitaltarife gemäss Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG zu orientieren haben; BVGE 2014/3 E. 2.10.1).

3.2 Die Preisbestimmung nach Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG erfolgt aufgrund eines Vergleichs mit anderen Spitälern, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Zur Ermittlung und Auswahl dieser als Referenz massgebenden Spitäler ist grundsätzlich ein Fallkosten-Betriebsvergleich notwendig (vgl. BVGE 2014/36 E. 3.6 und E. 6.7).

3.3 Die Bestimmung, wonach Betriebsvergleiche nur unter vergleichbaren Spitälern durchzuführen sind (aArt. 49 Abs. 7 KVG) ist im revidierten Recht nicht mehr enthalten. Die möglichst hohe Transparenz und breite Vergleichbarkeit der Spitaltarife gehörte zu den Zielsetzungen der Gesetzesrevision. Das System der einheitlichen Tarifstruktur eröffnet grundsätzlich die Möglichkeit von Betriebsvergleichen über die Grenzen der Spitaltypen und -kategorien hinaus (BVGE 2014/36 E. 3.8).

3.4 In BVGE 2014/36 wird dargelegt, welche Voraussetzungen zur Vergleichbarkeit der Fallkosten idealtypisch gegeben sein müssen (E. 4) und welche dieser Voraussetzungen noch fehlen beziehungsweise verbessert werden müssen (E. 5). Zu den Voraussetzungen, die fehlen beziehungsweise verbessert werden müssen, gehören insbesondere die schweizweit durchzuführenden Betriebsvergleiche zu Kosten (Art. 49 Abs. 8 KVG), die Vereinheitlichung der Kosten- und Leistungsermittlung (Art. 49 Abs. 7 KVG) und die Verfeinerung der Tarifstruktur. Hinsichtlich der künftigen Preisbildung ist es unabdingbar, dass die Verpflichtung zur Erstellung der Betriebsvergleiche, insbesondere hinsichtlich der Kosten, baldmöglichst umgesetzt wird. Auch in der Einführungsphase ist jedoch eine auf die vom Gesetzgeber angestrebten Ziele ausgerichtete Preisbestimmung erforderlich. Den Tarifpartnern, Festsetzungs- und Genehmigungsbehörden verbleibt die Möglichkeit, ersatzweise auf möglichst aussagekräftige vorhandene Daten abzustellen und erkannte Mängel mit sachgerechten Korrekturmassnahmen zu "überbrücken". Vor diesem Hintergrund wird das Bundesverwaltungsgericht – zumindest in der Phase der Einführung der leistungsbezogenen Fallpauschalen – den Vorinstanzen bei der Umsetzung der Preisbildungsregel nach Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG beziehungsweise bei der Durchführung des Benchmarkings einen erheblichen Spielraum einzuräumen haben. Erscheint das Vorgehen der Vorinstanz als vertretbar, ist der Entscheid selbst dann zu schützen, wenn andere Vorgehensweisen als besser geeignet erscheinen, die vom Gesetzgeber an-

gestrebten Ziele zu erreichen (BVGE 2014/36 E. 5.4, vgl. auch BVGE 2014/3 E. 10.1.4).

3.5 Weiter prüfte das Gericht, welche Korrekturmassnahmen in einer Übergangsphase sachgerecht und vertretbar sein können (BVGE 2014/36 E. 6). So kann beispielsweise die Auswahl einer repräsentativen Teilmenge (Stichprobe) vertretbar sein, obwohl für den Betriebsvergleich idealerweise von der Grundgesamtheit aller akutsomatischen Spitäler auszugehen wäre (E. 6.1). Zur Bildung von Benchmarking-Gruppen (z.B. nach Spitalkategorie) hat das Gericht unter anderem erwogen, eine solche stehe im Widerspruch zur Grundidee eines schweizweiten, möglichst breit abgestützten Betriebsvergleichs (E. 6.6.1). Es stellte fest, dass für die zukünftige Entwicklung in der Preisfindungspraxis die Kategorisierung wenig zielführend sei, zumal bereits die Kategorienbildung Probleme verursache (E. 6.6.4). Dennoch könne in einer Einführungsphase der Entscheid einer Kantonsregierung, für spezielle Spitäler (z.B. Universitätsspitäler) auf einen eigenen Betriebsvergleich abzustellen, geschützt werden (E. 6.6.6). Zudem ist bei der Preisgestaltung unter Umständen der spezifischen Situation der Leistungserbringer Rechnung zu tragen, so dass – ausgehend von einem Referenzwert – aus Billigkeitsgründen differenzierte Basisfallwerte verhandelt oder festgesetzt werden müssen (vgl. dazu BVGE 2014/36 E. 6.8, s.a. E. 3.4 und E. 22.3 ff.).

3.6 Obwohl das Benchmarking idealtypisch kostenbasiert und nicht aufgrund der verhandelten Preise zu erfolgen hat, sind Ausnahmen vom Grundsatz des Fallkostenvergleichs möglich. Solange für einzelne Kantone verwertbare Kostendaten fehlen, ist für eine Übergangsphase allenfalls auch die Orientierung an festgesetzten oder genehmigten Tarifen anderer Spitäler zu tolerieren (zu den Anforderungen an ein Preisbenchmarking vgl. BVGE 2014/36 E. 6.7).

3.7 Im Urteil C-3425/2013 vom 29. Januar 2015 (auszugsweise publiziert in BVGE 2015/8) hat das Bundesverwaltungsgericht das Vorgehen des Regierungsrates des Kantons Glarus, das Fehlen eines gesamtschweizerischen Betriebsvergleichs mit dem Beizug verschiedener Benchmarkings zu kompensieren, angesichts der im Zeitpunkt des Festsetzungsentscheides in einem kleinen Kanton zur Verfügung stehenden Entscheidgrundlagen als grundsätzlich sachgerecht bezeichnet (E. 4.4.5). Die von tarifsuisse gewählte Methode zur Bestimmung des Benchmark-Wertes entspricht nicht Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG (BVGE 2015/8 E. 4.3.2; Urteil BVGer C-3497/2013 vom 26. Januar 2015 E. 3.8.2), weshalb nicht zu be-

anstanden war, dass die Vorinstanz nicht auf diesen Wert abgestellt hatte. Gestützt auf die dem Benchmarking von tarifsuisse zugrunde liegenden Daten hätte sie indessen einen Fallkostenvergleich vornehmen können (C-3425/2013 E. 4.4.1 i.V.m. E. 4.3).

4.

Die Regierung hat für fast alle Spitäler (mit Ausnahme der Klinik Gut am Standort Chur sowie des Kantonsspitals betreffend HSM-Leistungen) den Basisfallwert entsprechend dem von ihr auf CHF 9'754.- berechneten Referenzwert festgesetzt. Für das Kantonsspital wurden zwei Basisfallwerte festgesetzt, einen für HSM-Leistungen von CHF 11'300.- sowie den "normalen" Basisfallwert von CHF 9'754.- für alle übrigen Leistungen. Nachfolgend ist zu prüfen, ob diese Basisfallwerte mit dem KVG im Einklang stehen. Die für den Standort Chur der Klinik Gut um CHF 200.- reduzierte Baserate bildet den Streitgegenstand im Parallelverfahren C-5849/2013, weshalb darauf im vorliegenden Verfahren nicht eingegangen wird.

4.1 Für die Ermittlung des Referenzwertes im Sinne von Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG hat sich die Vorinstanz auf das Benchmarking der HSK abgestützt. Soweit sie dies damit begründet, dass sich das Benchmarking grundsätzlich auf gesamtschweizerische Daten und eine Vielzahl von Spitälern stützen müsse, ist ihr zuzustimmen (vgl. Art. 49 Abs. 8 KVG, BVGE 2014/36 E. 4.3; E. 3.3-3.5 hiervor). Zur Begründung, dem Kanton lägen nur die detaillierten Daten zum Benchmarking der HSK vor, ist festzustellen, dass das Benchmarking der tarifsuisse nicht in den vorinstanzlichen Akten ist und von der Vorinstanz nicht erwähnt wird. Aus dem von tarifsuisse im Juni 2013 eingereichten Vergleich zwischen den Benchmarkings von HSK und tarifsuisse (V-act. 6) hat die Vorinstanz lediglich die Folgerung übernommen, dass die beiden Benchmarkings bei gleichem Perzentil zu ähnlichen Ergebnissen führten. Soweit ersichtlich hat das Gesundheitsamt das von tarifsuisse erstellte Benchmarking aber nicht eingefordert – ebenso wenig wurde ein begründetes Tariffestsetzungsbegehren verlangt, mit dem tarifsuisse ihre Berechnungen hätte offenlegen müssen. Die Beschwerdeführerinnen machen jedoch nicht geltend, die Vorinstanz habe ihr Benchmarking zu Unrecht nicht berücksichtigt, sondern rügen die Nichtberücksichtigung des Benchmarkings der Preisüberwachung und die Festsetzung des Benchmarks auf dem 40. Perzentil.

4.2 Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerinnen ist nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz ihren Entscheid nicht auf das Benchmarking der Preisüberwachung stützte (vgl. BVGE 2014/36 E. 9.2; Urteile BVGer

C-3425/2013 vom 29. Januar 2015 E. 4.4.2 und C-4310/2013 vom 20. April 2015 E. 4.4.1). Weiter erweist sich der angefochtene Entscheid nicht bereits deshalb als bundesrechtswidrig, weil die Vorinstanz den Benchmark beim 40. Perzentil gesetzt hat. In BVGE 2014/36 hat das Bundesverwaltungsgericht den Entscheid des Regierungsrates des Kantons Zürich, den Benchmark auf dem 40. Perzentil festzusetzen, angesichts des erheblichen Ermessensspielraums, welcher der Kantonsregierung zuzugestehen ist, als vertretbar erachtet (E. 10.3). In BVGE 2015/8 hat das Gericht zudem festgestellt, dass die Bestimmung des 40. Perzentils (bzw. des Perzentils X) allein noch wenig darüber aussagt, wie streng der Effizienzmassstab tatsächlich gesetzt wird, solange von den Akteuren verschiedene, nach ganz unterschiedlichen Methoden erstellte Benchmarkings angewendet werden (BVGE 2015/8 E. 4.2.6 und 4.3 ff.).

4.3 Die von den Beschwerdeführerinnen mit ihrem Hauptbegehren beantragten Basisfallwerte für die einzelnen Spitäler entsprechen dem jeweils tiefsten Wert der (vom Gesundheitsamt oder der Preisüberwachung) spitalindividuell kalkulierten Fallkosten bei Schweregrad 1.0 (vgl. zu diesem Begriff BVGE 2014/3 Anhang S. 90) beziehungsweise dem von der Preisüberwachung mittels Benchmarking ermittelten Referenzwert für Nicht-Universitätsspitäler. Soweit dieser Antrag damit begründet wird, ein Tarif dürfe nicht mehr als die spitalindividuell kalkulierten Fallkosten bei Schweregrad 1.0 decken, kann auf die in E. 3.1 zusammengefasste Rechtsprechung verwiesen werden.

5.
Weiter ist zu prüfen, ob die vorinstanzliche Ermittlung des Referenzwertes korrekt erfolgte.

5.1 Der von der HSK in ihrem Benchmarking ausgewiesene Benchmark beträgt beim 40. Perzentil CHF 8'756.- (vgl. Beilage 20 zu V-act. 7). In diesem Betrag bereits enthalten sind die normative Teuerung, nicht aber die weiteren Zuschläge (gemäss BVGE 2014/3 Anhang S. 90 sowie E. 8 enthält der Benchmark noch keine Zuschläge, auch nicht für die Teuerung) und die Kosten der nicht-universitären Ausbildung, sofern diese von den Spitälern ausgewiesen wurden.

5.1.1 Betreffend die Kosten der nicht-universitären Ausbildung wird im angefochtenen Beschluss ausgeführt, dem Antrag der Leistungserbringer, die Kosten der nicht-universitären Ausbildung pro Spital separat zuzuschlagen, könne im jetzigen Zeitpunkt nicht gefolgt werden. Der Ausweis

dieser Kosten in den dem Benchmarking zugrunde liegenden Kostenrechnungen der 79 Spitäler sei ungenügend. Mehr als die Hälfte der einbezogenen Spitäler habe die Kosten nicht separat ausgewiesen. Die durchschnittlichen Kosten der Spitäler, die die Kosten für nicht-universitäre Ausbildung separat ausgewiesen hätten, würden CHF 88.- pro Kostengewicht 1.0 betragen; dies decke sich in etwa mit dem Bündner Durchschnitt. Das Gesundheitsamt habe mit den von den HSK-Versicherern gelieferten Daten 2010 einen Benchmark inklusive Kosten für nicht-universitäre Bildung (aber ohne Anlagenutzungskosten) beim 40. Perzentil von CHF 8'782.- berechnet.

5.1.2 Die Beschwerdeführerinnen beanstanden, die Feststellung der Vorinstanz, wonach die durchschnittlichen Kosten für nicht-universitäre Ausbildung CHF 88.- pro Fall betrügen, werde nicht weiter erörtert und lasse sich daher auch nicht nachprüfen. Wenn der Durchschnitt CHF 88.- betrage, bedeute dies, dass einige Spitäler tiefere Kosten hätten, andere höhere. Ein Zuschlag von CHF 88.- pro Fall sei – namentlich mit Blick auf das Effizienzgebot und Art. 59*c* Abs. 1 Bst. a KVV – nicht rechtmässig.

5.1.3 Dass die Kosten der nicht-universitären Ausbildung mit dem Basisfallwert abzugelten sind (vgl. Art. 49 Abs. 3 KVG e contrario; BVGE 2014/3 E. 6.1.1; 2014/36 E. 5.2 und 16.1), ist unbestritten. Die Berücksichtigung dieser Kosten beim Benchmarking beinhaltet eine gewisse Verzerrungsgefahr, sofern die einzelnen Spitäler in sehr unterschiedlichem Umfang Ausbildungsleistungen erbringen (vgl. BVGE 2014/36 E. 5.2; Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK [verabschiedet durch den Vorstand der GDK am 5. Juli 2012] S. 7; im Folgenden: GDK-Empfehlungen). Engagiert sich ein Spital überdurchschnittlich im Bereich der nicht-universitären Ausbildung, fallen höhere Kosten an, die nicht als mangelnde Effizienz zu werten sind. Es ist deshalb nicht grundsätzlich unzulässig, die Kosten der nicht-universitären Ausbildung bei den benchmarking-relevanten Betriebskosten auszuscheiden und mittels spitalindividueller Zuschläge zu vergüten (vgl. auch GDK-Empfehlungen S. 7; BVGE 2014/36 E. 6.8.2; hinten E. 6.1). Verteilen sich die Ausbildungsleistungen hingegen gleichmässig auf die einzelnen Spitäler, ist die Ausscheidung der Ausbildungskosten vor dem Benchmarking grundsätzlich nicht erforderlich. Wesentlich ist (bzw. wäre) allerdings eine einheitliche Handhabung zumindest bei den in das Benchmarking einbezogenen Spitälern (zum Problem der unterschiedli-

chen Benchmarking-Methoden vgl. oben E. 4.2, BVGE 2015/8 E. 4.2.6, 4.3 ff. und 4.4.6).

5.1.4 Die Ausführungen der Vorinstanz betreffend die durchschnittlichen Kosten für nicht-universitäre Ausbildung von CHF 88.- sind missverständlich beziehungsweise nicht nachvollziehbar. Wie diese Durchschnittskosten – für Bündner Spitäler und/oder die Spitäler des HSK-Benchmarkings – ermittelt wurden, lässt sich aufgrund der Akten nicht feststellen. Für die vorinstanzliche Berechnung des Benchmarks inklusive nicht-universitäre Ausbildung sind diese Durchschnittskosten indessen nicht massgebend. Vielmehr hat das Gesundheitsamt offenbar die im HSK-Benchmarking bei 31 Spitälern ausgeschiedenen Kosten für nicht-universitäre Ausbildung wieder hineingerechnet und anschliessend den Benchmark beim 40. Perzentil bestimmt (vgl. V-act. 33). Dieser Wert liegt um CHF 26.- über dem HSK-Benchmark (CHF 8'782.- statt 8'756.-).

5.1.5 Dieses Vorgehen zur Bestimmung des Benchmarks wäre grundsätzlich nicht zu beanstanden, wenn die Vorinstanz ihre Berechnungen transparent und nachvollziehbar dargelegt hätte. Weiter müsste aus den Akten auch ersichtlich sein, welche ergänzenden Daten für die Neuberechnung des Benchmarks (durch das Gesundheitsamt; V-act. 33) von der HSK geliefert wurden, denn das Benchmarking der HSK enthält keine spitalindividuellen Daten, welche eine Aufrechnung der Kosten für nicht-universitäre Ausbildung erlauben würden (vgl. Beilage 20 zu V-act. 8). Ob die der Berechnung zugrunde gelegten Zahlen mit den von HSK erhobenen Daten übereinstimmen, lässt sich nicht überprüfen.

5.2 Der von der Vorinstanz vorgenommene Zuschlag von 10% für die Anlagenutzungskosten entspricht Abs. 4 der Schlussbestimmungen der Änderungen der KVV vom 22. Oktober 2008 (vgl. auch BVGE 2014/36 E. 4.9.5, 2014/3 E. 3.8). Dies wird auch von den Beschwerdeführerinnen anerkannt.

5.3 Bestritten wird hingegen der Zuschlag von 1% für Fallzusammenführungen.

5.3.1 Die Vorinstanz begründet den Zuschlag insbesondere damit, dass gemäss den Regeln von SwissDRG Wiedereintritte innerhalb von 18 Tagen zu einem Fall zusammengeführt würden; früher sei die Grenze bei sieben Tagen gewesen. Die weitergehende Fallzusammenführung führe dazu, dass die Fallzahlen im Jahr 2012 (gegenüber dem Basisjahr

2010) tiefer lägen und sich die durchschnittlichen Fallkosten entsprechend erhöhten. Mangels genauerer Datengrundlagen werde dieser Effekt analog zum Kanton Zürich mit einem Zuschlag von 1% berücksichtigt.

5.3.2 In BVGE 2014/36 (betreffend Zürcher Spitäler) hat das Bundesverwaltungsgericht erwogen, ein Zuschlag könne gerechtfertigt werden, weil bei der Herleitung der benchmarking-relevanten Basiswerte die (höheren) Fallzahlen des Jahres 2010 verwendet worden seien. Das Vorgehen des Zürcher Regierungsrates sei vertretbar, und die mangels genauer Datengrundlagen erfolgte Schätzung des Zuschlagsfaktors liege im sachgerechten Ermessen der Vorinstanz (BVGE 2014/36 E. 18.3.2). Dies hat auch vorliegend zu gelten, weshalb der Zuschlag für Fallzusammenführungen nicht zu beanstanden ist.

5.4 Nicht von den Beschwerdeführerinnen, aber von der Preisüberwachung wird der CMO-Zuschlag (Fallbeitrag an SwissDRG AG) von CHF 6.- beanstandet. Der CMO-Zuschlag betrage unabhängig von der Fallschwere CHF 3.97 pro Fall und sei daher nicht in die Baserate einzurechnen (act. 17 S. 16).

5.4.1 Gemäss Art. 49 Abs. 2 Satz 2 KVG kann zur Finanzierung der Tätigkeiten der SwissDRG AG ein kostendeckender Beitrag pro abgerechnetem Fall erhoben werden. Die Höhe des Fallbeitrages im Sinne von Art. 49 Abs. 2 Satz 2 KVG muss vom Bundesrat genehmigt werden (Art. 59*e* Abs. 1 KVV). Die Finanzierung der Fallbeiträge richtet sich nach Art. 49*a* Abs. 1 und 2 KVG (Art. 59*e* Abs. 3 KVV). Mit Beschluss vom 22. Dezember 2010 hat der Bundesrat den Antrag auf Erhebung eines Fallbeitrages von CHF 3.97 pro abgerechneten stationären akutsomatischen Fall als Höchstbetrag genehmigt. Die Genehmigung wurde bis zum 31. Dezember 2012 befristet (vgl. < www.swissdrg.org > Tarifdokumente > Fallbeitrag [letztmals besucht am 2.6.2015]).

5.4.2 Die Vorinstanz stimmt den Ausführungen der Preisüberwachung betreffend CMO-Zuschlag grundsätzlich zu. Sie macht jedoch geltend, sie habe aus "verfahrensökonomischen Abwicklungsgründen" eine Baserate ohne Zuschläge festgesetzt. In der Summe ergebe sich bei dem von ihr gewählten Vorgehen in etwa das gleiche Resultat wie wenn die Anzahl Fälle mit dem CMO-Zuschlag von CHF 3.97 multipliziert worden wären (act. 26 S. 14).

5.4.3 Dieser Auffassung kann schon deshalb nicht gefolgt werden, weil eine solche Vergleichsrechnung nicht aktenkundig ist. Der Fallbeitrag ist nach dem klaren Wortlaut von Art. 49 Abs. 2 Satz 2 KVG pro *abgerechneten* Fall (und nicht für einen Fall mit Schweregrad 1.0) geschuldet. Weiter gehört der Fallbeitrag nicht zum Spitaltarif im Sinne von Art. 49 Abs. 1 KVG beziehungsweise ist er nicht eine Vergütung für stationäre Behandlung an das Spital, sondern eine Vergütung für die Tarifstrukturentwicklung und -pflege an die SwissDRG AG, die vom Spital lediglich weitergeleitet wird. Es erscheint fraglich, ob die Abwicklung bei Einbezug des Fallbeitrages in die Baserate wesentlich vereinfacht würde.

5.5 Der von der Vorinstanz berechnete Referenzwert erweist sich demnach nicht als bundesrechtskonform.

6.
Weiter ist auf die Frage einzugehen, ob für alle Bündner Spitäler ein Basisfallwert entsprechend dem Referenzwert (sofern rechtskonform berechnet) festzusetzen ist, beziehungsweise welche Abweichungen zulässig sind.

6.1 Gemäss BVGE 2014/36 ist (jedenfalls in einer Übergangsphase, vgl. vorne E. 3.5) bei der Preisgestaltung unter Umständen der spezifischen Situation der Leistungserbringer Rechnung zu tragen, so dass aus Billigkeitsgründen (vgl. Art. 46 Abs. 4 KVG) differenzierte Basisfallwerte verhandelt oder festgesetzt werden müssen. Da das Gesetz die Orientierung an günstigen und effizienten Spitälern gebietet, kann sich eine Preisdifferenzierung nur in begründeten Einzelfällen rechtfertigen. Namentlich wenn von einem gesamtschweizerisch geltenden Referenzwert ausgegangen wird, sind in begründeten Fällen Zu- und Abschläge naheliegend. Der Wortlaut von Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG ("orientieren sich") indiziert, dass die Tarifpartner, die Genehmigungs- und die Festsetzungsbehörde diesbezüglich einen Ermessensspielraum geniessen (BVGE 2014/36 E. 6.8).

6.1.1 Eine Tarifdifferenzierung kann sich beispielsweise rechtfertigen aufgrund regional unterschiedlicher Strukturkosten (Lohn- und Standortkosten; BVGE 2014/36 E. 6.8.1) oder wenn die einzelnen Spitäler in sehr unterschiedlichem Umfang Leistungen im Bereich nicht-universitäre Ausbildung erbringen (vgl. BVGE 2014/36 E. 6.8.2 mit Hinweis; siehe auch oben E. 5.1.2). Zulässig ist sodann eine Differenzierung zwischen Spitälern mit und solchen ohne Notfallstation (BVGE 2014/36 E. 21.4).

6.1.2 Bei der Frage, ob eine Tarifdifferenzierung zur Korrektur tarifstruktur-bedingter Verzerrungen zulässig und geboten ist, sind zwei Grundkonstellationen, die beide die Gefahr einer Fehlallokation der Erlöse beinhalten, zu unterscheiden:

Fehlbewertung: Die Kostengewichte der DRG-Struktur sind falsch bewertet (über- oder unterbewertet), und diese falsch bewerteten DRGs häufen sich bei einzelnen Spitälern einseitig und überproportional (BVGE 2014/36 E. 22.5). Eine solche Fehlbewertung ist primär über die Tarifstruktur zu korrigieren. Die Argumentation, ein Spital erbringe Leistungen, welche aufgrund fehlbewerteter Kostengewichte der Tarifstruktur Swiss-DRG 1.0 nicht ausreichend vergütet würden, ist daher grundsätzlich nicht geeignet, einen höheren Basisfallwert zu rechtfertigen (BVGE 2014/36 E. 22.6; Urteil BVGer C-6392/2014 vom 27. April 2015 E. 4.5).

DRG-interne Fallverteilung: Bei DRGs mit einer breiten Streuung von Fällen (inhomogene DRG) verteilen sich profitable Fälle und defizitäre Fälle derselben DRG nicht gleichmässig auf alle Spitäler, so dass einzelne Spitäler einen überproportionalen Anteil defizitärer Fälle und andere einen überproportionalen Anteil profitabler Fälle versorgen (BVGE 2014/36 E. 22.5). Die Festlegung differenzierter Basisfallwerte als Korrektiv dieses Effekts bildet keinen systemwidrigen Eingriff in die Tarifstruktur (BVGE 2014/36 E 22.7; C-6392/2014 E. 4.5).

6.2 Die negativen Auswirkungen einer ungleichen DRG-internen Fallverteilung treffen insbesondere Spitäler am Ende der Versorgungskette, weil diese die komplexen und (hoch)defizitären Fälle grundsätzlich nicht an einen anderen Leistungserbringer verweisen können ("Endversorger"). Bei den Universitätsspitälern sind es denn auch diese Endversorgerstellung und die damit einhergehenden hochdefizitären Fälle, welche höhere Basisfallwerte (allenfalls) rechtfertigen können (vgl. Urteil BVGer C-2255/2013 vom 24. April 2015 E. 3, 3.4 und 8.2; C-6392/2014 E. 3 und 9.2; Beschluss des Regierungsrates des Kantons Zürich [RRB 278/2013] vom 13. März 2013 S. 18 f.), nicht die Leistungsaufträge im Bereich HSM.

6.2.1 Die Tarifstruktur sieht für spezialisierte und hochspezialisierte Leistungen höhere Kostengewichte vor, was zu entsprechend höheren Vergütungen führt. Für die Leistungen des Kantonsspitals im Bereich HSM kann demnach – entgegen der Ansicht der Vorinstanz – nicht ein generell höherer Basisfallwert festgesetzt werden. Soweit die Vorinstanz den höheren Basisfallwert für HSM-Leistungen mit fehlbewerteten Kostenge-

wichten in der SwissDRG-Tarifstruktur 1.0 (Fehlbewertung, vgl. oben E. 6.1.2) rechtfertigen will, ist festzuhalten, dass ein Eingriff in die Tarifstruktur nicht in den Kompetenzbereich der Kantonsregierung fällt (vgl. BVGE 2013/36 E. 22.6).

6.2.2 Dass die hochdefizitären Fälle nicht ohne weiteres mit HSM-Fällen gleichgesetzt werden können, bestätigt im Übrigen auch das Kantonsspital beziehungsweise der BSH in seiner Beschwerdeantwort. Darin wird namentlich auf die hochdefizitären Fälle im Bereich Kindermedizin hingewiesen, die nicht der HSM zuzuordnen seien (act. 14 Rz. 53 und 55; vgl. zu den Besonderheiten der Kindermedizin C-6392/2014 E. 4).

6.2.3 Weiter ist festzuhalten, dass das Kantonsspital bereits im Festsetzungsverfahren seinen Antrag auf eine höhere Baserate insbesondere mit der Anzahl hochdefizitärer Fälle und der Kinderklinik begründet hat (vgl. Stellungnahme vom 28. März 2013 [V-act. 18]). In der – unzutreffenden – Annahme, es dürften nur aber immerhin für HSM-Leistungen höhere Basisfallwerte festgesetzt werden (vgl. angefochtener Beschluss S. 18), hat die Vorinstanz diese Vorbringen nicht weiter geprüft.

6.3 Spitalindividuelle Besonderheiten können nicht nur eine Abweichung vom Referenzwert nach oben, sondern auch nach unten gebieten (vgl. oben E. 6.1; BVGE 2014/36 E. 6.8).

6.3.1 Im Rahmen der zweiten Anhörung hatte das Gesundheitsamt noch eine Differenzierung zwischen den vier "Kleinstspitälern" (Bregaglia, Val Müstair, Surses und Hochgebirgsklinik) und den übrigen Spitäler in Aussicht gestellt. Für die vier Kleinstspitäler sollte die Baserate – entsprechend den vertraglichen Vereinbarungen mit den HSK-Versicherern sowie der Empfehlung der Preisüberwachung – wie folgt festgesetzt werden: Bregaglia CHF 8'898.-, Val Müstair CHF 8'885.-, Surses CHF 8'886.-, Hochgebirgsklinik CHF 8'889.- (V-act. 32 S. 5). Für die Klinik Gut wurde eine um CHF 200.- tiefere Baserate vorgesehen, weil die Klinik nicht über eine 24-Stunden-Notfallaufnahmestation verfüge (vgl. C-5849/2013).

6.3.2 Die tiefere Baserate für Kleinstspitäler rechtfertigte das Gesundheitsamt damit, dass diese aufgrund der geringen Fallzahlen grosse Schwankungen der Fallkosten aufwiesen und nur einen minimalen Leistungsauftrag (nur medizinische Grundversorgung, keine Chirurgie, Anästhesie und Geburtshilfe) hätten (V-act. 32 S. 5). Dagegen hatte das Spital Surses eingewendet, es gehöre nicht in die vom Gesundheitsamt defi-

nierte Kategorie der Kleinstspitäler. Insbesondere betreibe es eine chirurgische Abteilung und beschäftige einen Anästhesiearzt; zudem sei das Argument des unterschiedlichen Leistungsauftrages nicht nachvollziehbar, weil diese Unterschiede mit der Tarifstruktur ausgeglichen würden (V-act. 13). Die drei übrigen Kleinstspitäler erhoben keine Einwände (vgl. V-act. 17 und V-act. 23). Dem angefochtenen Beschluss lässt sich – ausser dem Hinweis, dass grundsätzlich für alle Spitäler die gleiche Baserate festzusetzen sei – nicht entnehmen, weshalb die Regierung schliesslich auf eine Differenzierung verzichtete und für die Kleinstspitäler ebenfalls einen Basisfallwert von CHF 9'754.- (mithin über CHF 850.- höher als zuvor in Aussicht gestellt) festsetzte.

6.3.3 Aufgrund seiner Berechnung der schweregradbereinigten Fallkosten der einzelnen Spitäler hatte das Gesundheitsamt zunächst nicht nur für die Kleinstspitäler erheblich tiefere Basisfallwerte vorgesehen (vgl. V-act. 29). Zwar beruhte diese Berechnung soweit ersichtlich primär auf den Daten gemäss integriertem Tarifmodell Kostenträgerrechnung (ITAR_K) Version 0.3 (nicht auf der für die Tarifermittlung 2012 entwickelten ITAR_K-Version 1.0; vgl. V-act. 35 ff., V-act. 16 S. 3 f. und V-act. 31) und einzelne Spitäler machten geltend, die Fallkosten würden bei richtiger Berechnung höher liegen (act. 14 S. 20). Dennoch ist festzustellen, dass zwischen den vom Gesundheitsamt kalkulierten schweregradbereinigten Fallkosten einzelner Spitäler (bspw. Thusis, Unterengadin, Surses und Klinik Gut) und dem als Benchmark gesetzten Wert eine erhebliche Differenz besteht (vgl. auch die Übersicht im angefochtenen Beschluss S. 5).

6.3.4 Allein aus dem Umstand, dass ein Spital im Verhältnis zur Norm tiefere Kosten ausweist, kann – wie beim Ausweis von höheren Kosten (vgl. BVGE 2014/36 E. 22.7.2) – noch nicht auf eine Korrekturnotwendigkeit geschlossen werden. Wie das Bundesverwaltungsgericht in BVGE 2014/3 erkannt hat, ist ein Basisfallwert, der bei einem effizienteren Spital (dessen schweregradbereinigte Fallkosten unterhalb des Benchmarks liegen) mehr als die tarifrelevanten Kosten deckt, nicht KVG-widrig (BVGE 2014/3 E. 2.9.5). Zulässig sind aber auch nach der revidierten Spitalfinanzierung nur Effizienzgewinne, ansonsten der Grundsatz der qualitativ hoch stehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten (Art. 43 Abs. 6 KVG) nicht eingehalten würde (BVGE 2014/3 E. 2.9.4.4). Angesichts der Tatsache, dass das Gesundheitsamt bei verschiedenen Spitälern (die alle nicht am Ende der Versorgungskette stehen) im Vergleich zum Benchmark erheblich tiefere schweregradbereinigte Fallkosten ermittelt hat und einzelne Spitäler mit

den HSK-Versicherern vertraglich einen wesentlich tieferen Basisfallwert als CHF 9'754.- vereinbart haben, bestand jedenfalls Anlass, näher zu untersuchen, ob es sich vorliegend tatsächlich um Effizienzgewinne handelt. Soweit die geringeren Kosten aus einem überproportionalen Anteil profitabler Fälle beziehungsweise einem vergleichsweise geringen Anteil defizitärer Fälle resultieren, handelt es sich nicht um Effizienzgewinne. Die Vorinstanz wird daher noch zu klären haben, ob ein Effekt DRG-interner Fallverteilung (oben E. 6.1.2) vorliegt, der eine Differenzierung der Basisfallwerte erfordert.

6.4 Nach dem Gesagten kann vorliegend nicht ausgeschlossen werden, dass aus Billigkeitsgründen differenzierte Basisfallwerte festzusetzen gewesen wären. Diesbezüglich erweist sich der Sachverhalt jedoch als unzureichend abgeklärt.

7.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Vorgehen der Vorinstanz, den Referenzwert, an dem sich der festzulegende Basisfallwert zu orientieren hat, aufgrund eines nationalen Benchmarkings zu bestimmen, sachgerecht ist. Mit Blick auf die im Zeitpunkt des Festsetzungsbeschlusses verfügbaren Entscheidgrundlagen, war es grundsätzlich nicht unzulässig, auf ein bestehendes und von der Kantonsregierung als KVG-konform erachtetes Benchmarking abzustellen. Allerdings wären die Benchmarkings der verschiedenen Akteure zu evaluieren gewesen (vgl. auch oben E. 3.7 und 4.1). Weiter muss der gestützt auf ein Benchmarking bestimmte Referenzwert nicht nur gesetzeskonform ermittelt, sondern auch für die Parteien nachvollziehbar dargelegt werden (oben E. 5). Sodann hätte die Kantonsregierung vorliegend prüfen müssen, ob spitalindividuelle Besonderheiten Anlass zu einer differenzierenden Tariffestsetzung geben (E. 6). Der angefochtene Beschluss kann daher nicht geschützt werden.

7.1 Die Voraussetzungen für ein reformatorisches Urteil sind vorliegend nicht gegeben, insbesondere weil im Tariffestsetzungsverfahren verschiedene Ermessensfragen zu entscheiden sind, wofür in erster Linie die Kantonsregierung und nicht das angerufene Gericht zuständig ist (C-3497/2013 E. 3.8.4 m.w.H.; BVGE 2014/3 E. 10.4). Sodann sind ergänzende Sachverhaltsabklärungen im Beschwerdeverfahren – mit dem Ziel, ein reformatorisches Urteil zu fällen – nur in besonderen Fällen angezeigt (BVGE 2014/3 E. 1.5.4, 2014/36 E. 1.5.3). Zudem ist zu berücksichtigen, dass das Bundesverwaltungsgericht als einzige Gerichtsinstanz urteilt

(vgl. nachfolgend E. 9) und die Parteien daher gegen den Festsetzungsbeschluss kein Rechtsmittel ergreifen könnten, was mit Blick auf die Art. 29*a* BV verankerte Rechtsweggarantie problematisch erschiene.

7.2 Demnach ist die Beschwerde im Eventualantrag gutzuheissen. Abzuweisen ist hingegen der Hauptantrag der Beschwerdeführerinnen. Der angefochtene Beschluss ist aufzuheben und die Sache ist zur Neubeurteilung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen.

8.
Zu befinden ist abschliessend über die Verfahrenskosten und allfällige Parteientschädigungen.

8.1 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Unterliegt diese nur teilweise, so werden die Verfahrenskosten ermässigt (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Den Vorinstanzen werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Die Spruchgebühr richtet sich nach Umfang und Schwierigkeit der Streitsache, Art der Prozessführung und finanzieller Lage der Parteien (vgl. Art. 63 Abs. 4bis VwVG; zur Qualifikation als vermögensrechtliche Streitigkeit vgl. BVGE 2010/14 E. 8.1.3). Das für die Kostenverteilung massgebende Ausmass des Unterliegens ist aufgrund der gestellten Rechtsbegehren zu beurteilen (MICHAEL BEUSCH, in: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren [VwVG], 2008, Rz. 13 zu Art. 63). Dabei ist auf das materiell wirklich Gewollte abzustellen (MOSER ET AL., Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2. Aufl. 2013, Rz. 4.43).

8.1.1 Die Beschwerdeführerinnen obsiegen insoweit, als sie die Aufhebung des angefochtenen Beschlusses und Rückweisung an die Vorinstanz beantragen; sie unterliegen mit ihrem Hauptantrag betreffend Festsetzung der Basisfallwerte für die einzelnen Spitäler (vgl. Sachverhalt Bst. C). Die Beschwerdegegner 1-10 und die Beschwerdegegnerin 11 unterliegen mit ihrem Antrag auf vollumfängliche Abweisung der Beschwerde. Die Rückweisung an die Vorinstanz ist vorliegend als je hälftiges Obsiegen beziehungsweise Unterliegen zu betrachten.

8.1.2 Die Verfahrenskosten werden vorliegend auf CHF 8'000.- festgelegt. Der von den Beschwerdeführerinnen zu leistende Anteil von CHF 4'000.- wird dem Kostenvorschuss (CHF 8'000.-) entnommen. Der darüber hinausgehende Betrag von CHF 4'000.- wird ihnen zurückerstattet. Den Be-

schwerdegegnern 1-10 werden Verfahrenskosten von CHF 3'500.- (in solidarischer Haftung), der Beschwerdegegnerin 11 Verfahrenskosten von CHF 500.- auferlegt.

8.2 Gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG hat die obsiegende Partei Anspruch auf eine Parteientschädigung für die ihr erwachsenen notwendigen und verhältnismässig hohen Kosten (vgl. auch Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Obsiegt die Partei nur teilweise, so ist die Parteientschädigung entsprechend zu kürzen (Art. 7 Abs. 2 VGKE). Die Entschädigung wird der Körperschaft oder autonomen Anstalt auferlegt, in deren Namen die Vorinstanz verfügt hat, soweit sie nicht einer unterliegenden Gegenpartei auferlegt werden kann (Art. 64 Abs. 2 VwVG).

Vorliegend sind die Beschwerdeführerinnen und die Beschwerdegegner als im gleichen Umfang obsiegend beziehungsweise unterliegend zu betrachten, weshalb die Parteientschädigungen wettgeschlagen werden können.

9.
Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht gegen Entscheide auf dem Gebiet der Krankenversicherung, die das Bundesverwaltungsgericht gestützt auf Art. 33 Bst. i VGG in Verbindung mit Art. 53 Abs. 1 KVG getroffen hat, ist gemäss Art. 83 Bst. r des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (BGG, SR 173.110) unzulässig. Das vorliegende Urteil ist somit endgültig.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.
Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass der angefochtene Beschluss aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit sie im Sinne der Erwägungen die Basisfallwerte neu festsetze.

2.
Die Verfahrenskosten von CHF 8'000.- werden je zur Hälfte den Beschwerdeführerinnen und den Beschwerdegegnern auferlegt.

Der von den Beschwerdeführerinnen zu leistende Anteil von CHF 4'000.- wird dem Kostenvorschuss (CHF 8'000.-) entnommen. Der darüber hinausgehende Betrag von CHF 4'000.- wird ihnen zurückerstattet.

Die Beschwerdegegner werden verpflichtet, innert 30 Tagen nach Zustellung des vorliegenden Urteils folgenden Betrag zugunsten der Gerichtskasse zu überweisen:

- Beschwerdegegner 1-10 CHF 3'500.- (in solidarischer Haftung)
- Beschwerdegegnerin 11 CHF 500.-

3.
Die Parteientschädigungen werden wettgeschlagen.

4.
Dieses Urteil geht an:

- die Beschwerdeführerinnen (Gerichtsurkunde; Beilage: Auszahlungsformular)
- die Beschwerdegegner 1-10 (Gerichtsurkunde; Beilage: Einzahlungsschein)
- die Beschwerdegegnerin 11 (Gerichtsurkunde; Beilage: Einzahlungsschein)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. RRB 858; Gerichtsurkunde)
- das Bundesamt für Gesundheit (Einschreiben)
- die Preisüberwachung (Kopie zur Kenntnis)

Der vorsitzende Richter:	Die Gerichtsschreiberin:
Michael Peterli	Susanne Fankhauser

Versand: