Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal

Abteilung III
C-3705/2012

Urteil vom 8. Juli 2014

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),
Richter Michael Peterli, Richter Daniel Stufetti,
Gerichtsschreiber Daniel Golta.

Parteien

1. **santésuisse Die Schweizer Krankenversicherer,**

2.-49. **48 Krankenversicherer**
2 - 49 vertreten durch santésuisse Die Schweizer Krankenversicherer,
diese wiederum vertreten durch tarifsuisse ag,

50. **SUPRA Caisse maladie,**
vertreten durch tarifsuisse ag,

alle wiederum vertreten durch Dr. iur. Vincent Augustin, Advokat,

Beschwerdeführerinnen,

gegen

1. **Kantonale psychiatrische Einrichtungen,**
2. **E._____,**
3. **H._____,**
4. **Spital I._____,**

Beschwerdegegnerinnen,

Regierungsrat des Kantons B._____,
Vorinstanz.

Gegenstand

Festsetzung Tarife für ambulante Leistungen in den Tages- und Nachtkliniken Psychiatrie; Beschluss des Regierungsrates des Kantons B._____ vom 6. Juni 2012 (Nr. [...]).

Sachverhalt:

A.
Die Abgeltung der ambulanten und teilstationären Leistungen der psychiatrischen Tages- und Nachtkliniken im Kanton B._____ im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (im Folgenden: OKP) erfolgte bis 31. Dezember 2009 gestützt auf den Ambulatoriumsvertrag Psychiatrie vom 22. Januar 2007 (im Folgenden: Ambulatoriumsvertrag Psychiatrie 2007, Akten der Vorinstanz [Vorakten] 4f; vgl. Beschlüsse des Regierungsrats des Kantons B._____ Nr. [...] vom 10. Februar 2010 S. 1 und Nr. [...] vom 6. Juni 2012 S. 1; Beschwerde vom 12. Juli 2012, Akten des Beschwerdeverfahrens [B-act.] 1 S. 4).

B.

B.a Mit Begehren vom 21. Dezember 2009 (übermittelt mit Begleitschreiben vom 22. Dezember 2009) wandten sich die kantonalen psychiatrischen Einrichtungen, die E._____, die H._____ und das Spital I._____ (im Folgenden gemeinsam: Leistungserbringerinnen bzw. [Tages-]Kliniken bzw. Beschwerdegegnerinnen) an den Regierungsrat des Kantons B._____ (im Folgenden: Regierungsrat bzw. Vorinstanz) und stellten die folgenden Anträge (Vorakte 1a; im Folgenden: Festsetzungsbegehren):

1. Die Krankenversicherungstarife für ambulante Leistungen in den Tages- und Nachtkliniken der kantonalen und staatsbeitragsberechtigten psychiatrischen Einrichtungen im Kanton B._____ seien gestützt auf Art. 47 Abs. 1 KVG unter Beibehaltung der bisher geltenden Vertragsmodalitäten gemäss Ambulatoriumsvertrag Psychiatrie vom 22. Januar 2007 mit Wirkung ab 1. Januar 2010 wie folgt festzusetzen:

   - für die Tagesklinik J._____ Fr. 636 pro Tag
   - für die übrigen Tageskliniken Fr. 244 pro halber Tag
     sowie Fr. 348 pro ganzer Tag
   - für die Nachtklinik Fr. 314 pro Tag

2. Sollten die Versicherer mit der Weiterführung der bisherigen Vertragsmodalitäten (tiers payant, elektronische Rechnungsstellung, usw.) nicht einverstanden sein, seien die vorstehend beantragten Tarife um 10 % zu erhöhen bzw. wie folgt festzusetzen:

   - für die Tagesklinik J._____ Fr. 700 pro Tag

- für die übrigen Tageskliniken Fr. 268 pro halber Tag
  sowie Fr. 383 pro ganzer Tag
- für die Nachtklinik Fr. 345 pro Tag

3. [Antrag betreffend provisorische Festsetzung eines Tarifs für die Dauer des Festsetzungsbegehrens]

B.b Mit Stellungnahme vom 15. Januar 2010 (Vorakte 3) postulierte santésuisse Die Schweizer Krankenversicherer (im Folgenden: santésuisse bzw. Beschwerdeführerin 1), dass jede Voraussetzung für eine Tariffestsetzung durch den Regierungsrat fehle, wozu sie noch detailliert Stellung nehmen werde. Mit Eingabe vom 29. Januar 2010 (Vorakte 4a) beantragte santésuisse in erster Linie, die Anträge im Festsetzungsbegehren der Leistungserbringerinnen seien abzuweisen bzw. es sei darauf nicht einzutreten. Sie führte unter anderem aus, dass ein detailliertes Mengengerüst mit Kostenangaben fehle, welches insbesondere eine Beurteilung der OKP-Pflichtigkeit der diversen Leistungen erlaube. Die Leistungserbringerinnen hätten bisher nicht einmal vereinfachte Therapiepläne vorgelegt.

B.c Mit Beschluss Nr. [...] (Taxen der Tages-/Nachtkliniken Psychiatrie; vorsorgliche Massnahmen) vom 10. Februar 2010 (Beilage 5c zur Vernehmlassung der Vorinstanz [B-act. 14]) verfügte der Regierungsrat im Sinne einer vorsorglichen Massnahme, dass der Ambulatoriumsvertrag Psychiatrie 2007 für die Dauer des Festsetzungsverfahrens betreffend Leistungen der Tages- und Nachkliniken samt Vertragsmodalitäten provisorisch weiter gelte.

B.d In ihrer Stellungnahme vom 6. Mai 2010 (Vorakte 8) machte santésuisse unter anderem geltend, dass den vorliegenden Akten nicht entnommen werden könne, inwieweit die von den Kliniken in den Tages- und Nachtstrukturen erbrachten Leistungen OKP-Pflichtleistungen oder Nichtpflichtleistungen seien. Auf den Internetseiten der öffentlichen und subventionsberechtigten psychiatrischen Kliniken des Kantons B._____ fänden sich diesbezüglich folgende Beispiele, welche innerhalb der Programme angeboten würden: geschütztes Arbeiten, Kreativtätigkeiten, Soziales (z.B. gemeinsames Einkaufen und Verkehrstraining), Berufs- und Sozialberatung und Alternativmedizin (Aroma-, Lichttherapie, etc.). Diese Auflistung von Nichtpflichtleistungen erachte santésuisse als nicht abschliessend. Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10), insbesondere in Art. 35 ff., die Verord-

nung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) und die Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV, SR 832.112.31) enthielten für ambulante Leistungen einen relativ genau umschriebenen Leistungskatalog mit entsprechender Zuordnung der Leistungen zu den einzelnen Leistungserbringern und zu den einzelnen Leistungen generell.

B.e In ihrer weiteren Eingabe vom 2. März 2011 beantragte santésuisse hauptsächlich, dass auf die Anträge der Leistungserbringerinnen betreffend Festsetzung eines pauschalen Tarifs für Tages- und Nachtkliniken nicht einzutreten sei (Vorakte 11).

B.f Am 10. Mai 2011 nahmen die Kliniken Stellung zu den Eingaben von santésuisse und beantragten die Sistierung des Tariffestsetzungsverfahrens zur Aufnahme neuer Tarifverhandlungen (Vorakte 13). Eventualiter seien die Tarife in der am 22. Dezember 2009 beantragten Höhe festzusetzen. Die Kliniken führten aus, dass die von den Tages- und Nachtkliniken erbrachten Leistungen ihres Erachtens im Wesentlichen zu den OKP-Pflichtleistungen gehörten, begründeten ihren Sistierungsantrag allerdings insbesondere damit, dass geklärt werden müsse, inwiefern gestützt auf den Leistungsauftrag des Kantons Leistungen zu erbringen seien, die durch die OKP nicht oder nicht vollständig vergütet würden, und inwiefern der Kanton B._____ sich an der Finanzierung der Behandlungsprogramme beteilige.

B.g Am 30. Juni 2011 ersuchte die Vorinstanz die Eidgenössische Preisüberwachung (PUE; im Folgenden auch: Preisüberwachung) um Stellungnahme, wobei sie ausführte, dass nicht auszuschliessen sei, dass von den Tages- und Nachtkliniken vereinzelt auch Leistungen erbracht würden, die nicht OKP-pflichtig seien (Vorakte 16 S. 12).

B.h Mit Stellungnahme vom 23. September 2011 empfahl die Preisüberwachung für die Vergütung der ambulanten Leistungen in den Tages- und Nachtkliniken des Kantons B._____ ab dem Jahr 2010 höchstens die bis Ende 2009 gültigen Tarife zu Lasten der sozialen Krankenversicherung festzusetzen (Vorakte 18). Die Preisüberwachung führte unter anderem aus, dass sie keine Beschreibung der tatsächlichen Leistungen, die von den Tageskliniken erbracht würden, erhalten habe, und unklar bleibe, ob die beantragten und kalkulierten Tarife nicht auch Leistungen enthielten, die gar nicht OKP-pflichtig seien, gerade auch weil im betroffenen

Leistungsbereich Betreuungsleistungen, die nicht OKP-pflichtig seien, oft mit OKP-Pflichtleistungen verwechseln würden. Deshalb seien eine klare Definition der Leistungen und eine klare Abgrenzung zwischen OKP-Pflichtleistungen und Nichtpflichtleistungen nötig.

B.i Mit Stellungnahme vom 4. November 2011 (Vorakte 21) erklärten die Leistungserbringerinnen unter anderem, dass sie nicht ausschlössen, dass in den Tageskliniken zum Teil Leistungen erbracht würden, die durch die OKP nicht oder nicht vollständig vergüten werden müssten. Sie könnten jedoch nicht akzeptieren, dass den Kliniken Vergütungen für ihre Leistungen zugemutet würden, die eindeutig nicht kostendeckend seien. Sollten Tarife unterhalb der ausgewiesenen Kosten festgelegt werden, weil Zweifel bestünden, ob diese Kosten nur OKP-Leistungen beträfen, dann habe der Kanton dafür zu sorgen, dass diese Kosten anderweitig finanziert würden.

B.j In ihrer Stellungnahme vom 10. November 2011 (Vorakte 22) führte santésuisse insbesondere aus, dass die Tages- und Nachtkliniken viele nicht OKP-pflichtige Leistungen erbrächten. Es liege in der Natur der Sache, dass in den ambulanten, tagesklinischen Angeboten der Psychiatrie viele gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten seien. Diese seien aber vom Kanton zu finanzieren, nicht von der OKP.

B.k Am 6. Juni 2012 erliess der Regierungsrat den Beschluss Nr. [...] (im Folgenden: angefochtener Regierungsratsbeschluss bzw. RRB; B-act. 1 Beilage 1) und verfügte Folgendes:

I. Die Tarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die grundversicherten Kantonseinwohnerinnen und Kantonseinwohner für Behandlungen in den auf der Spitalliste des Kantons B._____ 2012 Psychiatrie aufgeführten psychiatrischen Tages- und Nachtkliniken mit Standort im Kanton B._____ werden – mit Ausnahme derjenigen Versicherer, die für diese Behandlung mit den Leistungserbringern eine Vereinbarung geschlossen haben – mit Wirkung ab 1. Januar 2010 mit den nachfolgenden Tages- bzw. Nachtpauschalen pro Patientin bzw. pro Patient festgesetzt:

	Tarif ganzer Tag in CHF	Tarif halber Tag in CHF	Tarif Nachtklinik in CHF
Psychiatrische Tages- und Nachtklinik für	279	195	261

Erwachsene			
Psychiatrische Tages- und Nachtklinik für Kinder und Jugendliche	324	227	

II. Für die Tarife gemäss Dispositiv I werden die bisherigen Modalitäten des Ambulatoriumsvertrags Psychiatrie 2007 (tiers payant, Rechnungsstellung Versicherer, Zahlungsfrist usw.) für anwendbar erklärt.

III. Die berechtigten Leistungserbringer können rückwirkend ab dem 1. Januar 2010 die Differenz zwischen den mit RRB Nr. [...] angeordneten vorsorglichen Massnahmen und den festgesetzten Tarifen nach Dispositiv I nachfordern.

IV. [Rechtsmittelbelehrung]

V. Die mit RRB Nr. [...] angeordneten vorsorglichen Massnahmen bleiben für die Dauer der Rechtsmittelfrist und eines sich allenfalls daran anschliessenden Rechtsmittelverfahrens in Kraft.

VI. Dispositiv I bis V werden im Amtsblatt veröffentlicht.

VII. [Mitteilung und Adressaten derselben]

C.

C.a Gegen den RRB Nr. […] erhoben santésuisse, 48 Krankenversicherer ("Gruppierung tarifsuisse ag") und die SUPRA (im Folgenden gemeinsam: Beschwerdeführerinnen) am 12. Juli 2012 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht und stellten die folgenden Anträge:

1. Der angefochtene Beschluss des Regierungsrates des Kantons B._____ vom 06.06.2012 (Protokoll Nr. […]) sei ersatzlos aufzuheben, eventualiter aufzuheben und die Rechtssache an die Vorinstanz zu neuer Entscheidung zurückzuverweisen;

2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen gemäss Gesetz.

Sie machten unter anderem geltend, dass das vom festgesetzten Tarif umfasste Leistungsbündel unzulässigerweise auch in bedeutendem Umfang nicht OKP-pflichtige Leistungen beinhalte.

C.b Am 24. Juli 2012 leisteten die Beschwerdeführerinnen den ihnen auferlegten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 4'000.- (vgl. B-act. 2-4).

C.c Am 6. August 2012 ersuchte das Bundesverwaltungsgericht die Vorinstanz, eine Vernehmlassung unter Beilage der gesamten Akten einzureichen, und lud die Kliniken ein, eine Beschwerdeantwort einzureichen, je innert 30 Tagen seit Erhalt der Verfügung (B-act. 6).

C.d Mit Vernehmlassung vom 6. September 2012 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdeführerinnen (B-act. 14). Zugleich reichte sie diverse Unterlagen (nachfolgend: Vernehmlassungsbeilagen 1-5i [gemäss Beilagenverzeichnis auf S. 18 der Vernehmlassung]) sowie die Vorakten (als Beilage 6 [gemäss separatem Beilagenverzeichnis auf S. 19 f. der Vernehmlassung]) ein. Sie führte unter anderem einerseits aus, dass es sich bei sämtlichen mit dem festgesetzten Tarif abgegoltenen Leistungen um OKP-Pflichtleistungen handle, postulierte andererseits, dass auch Leistungen erbracht würden, die vom Kanton durch Subventionen finanziert würden (v.a. S. 9 ff.).

Die Beschwerdegegnerinnen reichten innert Frist keine Beschwerdeantwort ein (vgl. B-act. 6-10).

C.e Vom Bundesverwaltungsgericht dazu aufgefordert, nahm die Preisüberwachung am 25. Oktober 2012 Stellung und hielt an ihrer Empfehlung vom 23. September 2011 fest (B-act. 16).

C.f Auf Ersuchen des Bundesverwaltungsgerichts nahm das Bundesamt für Gesundheit (BAG) am 30. November 2011 Stellung und erklärte, dass seiner Ansicht nach die Beschwerde teilweise gutzuheissen und im Sinne seiner Ausführungen an die Vorinstanz zur Neubeurteilung zurückzuweisen sei (B-act. 18). Es führte dabei unter anderem aus, dass psychiatrische und weitere an psychiatrischen Patienten erbrachte Leistungen (nur) soweit von der OKP zu vergüten seien, als sie im Rahmen des KVG anerkannt und ausserdem wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich seien. Vorliegend seien keine ausreichenden Informationen betreffend den Anteil der von den Kliniken erbrachten OKP-Nichtpflichtleistungen vorhanden (S. 5, 9 ff.).

C.g Mit Verfügung vom 6. Dezember 2012 lud das Bundesverwaltungsgericht die Verfahrensbeteiligten ein, bis zum 7. Januar 2013 ihre Schlussbemerkungen einzureichen (B-act. 19).

C.h In ihren jeweiligen Schlussbemerkungen vom 7. Januar 2013 hielten die Beschwerdeführerinnen an ihren Anträgen fest (B-act. 22), während die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde beantragte, soweit darauf einzutreten sei (B-act. 23). Die Beschwerdegegnerinnen liessen sich innert Frist nicht vernehmen.

C.i Am 1. Februar 2013 schloss das Bundesverwaltungsgericht den Schriftenwechsel (B-act. 24).

D.
Auf die weiteren Vorbringen der Parteien und auf die eingereichten Akten wird – soweit erforderlich – im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.
Nach Art. 53 Abs. 1 KVG kann gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 47 KVG beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden (vgl. auch Art. 90*a* Abs. 2 KVG). Da der Regierungsrat mit dem angefochtenen Beschluss gestützt auf Art. 47 KVG einen Tarif zwischen Leistungserbringern und Versicherern festgesetzt hat, ist das Bundesverwaltungsgericht für die Behandlung der gegen diesen Beschluss erhobenen Beschwerde zuständig. Das Verfahren richtet sich gemäss Art. 37 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) und Art. 53 Abs. 2 Satz 1 KVG grundsätzlich nach dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021). Neue Tatsachen und Beweismittel dürfen allerdings nur so weit vorgebracht werden, als erst der angefochtene Beschluss dazu Anlass gibt. Neue Begehren sind unzulässig (Art. 53 Abs. 2 Bst. a KVG).

2.

2.1 Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen, ob die Beschwerdelegitimation gegeben und auf eine Beschwerde einzutreten ist. Santésuisse, die am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen hat, ist zur Beschwerde legitimiert. Da die Beschwerde frist- und formgerecht eingereicht und der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet worden ist, ist auf

die Beschwerde von santésuisse einzutreten (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6460/2011 vom 24. Juni 2014 E. 2.1-2.3 m.w.H.).

2.2 Da santésuisse am vorinstanzlichen Verfahren nur in eigenem Namen teilnahm (und nicht [auch] im Namen ihrer Mitglieder) und nicht ersichtlich ist, dass die SUPRA Assurance Maladie (Beschwerdeführerin 50) am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen hätte, ist auf die Beschwerden der Beschwerdeführerinnen 2-50 mangels formeller Beschwer nicht einzutreten (vgl. Urteil C-6460/2011 E. 2.4 m.w.H.).

2.3 Die rubrizierten Tageskliniken sind – mit allfälligen Kosten- und Entschädigungsfolgen – als Parteien (Beschwerdegegnerinnen) im Sinne von Art. 48 VwVG i.V.m. Art. 6 VwVG zu behandeln (vgl. analog Urteil C-6460/2011 E. 2.5 m.w.H.).

2.4 Entgegen dem Dafürhalten der Vorinstanz ist der Einbezug von PUE und BAG in das vorliegende Beschwerdeverfahren zulässig (vgl. Urteil C-6460/2011 E. 2.6 m.w.H.).

3.

3.1 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).

3.2 In materiellrechtlicher Hinsicht sind intertemporalrechtlich vorliegend die am 1. Januar 2010 (Zeitpunkt, ab welchem der umstrittene Tarif Geltung haben soll) in Kraft stehenden materiellen Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen massgebend, auf welche im Folgenden – soweit nicht anders vermerkt – Bezug genommen wird (vgl. Urteil C-6460/2011 E. 3.2 m.w.H.).

4.

4.1 Umstritten ist vorliegend der Tarif, zu welchem die Beschwerdegegnerinnen die im angefochtenen RRB (Dispositiv Ziff. I.) als "Behandlungen in den […] psychiatrischen Tages- und Nachtkliniken" bezeichneten Leistungen zu Lasten der OKP abrechnen können. Zunächst sind nachfolgend die diesbezüglich einschlägige Gesetzgebung und Rechtsprechung darzulegen (E. 4.2 ff.).

4.2 Vorweg ist festzuhalten, dass unbestritten ist, dass das OKP-Recht die eigenständige Leistungskategorie der "teilstationär" erbrachten Leistungen bzw. des Aufenthalts in einer "teilstationären Einrichtung" und die eigenständige Leistungserbringerkategorie "Einrichtungen, die der teilstationären Krankenpflege dienen" nur bis zum 31. Dezember 2008 kannte. Als teilstationär galt eine Behandlung, wenn der Aufenthalt in einer Einrichtung der teilstationären Krankenpflege weniger als 24 ununterbrochene Stunden dauerte. Darunter fielen namentlich auch Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken (vgl. Art. 25 Abs. 2 Bst. a und f KVG, Art. 35 Abs. 2 Bst. i KVG, Art. 39 Abs. 2 KVG, Art. 49 Abs. 5 KVG sowie Art. 4 der Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung [VKL; SR 832.104], je in der bis 31. Dezember 2008 geltenden Fassung). Mit Wirkung ab 1. Januar 2009 wurden die eigenständigen Kategorien der teilstationären Leistungen bzw. der der teilstationären Krankenpflege dienenden Einrichtungen aber aufgehoben, weil es in der Praxis nicht gelungen war, dem Begriff der teilstationären Leistungen klare Konturen zu geben. Einerseits existierten nur wenige Einrichtungen, die ausschliesslich der teilstationären Krankenpflege dienten. Andererseits wurden diejenigen teilstationären Leistungen, welche durch Spitäler erbracht wurden, in der überwiegenden Mehrheit als ambulante Leistungen abgerechnet; die Vereinbarung von Pauschalen für teilstationäre Behandlungen bildete die Ausnahme (vgl. BBl 2004 5551, 5567, 5573 f.).

Seit dem 1. Januar 2009 gelten als stationäre Behandlung nach Art. 49 Abs. 1 KVG insbesondere Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital oder im Geburtshaus: a) von mindestens 24 Stunden; b) von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird. Als ambulante Behandlung nach Art. 49 Abs. 6 KVG gelten alle Behandlungen, die nicht stationäre Behandlungen sind. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken gelten ebenfalls als ambulante Behandlung (vgl. Art. 3 und 5 VKL, je in den seit 1. Januar 2009 geltenden Fassungen; vgl. zum Ganzen GEBHARD EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, Zürich/Basel/Genf 2010 [im Folgenden: KVG-Kommentar], Art. 25 Rz. 10 f., Art. 35 Rz. 9, Art 39 Rz. 46 f., Art. 49 Rz. 26, je m.w.H.).

Vorliegend ist unbestritten, dass die vom umstrittenen Tarif erfassten Leistungen, die von den Tages- und Nachtkliniken erbracht werden, *soweit es sich dabei um OKP-Pflichtleistungen handelt*, ambulante Leistungen (im Sinne von Art. 5 VKL) darstellen.

4.3

4.3.1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung als Hauptbestandteil der sozialen Krankenversicherung übernimmt (nur) die Kosten für die Leistungen gemäss den Artikeln 25–31 KVG nach Massgabe der in den Artikeln 32–34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Dabei setzt das KVG nur den Leistungsrahmen und überträgt die Detailgestaltung dem Verordnungsgeber, der je nach Regelungsbereich entweder Pflicht- oder Nichtpflichtleistungen zu bezeichnen hat. Er kann die von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden (sogenannte Negativliste). Er bezeichnet die nicht von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen nach Artikel 25 Absatz 2 sowie die Leistungen nach den Artikeln 26, 29 Absatz 2 Buchstaben a und c und 31 Absatz 1 näher (sogenannte [abschliessende] Positivliste). Er bestimmt, in welchem Umfang die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten einer neuen oder umstrittenen Leistung übernimmt, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befindet ([abschliessende] Positivliste). Das Departement hat dieses Listenprinzip mit dem Erlass der KLV umgesetzt, die einer beschränkten richterlichen Überprüfungsbefugnis unterliegt, welche dem Departement einen weiten Gestaltungsspielraum vorzubehalten hat. Das Listenprinzip bezweckt, Pflicht- und Nichtpflichtleistungen zwingend und so exakt wie möglich festzulegen. Der aus der Umsetzung des Listenprinzips resultierende gesetzliche Leistungskatalog ist verbindlich und erschöpfend, gleichzeitig auch begrenzt. Das KVG verbietet zwar nicht, dass Leistungserbringer weitere, über den Leistungsumfang der OKP hinausgehende (Mehr-)Leistungen erbringen, die zusätzlich zu den KVG-Tarifen in Rechnung gestellt werden dürfen. Solche Mehrleistungen dürfen hingegen nicht von der OKP bezahlt werden (vgl. Urteil C-6460/2011 E. 4.2 m.w.H.).

Wie die Vorinstanz zu Recht ausführt (vgl. RRB S. 8), enthalten das Gesetz und die Verordnungen keine (spezifische) Umschreibung der Leistungen, die von Tages- und Nachtkliniken zu Lasten der OKP erbracht werden dürfen. Dies ist angesichts der Aufhebung der teilstationären Leistungen und den Erbringern teilstationärer Leistungen als eigene Kategorien per 1. Januar 2009 nicht weiter überraschend. Die Beurteilung der OKP-Pflichtigkeit der von den Tages- und Nachtkliniken erbrachten Leistungen ist somit im allgemeinen Rahmen des KVG und des (beste-

henden) Verordnungsrechts zu beurteilen (so auch das BAG in seiner Stellungnahme [S. 4 f.]). Der von der Vorinstanz vertretenen Ansicht (vgl. RRB S. 8 f., 11), dass gerade daraus, dass Gesetz und Verordnung keine spezifischen Bestimmungen betreffend die von Tages- und Nachtkliniken zu Lasten der OKP abrechenbaren Leistungen enthalten, darauf zu schliessen ist, dass sämtliche von ihnen erbrachten Leistungen von der OKP zu vergüten sind, kann angesichts des OKP-Listenprinzips nicht gefolgt werden (vgl. auch unten E. 5.4).

4.3.2 Von den Kantonsregierungen hoheitlich festgesetzte Tarife dürfen nur OKP-Leistungen umfassen. Werden davon abweichend – gestützt auf Art. 47 Abs. 1 KVG – Tarife hoheitlich festgesetzt, die nicht OKP-pflichtige Leistungen umfassen, begründet dies keine Leistungspflicht zulasten der OKP. Die OKP-Leistungen und Nicht-OKP-Leistungen sind unabhängig voneinander nach den jeweils anwendbaren Grundsätzen und nur in Bezug auf die entsprechenden Leistungen zu bestimmen. Es ist insbesondere nicht zulässig, von einem Gesamtbetrag für beide Leistungsarten auszugehen und die Tarife so abzustimmen, dass der Gesamtbetrag im Ergebnis gedeckt wird. Dies gilt insbesondere auch im Verhältnis zwischen OKP-Leistungen einerseits und speziellen nicht OKP-pflichtigen Leistungen, die von der öffentlichen Hand zu tragen sind (sogenannte gemeinwirtschaftliche Leistungen), andererseits. Dabei gilt es zu vermeiden, dass gemeinwirtschaftliche Leistungen durch die OKP finanziert werden. Da vorliegend ein hoheitlich festgesetzter Tarif umstritten ist und es sich um einen Pauschaltarif handelt, sind an die korrekte und transparente Abgrenzung erhöhte Anforderungen zu stellen. Dies gilt umso mehr, wenn eine Überschneidung von OKP-Leistungen und gemeinwirtschaftlichen Leistungen naturgemäss nahe liegt (vgl. Urteil C-6460/2011 E. 4.3 ff. m.w.H.). Letzteres ist vorliegend der Fall: Bei der Betreuung psychisch kranker Personen überschneiden sich deren Interessen an einer (im Rahmen des Listenprinzips durch die OKP finanzierten) Behandlung ihrer psychischen Erkrankung einerseits, und dem Interesse der betroffenen Personen und des Gemeinwesens an einer (durch die öffentliche Hand zu finanzierenden) weitgehenden Integration dieser Personen in die Gesellschaft unter Ermöglichung einer möglichst umfassenden Autonomie in der Bewältigung des Alltags andererseits, die vielfältige Massnahmen der pflegenden Institutionen (vgl. bspw. oben Bst. B.d) erforderlich machen können. Während es durchaus sinnvoll sein kann, die Betroffenen im Rahmen eines umfassenden Gesamtleistungspakets zu betreuen, das OKP-pflichtige und gemeinwirtschaftliche Leistungen umfasst, er-

laubt dies kein Abweichen von einer korrekten Abgrenzung der beiden unterschiedlichen Finanzierungen.

4.4 Vorliegend machen die Beschwerdeführerinnen unter anderem geltend, dass mit dem festgesetzten Tarif nicht nur OKP-Leistungen, sondern auch in wesentlichem Ausmass gemeinwirtschaftliche Leistungen abgegolten würden (vgl. Beschwerde S. 6, 10, 12 f., 15 f.; Schlussbemerkungen S. 2, 5-7). Auch die Kliniken haben in ihren Eingaben vom 10. Mai 2011 und 4. November 2011 ihre Unsicherheit darüber zum Ausdruck gebracht, ob der zur Festsetzung anstehende Tarif als Leistungsauftrag auch Nicht-OKP-Leistungen umfassen werde und wie die Abgrenzung und Aufteilung der Finanzierung durch die OKP und durch den Kanton erfolgen werde (Vorakte 13). Die Kliniken, die PUE, das BAG und teilweise die Vorinstanz gehen ebenso davon aus bzw. schliessen zumindest nicht aus, dass nicht alle in den psychiatrischen Tages- und Nachtkliniken vorgenommenen Behandlungen OKP-Pflichtleistungen sind und dass der festgesetzte Tarif auch Nicht-OKP-Pflichtleistungen umfasst (vgl. oben Sachverhalt Bst. B und C; zur Vorinstanz vgl. auch unten E. 5.2).

5.

5.1 Zu prüfen ist im Folgenden, welche der von den Tages- und Nachtkliniken erbrachten Leistungen vom festgesetzten Tarif umfasst werden und ob es sich dabei ausschliesslich um OKP-Pflichtleistungen handelt.

5.1.1 Der angefochtene RRB enthält keine Definition oder Umschreibung des vom festgesetzten Tarif erfassten Leistungspakets. Bezug genommen wird lediglich auf "Behandlungen in den psychiatrischen Tages- und Nachtkliniken" (Dispositiv Ziff. I) und "Leistungen der Tages- und Nachtkliniken". Soweit im RRB Aussagen zu den von den Tages- und Nachtkliniken erbrachten Leistungen gemacht werden, sind diese so allgemein und offen formuliert (z.B. durch blosse Bezugnahme auf Literatur betreffend einen ganzheitlichen Ansatz bei der Behandlung psychischer Erkrankungen [RRB S. 11]), dass sich daraus keine weitergehende Einschränkung der von den Kliniken insgesamt erbrachten Leistungen und der erbrachten OKP-Leistungen entnehmen lässt. Der RRB definiert die vom festgesetzten Tarif umfassten Leistungen somit alleine mittels Bezeichnung der betreffenden Leistungserbringer. Selbst diese gröbste Differenzierung der betroffenen Leistungen wird allerdings zusätzlich dadurch relativiert, dass der RRB uneinheitliche Aussagen dazu macht, ob es sich bei allen oder nur einem Teil der von den Tages- und Nachtklini-

ken erbrachten Leistungen um OKP-Leistungen handelt (vgl. insbesondere RRB S. 10 gegenüber S. 20). Dem Wortlaut des angefochtenen Regierungsratsbeschlusses lässt sich somit nicht entnehmen, welche Leistungen vom festgesetzten Tarif erfasst werden und ob es sich dabei lediglich um OKP-Pflichtleistungen handelt.

5.1.2 Auch im Rahmen des Beschwerdeverfahrens machte die Vorinstanz unterschiedliche Aussagen dazu, inwiefern die Tages- und Nachtkliniken auch Nicht-OKP-Pflichtleistungen erbrächten, die vom festgesetzten Tarif umfasst würden.

So soll es sich bei sämtlichen in den Tages- und Nachtkliniken erbrachten Leistungen um OKP-Pflichtleistungen handeln, die von Ärztinnen bzw. Ärzten oder von auf deren Anordnungen hin handelnden Personen (Psychologen, Pflegefachleute, Ergotherapeuten) erbracht würden. Dazu seien auch Präventionstätigkeit und Netzwerkarbeiten zu zählen seien (vgl. Vernehmlassung S. 4, 9-11, 13; Schlussstellungnahme S. 5 f.).

Zugleich sollten die meisten der erbrachten Leistungen OKP-Pflichtleistungen sein, wobei auch die eigentlichen Nichtpflichtleistungen von der OKP zu vergüten seien, da die Tages- und Nachtkliniken Komplexleistungsprogramme durchführten, bei denen sich die einzelnen Vorkehren nicht voneinander trennen liessen, ohne dass dadurch die Erfolgsaussichten gefährdet würden (vgl. Vernehmlassung S. 13).

Weiter umfasse der festgesetzte Tarif nicht alle von den Tages- und Nachtkliniken erbrachten OKP-Pflichtleistungen (vgl. Schlussstellungnahme S. 8 f.) bzw. umfassten die im Tarif enthaltenen Leistungen nur einen Teil der in den Tages- und Nachtkliniken erbrachten Leistungen, sodass mit dem Tarif nur ein Kostendeckungsgrad von ca. 65 % erreicht werde, während im RRB von einem Kostendeckungsgrad von 80 % ausgegangen worden sei (vgl. Vernehmlassung S. 11, 17; Schlussstellungnahme S. 8).

Ausserdem sollten die Leistungen in drei Gruppen unterteilt werden können: a) Leistungen, die OKP-pflichtig seien und mit dem festgesetzten Tarif den OKP-Versicherern überbunden würden; b) Leistungen, die keine OKP-Pflichtleistungen seien und daher zurecht durch Subventionen finanziert würden; c) Leistungen, die zwar OKP-Pflichtleistungen seien, aber trotzdem nicht den OKP-Versicherern überbunden würden. Für diese Unterscheidung stützt die Vorinstanz auf einen für das Jahr 2012 er-

stellten Leistungskatalog ab, während vor dem Jahr 2010 keine detaillierten Leistungserfassungen und im Jahr 2011 (nur) während einer bestimmten Zeitspanne eine detaillierte Erfassung der Leistungen in den Tages- und Nachtkliniken erfolgt sei (vgl. Vernehmlassung S. 11 f.).

5.2

5.2.1 Angesichts dieser unterschiedlichen, teilweise widersprüchlichen Aussagen der Vorinstanz kann nicht darauf geschlossen werden, dass der festgesetzte Tarif nur OKP-Leistungen beschlägt. Ebenso wenig kann davon ausgegangen werden, dass der von der Vorinstanz geltend gemachte Behandlungskomplex von OKP-pflichtigen Leistungen dominiert wird und deswegen auch die mit diesen qualifiziert zusammenhängenden Nichtpflichtleistungen durch die OKP zu vergüten wären (vgl. EUGSTER, KVG-Kommentar, Art. 25 Rz. 70 ff. m.w.H.). Ob dieser Grundsatz überhaupt auf ambulante Leistungen allgemein und auf die Leistungen der Tages- und Nachtkliniken im Speziellen Anwendung findet, was die Krankenversicherer bestreiten (vgl. Schlussbemerkungen S. 6 f.; anders noch: Beschwerde S. 16), kann unter diesen Umständen offen bleiben.

5.2.2 Wie bereits ausgeführt wurde, ist es unzulässig, für ambulante OKP-Leistungen und gemeinwirtschaftliche Leistungen von einem beide Leistungsarten umfassenden Gesamtbetrag auszugehen und die Tarife für beide Leistungsarten so abzustimmen, dass Gesamtbetrag (nur) im Ergebnis gedeckt wird (vgl. oben E. 4.3.2 ff). Selbst wenn die Vorinstanz überzeugende Aussagen betreffend die konkrete Mischrechnung von OKP- und gemeinwirtschaftlichen Leistungen bzw. deren Finanzierung gemacht hätte (vgl. insbesondere Vernehmlassung S. 11 ff.), wäre eine solche schon grundsätzlich unzulässig.

5.2.3 Ob eine "integrierte Behandlung akuter psychischer Krankheitsepisoden" gleich wirksam ist wie die stationäre Klinikbehandlung, ob es sich bei den Leistungen der Tages- und Nachtkliniken um eine schweizweit anerkannte Behandlungsform handelt, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich und ein fester, versorgungspolitisch sinnvoller und notwendiger Bestandteil der psychiatrischen Behandlungskette ist, ob mit der Nutzung des Leistungsangebots von Tages- und Nachtkliniken eine erhebliche Verkürzung der Klinikaufenthaltsdauer und eine deutliche Senkung der direkten Kosten erzielt werden kann und ob die von Tages- und Nachtkliniken behandelten Versicherten stationär behandelt werden müssten, wenn das Leistungsangebot der Tages- und Nachtkliniken nicht

durch die OKP finanziert würde (vgl. RRB S. 9 ff.; Vernehmlassung S. 5 f., 14), braucht vorliegend nicht abschliessend beurteilt zu werden. Denn dies würde (für sich alleine genommen) keinen Durchbruch des verbindlichen KVG-Listenprinzips rechtfertigen (vgl. oben E. 4.3.1). Ebenso wenig kann aus der Behauptung, dass die von den Tages- und Nachtkliniken erbrachten Leistungen vollständig durch die OKP zu vergüten wären, wenn die Versicherten stationär behandelt würden, etwas zu Gunsten der Leistungserbringer hergeleitet werden. Denn mangels genauerer Umschreibung der vom umstrittenen Tarif erfassten Leistungen kann nicht beurteilt werden, ob es sich dabei (ausschliesslich) um Leistungen handelt, die im Rahmen der stationären Behandlungen von der OKP zu vergüten sind. Diesbezüglich ist ausserdem darauf hinzuweisen, dass auch im Rahmen einer stationären Behandlung nicht sämtliche Leistungen, obwohl sie vom betroffenen Spital erbracht werden, durch die OKP finanziert werden. Vielmehr setzt auch dort die Vergütung von erbrachten Leistungen voraus, dass es sich um OKP-pflichtige Leistungen handelt, die nicht von anderen Sozialversicherungen zu vergüten sind (vgl. oben E. 4.4.5; BVGE 2012/18 E. 17.5 m.w.H.), wovon im Übrigen auch die Vorinstanz – zumindest punktuell – ausgeht (vgl. RRB S. 16).

5.2.4 Im Zusammenhang mit der Abgrenzung zwischen OKP- und gemeinwirtschaftlichen Leistungen ist auch darauf hinzuweisen, dass die im angefochtenen Beschluss in Bezug auf die Notwendigkeit eines ganzheitlichen Ansatzes angeführten Leistungskategorien (ärztliche, pflegerische, psycho-, ergo- und physiotherapeutische Behandlungen [vgl. RRB s. 11]) dem OKP-Listenprinzip und den darin enthaltenen Einschränkungen unterliegen (vgl. z.B. Art. 1-3, 3*b*, 5 ff. KLV). Werden im Einzelfall Leistungen ausserhalb der entsprechenden Vorgaben und Einschränkungen der KLV erbracht, verstossen sie gegen das Listenprinzip und sind daher von der OKP nicht zu vergüten (vgl. oben E. 4.3.1). Eine entsprechende Kontrolle darf durch die Festsetzung eines Pauschaltarifs nicht verunmöglicht werden (vgl. Urteil C-6460/2011 E. 5.6 m.w.H.). Dementsprechend könnte nicht schon daraus, dass – wie die Vorinstanz geltend macht (vgl. Vernehmlassung S. 9) – sämtliche Leistungen der Tages- und Nachtkliniken von Ärztinnen bzw. Ärzten oder auf deren Anordnung hin von anderen Personen (Psychologen, Pflegefachleute, Ergotherapeuten) erbracht werden, die OKP-Pflicht dieser Leistungen abgeleitet werden. Ausserdem ist z.B. in Bezug auf die von der Vorinstanz erwähnten "psychosozialen Leistungen im weiteren Sinne", die "spezialisierte[n] Versorgung in sozialpsychiatrischen Feldern für Arbeit, Wohnen, Schule, Familie, soziales Netz und Alltagsgestaltung" sowie die "Präventionstätigkeit und Netz-

werkarbeit" (vgl. RRB S. 11; Vernehmlassung S. 10, 13) keineswegs offensichtlich, dass es sich dabei um OKP-pflichtige Leistungen handelt. Es ist ferner nicht ersichtlich, ob der Pauschaltarif auch Pflegeleistungen im Sinn von Art. 7 Abs. 2 KLV in der bis 31. Dezember 2010 geltenden Fassung (z.B. "Verabreichen von Medikamenten", "pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag, wie Einüben von Bewältigungsstrategien und Anleitung im Umgang mit Aggression, Angst, Wahnvorstellungen" [Bst. b Ziff. 7, 13]) als OKP-pflichtige Leistungen umfasst. Daher kann das Bundesverwaltungsgericht nicht prüfen, ob die Voraussetzungen für die OKP-Pflichtigkeit dieser Leistungen erfüllt sind, ob letztere Teil des hoheitlich festgesetzten Pauschaltarifs hätten sein dürfen und ob das Inkrafttreten der Bestimmungen über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (AS 2009 3517, BBl 2005 2033; vgl. Art. 25*a* KVG und Art. 7 ff. KLV [je in der ab 1. Januar 2011 geltenden Fassung]) daran etwas ändern würde und dies bei der Tariffestsetzung hätte berücksichtigt werden müssen, zumal dieser Zeitpunkt zwischen dem 1. Januar 2010 (Zeitpunkt des Inkrafttretens der Tariffestsetzung) und dem 6. Juni 2012 (Erlassdatum des umstrittenen RRB, ab welchem der unbefristete Tarif weiterhin gelten soll) liegt.

5.3 Soweit das BAG eine direkte oder analoge Anwendung von Art. 7 KLV in Bezug auf die Abgrenzung der von den Tages- und Nachtkliniken erbrachten OKP- und Nicht-OKP-Leistungen postuliert (vgl. B-act. 18 S. 5 ff.), ist Folgendes auszuführen: Art. 7 KLV betreffend Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim umschreibt den diesbezüglichen Leistungsbereich und führt Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und Pflegeheime als betroffene Leistungserbringer auf; die KLV sieht keine analoge Anwendung der entsprechenden Abgrenzungskriterien für Tages- und Nachtkliniken vor. Daran hat das Eidgenössische Departement des Innern im Rahmen der im raschen Rhythmus erfolgenden Revisionen der KLV (z.B. per 1. Januar, 1. Juli, 1. Oktober 2009 und 1. Januar 2010) nichts geändert. Unter diesen Umständen ist *e contrario* Art. 7 KLV in Bezug auf die Abgrenzung der von den Tages- und Nachtkliniken erbrachten OKP- und Nicht-OKP-Leistungen weder direkt noch analog anwendbar, wovon santésuisse zu Recht ausgeht, während sich die Vorinstanz und Beschwerdegegnerinnen dazu nicht geäussert haben.

5.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es der Vorinstanz unter Berücksichtigung der vorliegend an eine transparente Ausscheidung von Nicht-OKP-Leistungen zu stellenden Anforderungen (vgl. oben E. 4.3)

nicht gelungen ist nachzuweisen, dass das vom festgesetzten Pauschaltarif erfasste Leistungspaket nur OKP-Leistungen umfasst.

5.5 Die fehlende transparente Umschreibung der vom festgesetzten Pauschaltarif umfassten Leistungen verunmöglicht eine gerichtliche Beurteilung, inwiefern sich darunter OKP-Leistungen befinden, für die kein OKP-Tarif besteht. Da der Regierungsrat (subsidiär zu diesbezüglichen Tarifverhandlungen und -vereinbarungen) nur für solche Leistungen einen Tarif hoheitlich festsetzen kann bzw. muss und die Leistungen vorliegend nicht genügend bestimmbar sind, ist auf eine entsprechende Anweisung zu verzichten.

5.6 Soweit die Vorinstanz geltend macht, dass santésuisse Obstruktion betreibe und ihre Verhandlungspflichten verletze, was nicht belohnt werden dürfe (vgl. Vernehmlassung S. 5, 7 f.), kann sie daraus nichts zu ihren Gunsten herleiten, da sie nicht substantiiert genug dargelegt, dass das Verhalten von santésuisse einen nicht zu schützenden Verstoss gegen Treu und Glauben darstellt (vgl. analog im Urteil C-6460/2012 E. 5.9).

6.

Die Beschwerde von santésuisse ist somit gutzuheissen und der angefochtene Regierungsratsbeschluss Nr. [...] vom 6. Juni 2012 *ersatzlos* aufzuheben. Der Eventualantrag auf Aufhebung *und Rückweisung* der Sache an die Vorinstanz zum Neuentscheid ist abzuweisen (vgl. oben E. 5.5).

7.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist auf die weiteren in der Beschwerde erhobenen Rügen sowie auf die von den Parteien vorgebrachten Argumente nicht näher einzugehen. Insbesondere kann offen bleiben:

- inwiefern in Bezug auf die (ausreichend genau zu umschreibenden) OKP-Leistungen ein vertragsloser Zustand besteht, sodass dafür ein Tarif hoheitlich festgesetzt werden dürfte oder müsste bzw. nach welchem Tarif die OKP-Leistungen gegebenenfalls abzurechnen wären,

- ob ein solcher Tarif als Pauschale, als Einzelleistungstarif oder als Kombination beider Tarifformen ausgestaltet werden dürfte oder müsste,

- ob der festgesetzte Tarif betragsmässig KVG-konform festgesetzt wurde,

- ob die Datenlage für die Festsetzung eines Tarifs ausreichend transparent war,

- ob die Beschwerdeführerinnen im Rahmen des Beschwerdeverfahrens gegen Art. 53 Abs. 2 Bst. a KVG verstossen haben,

- ob die Vorinstanz im Rahmen des Beschwerdeverfahrens gegen Art. 53 Abs. 2 Bst. a KVG verstossen hat (vgl. z.B. Vernehmlassung S. 11 ff.; Vernehmlassungsbeilagen 3, 5h; Schlussbemerkungen S. 7; Beilage zur Schlussstellungnahme).

8.
Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und allfällige Parteientschädigungen.

8.1 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 und Abs. 3 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Vorinstanzen werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Unter Berücksichtigung des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache, Art der Prozessführung und finanzieller Lage der Parteien (vgl. Art. 63 Abs. 4^{bis} VwVG; zur Qualifikation als vermögensrechtliche Streitigkeit vgl. BVGE 2010/14 E. 8.1.3) sind die Verfahrenskosten vorliegend auf Fr. 4'000.- festzusetzen. Angesichts des als Unterliegen zu wertenden Nichteintretens auf die Beschwerden der Beschwerdeführerinnen 2 bis 50 sind ihnen Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 2'000.- aufzuerlegen und in diesem Umfang mit dem geleisteten Kostenvorschuss zu verrechnen. Im verbleibenden Betrag von Fr. 2'000.- ist der geleistete Kostenvorschuss den Beschwerdeführerinnen zurückzuerstatten. Der obsiegenden santésuisse (Beschwerdeführerin 1) sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Den Beschwerdegegnerinnen (vgl. oben E. 2.5) sind entsprechend ihrem teilweisen Unterliegen Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 2'000.- aufzuerlegen.

8.2 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]). Obsiegt die Partei nur teilweise, so ist die Parteientschädigung entsprechend zu kürzen. Die Entschädigung wird primär der unterliegenden Gegenpartei im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit auferlegt (vgl. Art. 64 Abs. 2 und 3 VwVG). Sind die Kosten verhältnismässig gering, so kann von einer Parteientschädigung abgesehen werden. Keine Entschädigung ist geschuldet, wenn der Vertreter oder die Vertreterin in einem Arbeitsverhältnis zur Partei steht.

Der anwaltlich vertretenen santésuisse (Beschwerdeführerin 1) ist unter angemessener Berücksichtigung des aktenkundigen und notwendigen Aufwands zulasten der Beschwerdegegnerinnen eine reduzierte Parteientschädigung von insgesamt Fr. 3'000.- (inkl. Mehrwertsteuer) zuzusprechen. Den unterliegenden Beschwerdeführerinnen 2 bis 50 ist keine Parteientschädigung zuzusprechen. Da die nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdegegnerinnen sich im Beschwerdeverfahren nicht haben vernehmen lassen, keine erheblichen notwendigen Kosten geltend machen und nicht ersichtlich ist, dass solche in Bezug auf das Beschwerdeverfahren angefallen sind, ist ihnen keine Parteientschädigung zuzusprechen. Auch der Vorinstanz ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (vgl. Art. 7 Abs. 3 VGKE).

9.
Das vorliegende Urteil bringt eine Änderung des angefochtenen Beschlusses mit sich, weshalb der Regierungsrat anzuweisen ist, die Ziffer 2 des Dispositivs im kantonalen Amtsblatt zu veröffentlichen.

10.
Dieses Urteil ist endgültig.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.
Auf die Beschwerden der einzelnen Krankenversicherer (Beschwerdeführerinnen 2 bis 50) wird nicht eingetreten.

2.
Die Beschwerde von santésuisse (Beschwerdeführerin 1) wird gutgeheissen und der angefochtene Regierungsratsbeschluss Nr. [...] vom 6. Juni 2012 ersatzlos aufgehoben. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

3.
Den Beschwerdeführerinnen 2 bis 50 werden unter solidarischer Haftung Verfahrenskosten in der Höhe von insgesamt Fr. 2'000.- auferlegt. Im verbleibenden Betrag von Fr. 2'000.- ist der geleistete Kostenvorschuss den Beschwerdeführerinnen zurückzuerstatten.

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

4.
Der Beschwerdeführerin 1 wird für das vorliegende Verfahren zu Lasten der Beschwerdegegnerinnen eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'000.- zugesprochen.

5.
Der Regierungsrat des Kantons B._____ wird angewiesen, die Ziffer 2 des Dispositivs im kantonalen Amtsblatt zu veröffentlichen.

6.
Dieses Urteil geht an:

– die Beschwerdeführerinnen (Gerichtsurkunde; Beilage: Rückerstattungsformular)
– die Beschwerdegegnerin 1 (Gerichtsurkunde; Beilage: Einzahlungsschein)
– die Beschwerdegegnerin 2 (Gerichtsurkunde; Beilage: Einzahlungsschein)
– die Beschwerdegegnerin 3 (Gerichtsurkunde; Beilage: Einzahlungsschein)
– die Beschwerdegegnerin 4 (Gerichtsurkunde; Beilage: Einzahlungsschein)
– die Vorinstanz (Ref. Beschluss Nr. […]; Gerichtsurkunde)
– das Bundesamt für Gesundheit (Einschreiben)
– die Eidgenössische Preisüberwachung (A-Post)

Der vorsitzende Richter: Der Gerichtsschreiber:

Beat Weber Daniel Golta

Versand: