

8 **Gesundheit – Arbeit – Soziale Sicherheit**
 Santé – Travail – Sécurité sociale
 Sanità – Lavoro – Sicurezza sociale

62

Auszug aus dem Urteil der Abteilung III
i. S. santésuisse gegen Kantonsspital Uri
und Regierungsrat des Kantons Uri
C-7967/2008 vom 13. Dezember 2010

Obligatorische Krankenpflegeversicherung. Festsetzung des Tarifs für die allgemeine Abteilung. Grundsatzurteil.

Art. 47, Art. 49 Abs. 7 KVG. Art. 59c Abs. 3 KVV. Art. 1, Art. 2, Art. 9 und Art. 10 VKL.

- 1. Für die Tariffestsetzung der stationären Behandlungen im Spital sind diejenigen Leistungen und Kosten massgebend, die sich sowohl auf nur grundversicherte als auch auf grund- und zusatzversicherte Patientinnen und Patienten beziehen (E. 4.12.1).**
- 2. Wirtschaftlichkeitsprüfung und Festsetzung des Tarifs (E. 6).**

Assurance obligatoire des soins. Fixation des tarifs pour la division commune. Arrêt de principe.

Art. 47, art. 49 al. 7 LAMal. Art. 59c al. 3 OAMal. Art. 1, art. 2, art. 9 et art. 10 OCP.

- 1. Les prestations et coûts déterminants pour la fixation du tarif des traitements hospitaliers sont ceux qui concernent aussi bien les patients affiliés uniquement à une assurance de base que les patients bénéficiant d'une assurance de base et d'une assurance complémentaire (consid. 4.12.1).**
- 2. Evaluation de l'économicité et fixation du tarif (consid. 6).**

Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Determinazione della tariffa per il reparto comune. Sentenza di principio.

Art. 47, art. 49 cpv. 7 LAMal. Art. 59c cpv. 3 OAMal. Art. 1, art. 2, art. 9 e art. 10 OCPRe.

- 1. Per la fissazione delle tariffe delle cure ospedaliere sono determinanti quelle prestazioni e quei costi che si riferiscono tanto ai pazienti affiliati unicamente ad un'assicurazione di base quanto ai pazienti che beneficiano di un'assicurazione di base e di un'assicurazione complementare (consid. 4.12.1).**
- 2. Valutazione dell'economicità e fissazione della tariffa (consid. 6).**

Am 30. Januar 2007 genehmigte der Regierungsrat des Kantons Uri (nachfolgend: Regierungsrat oder Vorinstanz) die Verlängerung des Tarifvertrags für das Jahr 2007 zwischen dem Kantonsspital Uri (nachfolgend: KSU oder Beschwerdegegner) und santésuisse, Die Schweizer Krankenversicherer (nachfolgend: santésuisse oder Beschwerdeführerin) für die Behandlung von stationären Akutpatientinnen und -patienten in der allgemeinen Abteilung im KSU auf der Grundlage von Fallpauschalen nach dem Patientenklassifikationssystem All Patient Diagnosis Related Groups (APDRG) gemäss Kostengewichtsversion 5.1.

Nachdem die Vertragsverhandlungen zwischen dem KSU und santésuisse betreffend die Baserate ab 2008 gescheitert waren, beantragte santésuisse am 25. Oktober 2007 bei der Vorinstanz die Festsetzung der Spitaltaxen (APDRG-Baserate) ab 1. Januar 2008 gemäss Art. 47 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10).

Nach Anhörung der Preisüberwachung (PUE) hat der Regierungsrat die Baserate für die stationäre Behandlung von Krankenversicherungspatientinnen und -patienten in der allgemeinen Abteilung des KSU mit zivilrechtlichem Wohnsitz im Kanton Uri für die Zeit vom 1. Januar 2008 bis 31. Dezember 2008 mit Beschluss Nr. 2008-661 R-721-13 vom 4. November 2008 auf Fr. 3'981.– festgesetzt. In allen übrigen Teilen hat er die Bestimmungen des Tarifvertrags vom 10. Dezember 2004 sowie des Nachtrags vom 22. Mai 2006 als anwendbar erklärt.

Der Regierungsrat führte in seiner Begründung aus, dass er der Empfehlung der PUE nur teilweise folge. Er anerkenne die Berechnung der standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten und den Kostendeckungsgrad von 48 % sowie die Tatsache, dass die von der PUE ermittelte Baserate von Fr. 8'731.– (100%) für ein nicht universitäres Spital eher hoch sei. Er sei jedoch nicht einverstanden mit dem von der PUE vorgenommenen Benchmarking, dem Betriebs- und Kostenvergleich, und der darauf basierenden Tarifempfehlung. Bei dem von der PUE durchgeführten Betriebsvergleich sei weder die Betriebsvergleichsmethode noch die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach dem Berechnungsmodell der PUE durchgeführt worden. Die PUE habe für ihre Empfehlung lediglich die tiefste, ausgehandelte Baserate herangezogen, nicht aber eine Baserate von vergleichbaren Spitälern. Der Regierungsrat sei der Auffassung, dass ein Baserate-Vergleich auf Basis der betriebswirtschaftlich ermittelten und nicht der verhandelten Baserates erfolgen sollte. Der Vergleich zwischen einer berechneten Baserate und einer ausgehandelten Baserate sei für ein objektives Tariffestsetzungsverfahren nicht anwendbar. Es entspreche zudem auch nicht dem Berechnungsmodell der PUE, für einen Betriebsvergleich eine ausgehandelte Baserate heranzuziehen. Da die von der PUE ermittelte Baserate des KSU von Fr. 8'731.– (100 %) zu hoch sei, sei es gerechtfertigt, einen Abzug in Höhe der maximal zulässigen Preiskorrektur von 5 % der kostenbasierten Baserate vorzunehmen.

Santésuisse liess am 11. Dezember 2008 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht (BVGer) gegen den Entscheid des Regierungsrats vom 4. November 2008 erheben. Sie beantragte, der Beschluss der Vorinstanz vom 4. November 2008 sei aufzuheben. Für die stationäre Behandlung von Krankenversicherungspatientinnen und -patienten in der allgemeinen Abteilung des KSU sei für die Zeit vom 1. Januar 2008 bis 31. Dezember 2008 eine Baserate für APDRG nach Version 5.1 von Fr. 3'840.– festzulegen.

Der Beschwerdegegner beantragte mit Beschwerdeantwort vom 16. Februar 2009 sinngemäss die Abweisung der Beschwerde. Santésuisse habe die Daten zu ihrem Kostenrechnungsmodell nicht im Rahmen der Vertragsverhandlungen, sondern erst nach Einreichung des Festsetzungsantrags vorgelegt. Dies widerspreche dem Zweck der Tarifvertragsverhandlungen nach KVG. Das Benchmarking der santésuisse sei weder zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit zuverlässig,

noch sei *santésuisse* für die Betriebsvergleiche gemäss Art. 49 Abs. 8 KVG zuständig.

Mit Vernehmlassung vom 5. März 2009 beantragte die Vorinstanz, handelnd durch die Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion, die Beschwerde sei abzuweisen, soweit darauf einzutreten sei.

Mit Stellungnahme vom 9. April 2009 führte die PUE an, sie sehe keine Veranlassung, von ihrer Empfehlung vom 3. Juni 2008 zuhanden der Vorinstanz abzuweichen.

Mit Stellungnahme vom 20. Mai 2009 beantragte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Aufhebung des Beschlusses der Vorinstanz vom 4. November 2008 und die Festsetzung des Tarifs im Sinne ihrer Erwägungen.

Der Beschwerdegegner und die Vorinstanz liessen sich nicht vernehmen.

Das BVGer heisst die Beschwerde teilweise gut und setzt die Baserate ab 1. Januar 2008 auf Fr. 3'926. – fest.

Aus den Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Beschluss des Regierungsrats vom 4. November 2008 stützt sich auf Art. 47 Abs. 1 KVG, weshalb das BVGer zur Beurteilung der Beschwerde zuständig ist (Art. 53 Abs. 1 KVG in der seit 1. Januar 2009 gültigen Fassung; siehe auch Art. 34 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 [VGG, SR 173.32] in der bis am 31. Dezember 2008 gültig gewesenen Fassung).

1.1.1 Die Vorinstanz hat beantragt, auf die Beschwerde sei nicht einzutreten, da das BVGer für die Beurteilung der Streitfrage betreffend das richtige Benchmarking und Kostenprüfungsmodell nicht zuständig sei. Die Beschwerdeführerin habe ein Verfahren ausserhalb eines Tariffestsetzungsverfahrens gegen die PUE anzustrengen, wenn sie ihr Modell gegenüber der PUE durchsetzen wolle. Ihr stehe dafür gemäss Art. 20 des Preisüberwachungsgesetzes vom 20. Dezember 1985 (PüG, SR 942.20) der Rechtsschutz nach den allgemeinen Bestimmungen über die Bundesrechtspflege zur Verfügung, nicht aber das Tarifbeschwerdeverfahren vor dem BVGer.

1.1.2 Es ist grundsätzlich unbestritten, dass sich die Beschwerde gegen einen Tariffestsetzungsbeschluss nach Art. 47 Abs. 1 KVG richtet, zu deren Beurteilung das BVGer zuständig ist. Die Frage, ob die Vorinstanz zur Festsetzung des Tarifs die richtige Methode gewählt habe, betrifft entgegen der Auffassung der Vorinstanz nicht die Frage der Zuständigkeit des BVGer und damit des Eintretens, sondern der Ermittlung des festzusetzenden Tarifs und damit der materiellen Begründetheit des Beschwerdeantrags. Sie ist daher im Rahmen der materiellen Prüfung zu untersuchen.

1.2 (...)

2. (...)

3. Aufgrund der Beschwerde streitig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die Vorinstanz mit dem angefochtenen Beschluss vom 4. November 2008 die Baserate für die stationären Behandlungen von Akutpatientinnen und -patienten mit Wohnsitz im Kanton Uri in der allgemeinen Abteilung betreffend das Jahr 2008 zu Recht auf Fr. 3'981.– festgesetzt hat, oder ob die Baserate entsprechend dem Antrag der Beschwerdeführerin auf Fr. 3'840.– festzusetzen sei.

Die Beschwerdeführerin machte insbesondere geltend, die Vorinstanz habe den Tarif aufgrund einer nicht korrekten Berechnung falsch festgesetzt. Nicht die Methode der PUE sei anzuwenden, sondern die von ihr entwickelte Methode der «gewichteten Baserate». Ihre eigene Methode habe die folgenden Vorteile: Die Baserate sei aufgrund der Gesamtheit der Spitäler ermittelt worden und nicht lediglich aufgrund eines Vergleichs mit einem willkürlich ausgesuchten Vergleichsspital. Ferner würden die Referenzwerte nicht auf der Basis ausgehandelter Tarife ermittelt, weshalb ein Verhandlungsspielraum bestehen bleibe.

Des Weiteren sei die kalkulierte Baserate von 100 % auf der Basis aller Fälle zu ermitteln. Deren Berechnung nur anhand der Fälle der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) würde zu systemwidrigen Lösungen führen, da die Pflichtleistungen der Krankenversicherer nicht vollständig berücksichtigt würden.

Akzeptiert werde die Kostenbeteiligung der Krankenversicherer an der Baserate in der Höhe von 48 %.

4. In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob die Vorinstanz die anrechenbaren Kosten zur Festlegung der Pauschalen nach Art. 49 Abs. 1 KVG zutreffend ermittelt hat.

4.1 (...)

4.2 Die Vorinstanz hat für den Beschwerdegegner eine Baserate von Fr. 8'731.– aufgrund der standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten von 100 % ermittelt. Sie hat sich zu deren Berechnung auf die Empfehlung der PUE vom 3. Juni 2008 und auf deren Berechnungsmodell gestützt. Zur Begründung ihres Entscheids hat sie ausgeführt, santésuisse habe gemäss Schreiben vom 6. Dezember 2007 eine Baserate von Fr. 8'352.– (100%) berechnet, was eine Abweichung von Fr. 379.– zur Baserate der PUE bedeute. Diese Abweichung sei nicht nachvollziehbar, weshalb sie der PUE gefolgt sei (Regierungsratsbeschluss [RRB] vom 4. November 2008, Ziff. 2.2; ...).

Die Vorinstanz hat sich ferner der Beurteilung der PUE angeschlossen, wonach eine Kostenbeteiligung der Krankenversicherer von 48 % mit Blick auf die aussagekräftige Kostenträgerrechnung, das Erfassen der pflegerischen Leistungen mit dem System LEP und die fehlende Erfassung der ärztlichen Leistungen angemessen sei.

4.3 (...)

Die Beschwerdeführerin vertritt die Auffassung, entgegen den Berechnungen der PUE und der Vorinstanz sei die kalkulierte Baserate auf der Basis sämtlicher Fälle zu berechnen. Denn jede versicherte – auch zusatzversicherte – Person sei obligatorisch für die allgemeinen Leistungen versichert, weshalb jeder Fall Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auslöse. Die Krankenversicherer erbrächten daher für jede zusatzversicherte Person (halbprivat und privat) den Sockelbeitrag. Sie seien verpflichtet, die Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von den Zusatzleistungen nach dem Versicherungsvertragsgesetz vom 2. April 1908 (VVG, SR 221.229.1) auseinanderzuhalten. Während früher die Trennung der Kosten schwierig gewesen sei, hätten die Spitäler zwischenzeitlich die Kostenrechnung optimiert, sodass die Kostenverteilung möglich sei. Die Kostenfaktoren, die nach VVG anfielen, könnten in Bezug auf Honorare für Zusatzversicherte exakt ermittelt werden. Für Mehrleistungen wie Menuwahl, Service, Zimmer etc. sei dies jedoch nicht möglich. Deshalb werde für diesen Kostenanteil ein normativer Abzug vorgenommen. Dies entspreche der langjährigen von der PUE und vom Bundesrat (BR) gehandhabten und bestätigten Praxis.

4.4 (...)

4.5 (...)

4.6 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens hat die PUE mit Stellungnahme vom 9. April 2009 ausgeführt, die Beschränkung auf OKP-Fälle sei bei der Berechnung der kalkulierten Baserate aufgrund von Art. 49 KVG und Art. 9 f. der Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL, SR 832.104) korrekt und zwingend, sobald ein Spital in der Lage sei, die Kosten der allgemeinen Abteilung auszuweisen. Dies müsse bei einem Kostendeckungsgrad von 48 % vorausgesetzt werden. Eine Berücksichtigung sämtlicher Kosten der stationären Somatik sei zwar jederzeit möglich; dies würde jedoch gemäss Praxis bei gleichzeitiger Vornahme eines normativen Abzugs (Berücksichtigung der Zusatzversicherten durch einen normativen Abzug in Abhängigkeit des Anteils solcher Pflgetage an den gesamten Pflgetagen) auf Grund der geringeren Transparenz zu einem tieferen Kostendeckungsgrad führen. Eine Tarifikalkulation mit sämtlichen (auch zusatzversicherten) Patientinnen und Patienten sei deshalb nur dann angezeigt, wenn ein Spital nur eine Kostenstellenrechnung aufweise, und nicht wie vorliegend zusätzlich eine Kostenträgerrechnung, welche die Ausscheidung der Kosten der allgemeinen Abteilung erlaube.

4.7 Das BAG vertrat mit Stellungnahme vom 20. Mai 2009 die Auffassung, (...) der Begriff der allgemeinen Abteilung beziehe sich nicht auf die Örtlichkeiten, sondern auf die Qualität der Behandlung und Pflege, was sich im revidierten Art. 25 Abs. 2 Bst. e KVG widerspiegle. Der Beschwerdeführerin sei insofern Recht zu geben, als es das Kostenträgerrechnungsblatt des Beschwerdegegners entgegen den Vorschriften der VKL nicht erlaube, die Kosten und Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der stationären Behandlung im Spital für alle obligatorisch krankenversicherten Patientinnen und Patienten, inbegriffen diejenigen in den halbprivaten und privaten Abteilungen, zu bestimmen beziehungsweise auszuweisen. Denn die mit « OKP-KVG-Kt. » bezeichnete Spalte beinhalte die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der Patientinnen und Patienten in den halbprivaten und privaten Abteilungen nicht. Damit bleibe der Anteil der Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für diese Patientinnen und Patienten unberücksichtigt. Die Ermittlung und der Ausweis der Kosten der ausschliesslich grundversicherten Patientinnen und Patienten sei als

Kontrolle und Plausibilisierung im Rahmen der Bestimmung der OKP-Kosten wichtig; sie dürfe aber keinesfalls stellvertretend für alle krankenversicherten Patientinnen und Patienten übernommen werden. Weiter könne infolge fehlender Transparenz betreffend die Ausscheidung der Kosten zulasten der Zusatzversicherung nicht ausgeschlossen werden, dass der Kostenträger «OKP-KVG-Kt.» auch von den Patientinnen und Patienten in den halbprivaten und privaten Abteilungen verursachte Mehrkosten einschliesse, namentlich betreffend Hotelkomfort und aufwändigere Pflege. Der Ausweis der Kosten sei letztlich auch im Rahmen der Tarifverhandlungen unerlässlich, um die Verwendung der Erträge aus den Tarifen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu prüfen. Insofern weise der Beschwerdegegner keine Kostenträgerrechnung nach KVG beziehungsweise nach den Regeln der VKL aus. Die diesbezügliche Rüge der Beschwerdeführerin sei folglich zutreffend.

4.8 Nachfolgend sind die massgeblichen gesetzlichen Bestimmungen betreffend die Bestimmung der anrechenbaren Kosten zur Festlegung der Baserate darzulegen.

Vorab ist festzuhalten, dass die Berechnung der standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten des Beschwerdegegners nur betreffend die Frage umstritten ist, ob zu deren Ermittlung auf die Kosten der Leistungen für ausschliesslich grundversicherte Patientinnen und Patienten abzustellen sei, oder ob auch die zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anfallenden Kosten für Leistungen an zusatzversicherte Patientinnen und Patienten einzubeziehen seien. Die nachfolgende Prüfung beschränkt sich auf diesen umstrittenen Punkt, da die vorliegenden Akten keinen Anlass dazu geben, die Berechnung der standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten auch sonst in Frage zu stellen.

4.8.1 – 4.8.7 (...)

4.8.8 Es wird zusammenfassend festgestellt, dass das KVG und seine Ausführungsverordnungen nicht ausdrücklich regeln, ob zur Berechnung der standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten auf die Leistungen und Kosten betreffend nur grundversicherte Patientinnen und Patienten abzustellen sei, oder ob die Leistungen und Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung betreffend Zusatzversicherte einzubeziehen seien.

4.9 Die Materialien äussern sich nur in allgemeiner Art zur Ermittlung der Tarife, ohne auf die konkrete Berechnung der standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten einzugehen.

4.10 (...)

4.11 (...)

4.12 Das BVGer hat mit Urteil C-6124/2007 vom 3. Juni 2010 die Rechtsprechung des Bundesgerichts (...; BGE 123 V 290 E. 6 b, bb-dd) und des BR (...; Entscheid des Bundesrates vom 21. Oktober 1998 in Sachen Kantonalverband appenzellischer Krankenversicherer gegen den Regierungsrat des Kantons Appenzell A. Rh. (Spitalliste 1997) veröffentlicht in: Kranken- und Unfallversicherung: Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 6/1998, S. 521 ff. E. 3.2, E. 3.2.3, E. 3.2.4, Entscheid des Bundesrates vom 19. Dezember 2001 in Sachen Verband Zürcher Krankenversicherer [VZKV] gegen Regierungsrat des Kantons Zürich [Spitaltarif für stationäre Pflichtleistungen] veröffentlicht in: RKUV 4/2002 E. 12 und E. 14) übernommen, wonach der Begriff der allgemeinen Abteilung funktional auszulegen sei und nicht den tatsächlichen Aufenthalt in einer örtlich ausgeschiedenen Abteilung fordere. Der Begriff bezeichne den Leistungsumfang der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei stationärer Behandlung im Spital und umfasse das Leistungspaket, das die KVG-Versicherten unter voller Kostendeckung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beanspruchen könnten (E. 4.3).

(...)

4.12.1 Der Grundsatz, dass der Begriff der allgemeinen Abteilung funktional und nicht örtlich zu verstehen ist, gilt gemäss Rechtsprechung bereits aufgrund der bis Ende 2008 anwendbaren Fassung des KVG. In der seit Januar 2009 geltenden Fassung wird dieser Grundsatz in Art. 25 Abs. 2 Bst. e KVG explizit gesetzlich verankert.

Hinsichtlich der Ermittlung der standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten ist massgebend, dass jede zusatzversicherte Person auch grundversichert ist. Von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind diejenigen Leistungen zu tragen, die an grund- und zusatzversicherte Patientinnen und Patienten erbracht werden und die gemäss KVG und dessen Ausführungsverordnungen als Pflichtleistungen bezeichnet sind.

Daraus folgt, dass entsprechend dem Antrag der Beschwerdeführerin und der Stellungnahme des BAG für die Festsetzung der Tarife betreffend die

stationäre Behandlung im Spital auch diejenigen Leistungen und Kosten massgeblich sind, die sich auf die grund- und gleichzeitig auch zusatzversicherten Patientinnen und Patienten beziehen.

(...)

4.12.2 Wie den Akten zu entnehmen ist, sind die Grundlagen für die gesetzeskonforme Berechnung des Tarifs grundsätzlich insofern vorhanden, als der Beschwerdegegner Kostenträger-, Kostenstellen- und Kostenartenrechnungen führt.

Der Beschwerdegegner hat im Rahmen des Tariffestsetzungsverfahrens seine Kostenträgerrechnung mit Eingabe vom 9. Mai 2008 zuhanden der Vorinstanz erläutert. Er hat darauf hingewiesen, dass er die ärztlichen Leistungen im Jahr 2006 noch nicht vollständig und einheitlich erfasst habe, insbesondere nicht fallbezogen. Die Arztkosten für die stationären Fälle seien nach dem Kostengewicht verrechnet worden.

Die PUE hat im Tariffestsetzungsverfahren bemängelt, dass die pflegerischen Leistungen, nicht aber die übrigen stationären, insbesondere ärztlichen Leistungen patientengenau erfasst worden seien. Gemäss der Beschwerdeführerin können hingegen die Kostenfaktoren, die nach VVG in Bezug auf Honorare halbprivat/privat anfielen, exakt ermittelt werden; hingegen sei dies für Mehrleistungskosten wie Menuwahl, Service, Zimmer und Ähnliches nicht möglich, weshalb für diesen Kostenanteil ein normativer Abzug vorzunehmen sei. Allerdings hat sich die Beschwerdeführerin darauf beschränkt, in der Beilage zur Beschwerde die Anzahl aller grund- und zusatzversicherten Patientinnen und Patienten beziehungsweise Fälle des Beschwerdegegners aufzuführen und die Nettobetriebskosten auf Fr. 27'627'577.– zu beziffern, ohne darzulegen, wie sie die Leistungen und Kosten der Zusatzversicherten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ermittelt hat. Das BAG hat in seiner Stellungnahme vom 20. Mai 2009 zuhanden des BVGer wiederum ausgeführt, gemäss Kostenträgerrechnungsblatt des Beschwerdegegners sei die gesetzliche Anforderung nicht erfüllt, wonach es die in der VKL verordneten Instrumente, namentlich die Kostenträgerrechnung, erlauben müssten, die Kosten und Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der stationären Behandlung im Spital für alle obligatorisch krankenversicherten Patientinnen und Patienten, inbegriffen diejenigen der halbprivaten und privaten Abteilungen, zu bestimmen und auszuweisen. Denn die mit « OKP-KVG-Kt. »

bezeichnete Spalte beinhalte die OKP-Kosten der Patientinnen und Patienten, inbegriffen diejenigen der halbprivaten und privaten Abteilungen, nicht.

4.12.3 Das BVGer stellt aufgrund der vorliegenden Akten fest, dass der Beschwerdegegner die ärztlichen Leistungen sowie die weiteren Mehrleistungen, deren Kosten durch die Zusatzversicherung aufgrund des VVG zu tragen sind, im Jahr 2006 nicht vollständig und einheitlich, insbesondere nicht fallbezogen, erfasst hat. Es ist ihm daher nicht möglich, die Kosten für sämtliche grund- und zusatzversicherten Patientinnen und Patienten, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu tragen sind, auszuweisen und auszuscheiden. Damit fehlt die Grundlage für die Berechnung der standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten für sämtliche Leistungen, die an grund- und zusatzversicherte Patientinnen und Patienten erbracht werden und die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind. Die einschlägigen Daten werden zukünftig zu ermitteln sein.

4.12.4 Die PUE hat bei einer Anzahl Fälle nur Grundversicherter von 2'423 und Nettobetriebskosten von Fr. 16'607'522.– einen Case Mix Index (CMI) von 0.7714 ermittelt.

Die Beschwerdeführerin ist hingegen von einer Anzahl aller Fälle (Grund- und Zusatzversicherte) von 3'875 und Nettobetriebskosten von Fr. 27'627'577.– ausgegangen und hat einen CMI von 0.854 ermittelt. Für « Honorare HP/P und Debitorenverluste gem. Angabe Spital » hat sie Fr. 2'074'951.– in Abzug gebracht.

Die standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten pro Fall des Beschwerdegegners werden durch Division der gesamten standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten durch die Anzahl Fälle ermittelt, und die gewichtete Baserate durch Division der standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten pro Fall mit dem CMI.

Da der Beschwerdegegner – wie oben erwähnt – nicht sämtliche Leistungen erfasst hat, die er an grund- und zusatzversicherte Patientinnen und Patienten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht hat, fehlt die Datenbasis zur Ermittlung des CMI unter Berücksichtigung sämtlicher Fälle. Eine nachträgliche Erfassung dieser Leistungen an Zusatzversicherte

beziehungsweise deren Kosten ist im heutigen Zeitpunkt nicht mehr oder allenfalls nur mit unverhältnismässigem Aufwand möglich.

4.12.5 Bei dieser Sachlage ist im Ergebnis mit der PUE davon auszugehen, dass die standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten und der CMI für die Tariffestsetzung ab 2008 auf der Zahlenbasis 2006 der nur grundversicherten Patientinnen und Patienten ermittelt werden müssen.

5. (...)

6. Im Folgenden ist die gewichtete Baserate des Beschwerdegegners von Fr. 8'731.– (100 %) gemäss Berechnung der PUE einer Wirtschaftlichkeitsprüfung zu unterziehen.

6.1 – 6.5 (...)

6.6 Ausgangspunkt für die Prüfung des Benchmarking durch das BVGer ist die gesetzliche Regelung.

6.6.1 Nach Art. 49 Abs. 7 KVG in der bis am 31. Dezember 2008 gültig gewesenen Fassung ordnen die Kantonsregierungen und, wenn nötig, der BR Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an. Die Spitäler und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Ergibt der Betriebsvergleich, dass die Kosten eines Spitals deutlich über den Kosten vergleichbarer Spitäler liegen, oder sind die Unterlagen eines Spitals ungenügend, so können die Versicherer den Vertrag nach Art. 46 Abs. 5 KVG kündigen und der Genehmigungsbehörde (im Sinne von Art. 46 Abs. 4 KVG) beantragen, die Tarife auf das richtige Mass zurückzuführen.

6.6.2 Im Zeitpunkt des Erlasses des zu überprüfenden RRB war demnach in erster Linie die Vorinstanz – und in zweiter Linie der BR – zur Durchführung des Betriebsvergleichs zuständig.

Nachfolgend ist daher zu prüfen, ob die von der Vorinstanz im vorliegenden Verfahren angewandte Methode des Betriebsvergleichs eine aussagekräftige Beurteilung der Wirtschaftlichkeit zulässt. Ist dies zu bejahen, so ist entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin nicht weiter zu untersuchen, ob die von ihr entwickelte Methode der von der Vorinstanz angewandten vorzuziehen wäre, und es ist auch nicht zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin zur Vornahme von Betriebsvergleichen berechtigt ist.

6.6.3 Zur anzuwendenden Methode des Wirtschaftlichkeitsvergleichs äussern sich weder das KVG und noch die Ausführungsverordnungen.

6.6.4 Im « Modell für den Betriebsvergleich, Auswahl der Referenzspitäler », StatSanté 2/2006, haben das Bundesamt für Statistik (BFS), das BAG und die PUE gemeinsam ein methodisches Vorgehen für Betriebsvergleiche entwickelt.

Gestützt darauf hat die PUE im Dezember 2006 die Fachschrift « Spitaltarife – Praxis des Preisüberwachers bei der Prüfung von stationären Spitaltarifen » veröffentlicht. Danach sind die standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten des Spitals zu ermitteln und diese einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach dem Betriebsvergleichsmodell des Bundes zu unterziehen. Die Wirtschaftlichkeit ist zu bejahen, wenn die Baserate des zu prüfenden Spitals nicht mehr als max. 5 % höher ist als die tiefste Baserate einer vergleichbaren inner- oder ausserkantonalen Spitalgruppe. Es ist eine Analyse der Vergleichbarkeit und eine Analyse der Gründe bei grösserer Abweichung vorzunehmen (...). Die Wirtschaftlichkeitskorrektur erfolgt auf der Basis der Fallkosten einer Gruppe von Referenzspitälern zuzüglich einer Toleranzmarge, welche dem Grad der in einem Vergleich verbleibenden Unsicherheit Rechnung trägt. Ist die beantragte Baserate im Vergleich zur vergleichbaren Gruppe eindeutig zu hoch, so wird die Baserate des zu prüfenden Spitals maximal 5 % über derjenigen der Referenzgruppe festgelegt (...).

6.7 – 6.8 (...)

6.9 Die Vorinstanz hat sich bei ihrem Benchmarking auf die Modell-Empfehlungen der Bundesbehörden aus dem Jahr 2006, namentlich auf die Fachschrift « Spitaltarife – Praxis des Preisüberwachers bei der Prüfung von stationären Spitaltarifen », abgestützt. Sowohl diese wie auch die bisherige Rechtsprechung des BR und des BVGer haben jedoch nicht das Benchmarking für einen Leistungserbringer betroffen, dem das Patientenklassifikationssystem der leistungsbezogenen Fallpauschale APDRG mit der Kostengewichtsversion 5.1 zugrunde lag. Sie können daher nicht unbesehen übernommen werden.

6.10 Das Patientenklassifikationssystem APDRG mit der Kostengewichtsversion 5.1 datiert vom Mai 2005. Die Berechnungsmethoden sind im Allgemeinen mit jenen für die

Vorgängerversion 4.1 vom August 2003 vergleichbar, doch gibt es einige relevante Unterschiede, unter anderem die nachfolgenden (vgl. Kostengewichte und Swiss Payment Groups Version 5.1, Sekretariat APDRG Suisse, Institut für Gesundheit und Ökonomie [ISE], Ecublens, Mai 2005, S. 13):

- Die Kostengewichte der Version 4.1 wurden auf der Basis von Daten erstellt, die sich auf Hospitalisationen der Jahre 1999 bis 2001 beziehen, diejenigen der Version 5.1 auf der Datenbasis von Hospitalisationen der Jahre 2001, 2002 und 2003 beziehen.
- Die Kostengewichte der Version 4.1 wurden auf der Basis von Daten erstellt, die von APDRG Suisse gesammelt wurden; die Kostengewichte der Version 5.1 wurden auf der Basis von Daten erstellt, die von APDRG Suisse und vom BfS gesammelt wurden.
- Um die Kostengewichte der Version 4.1 zu erstellen, wurden die Kosten der nicht universitären Hospitalisationen adjustiert (mit 1.24 multipliziert); für die Kostengewichte der Version 5.1 wurde keine solche Adjustierung vorgenommen.
- In der Version 4.1 wurden die Kosten für Implantate auf der Basis von Daten aus belgischen Spitälern berechnet; in der Version 5.1 wurden diese Kosten auf der Basis von Daten aus schweizerischen Spitälern bestimmt.
- Die Version 5.1 umfasst gegenüber der Version 4.1 differenzierte Swiss Payment Groups (SGP's).

Die APDRG-Daten der Kostenversion 5.1 enthalten Datensätze von über 199'808 akutsomatischen Hospitalisationen der Jahre 2001 bis 2003. Die Spitäler, von denen diese Daten stammen, verfügen grundsätzlich über Kostenrechnungen, die den Anforderungen des BFS entsprechen. Bei den für die Berechnung verwendeten Kosten handelt es sich um Vollkosten (ohne Investitionskosten), die entsprechend dem vom BFS erstellten Landesindex der Konsumentenpreise korrigiert wurden. Alle Hospitalisationen wurden gemäss der Version 1.5 des APDRG-Groupers und der Version 5.1 der SPG's klassiert. Aufgrund der Prüfung der in der APDRG-Datenbank registrierten Kosten wurden neue SPG's eingeführt. Für einige APDRG's wurden Korrekturen vorgenommen, wenn die berechneten Zwischen-Kostengewichte dem Schweregrad nicht gerecht wurden, um Inkohärenzen zu vermeiden. Alle Kostengewichte wurden mit einem Korrekturfaktor multipliziert, damit der CMI der Gesamtheit aller Hospitalisationen 1 betrug. Die Vergütungsformeln sind bei der

Version 5.1 ähnlich wie bei der Version 4. Jeder Hospitalisation ist eine Punktzahl zugeordnet, welche die Vergütung bestimmt. Der Betrag, der vergütet wird, wenn das Kostengewicht einer Hospitalisation 1'000 beträgt, entspricht der Baserate. Die Vergütung für einen Normalfall beträgt Baserate multipliziert mit Kostengewicht, wobei untere und obere Ausreisser berücksichtigt werden.

6.11 Das Vorgehen der Vorinstanz, die Benchmark-Methode der PUE anzuwenden, ist grundsätzlich nicht zu beanstanden. Allerdings hat die Vorinstanz auf das Modell zurückgegriffen, das vom Dezember 2006 datiert und die Entwicklungen der Kostengewichtsversion 5.1 noch nicht berücksichtigt hat.

Es ist mit der PUE davon auszugehen, dass es mit dem APDRG-System und der Kostengewichtsversion 5.1 grundsätzlich möglich sein sollte, die Spitäler intra- und interkantonal direkt zu vergleichen, unabhängig vom Tätigkeitsbereich und der Krankenhaustypologie. Der Schweregrad der Fälle wird mit dem CMI berücksichtigt, indem Spitäler mit überdurchschnittlich komplizierten und kostenintensiven Fällen bei gleicher Baserate eine höhere Entschädigung erhalten.

Es ist aber nicht von der Hand zu weisen, dass vorliegend nicht überprüfbar ist, ob diese theoretischen Voraussetzungen erfüllt sind. Zu Recht weist das BAG darauf hin, dass die Input-Indikatoren nur sehr geringfügig berücksichtigt werden. Indikatoren über die Qualität der Spitalpflegeleistung sind (noch) nicht einbezogen. Im heutigen Zeitpunkt ist die Auswahl an Referenzspitälern, die das APDRG-System und die Kostengewichtsversion 5.1 anwenden, noch klein, die Basierung auf deren Zahlen damit allenfalls wenig repräsentativ.

Ferner hat sich die PUE nicht zu den Einwänden des Beschwerdegegners geäußert, dass die beigezogenen Referenzspitäler einen unzutreffenden CMI ausgewiesen hätten und dieser zu falschen Vergleichen der PUE beziehungsweise zu einer zu tiefen Baserate geführt habe. Nicht erörtert hat sie sodann die Frage, ob der ausgehandelte Tarif der Referenzspitäler allenfalls aufgrund besonderer Verhältnisse der Referenzspitäler zustande gekommen war, wie zum Beispiel die bisherige oder die zu erwartende Tarifentwicklung, unterschiedliche Anforderungen an die Notfallaufnahmebereitschaft oder unterschiedliche Möglichkeiten zur Weiterweisung. Es muss daher offen bleiben, inwieweit diese Faktoren für den Beschwerdegegner als Kantonsspital und zugleich als einziges innerkantonales Spital auf der Spitalliste des Kantons Uri ins Gewicht

fallen (vgl. Spitalliste des Kantons Uri, <http://www.ur.ch/de/gsud/ds/gesundheitsversorgung-m1305>, zuletzt besucht am 13. Dezember 2010). Es darf wohl auch nicht unbesehen davon ausgegangen werden, dass die Patientinnen und Patienten den innerkantonalen Spitälern nach dem Zufallsprinzip zugewiesen werden, wenn ein Kanton eine Spitalliste mit einer Vielzahl an zugelassenen Spitälern führt, wie das in casu für die Referenzspitäler im Kanton Bern zutrifft. Neben versicherungstechnischen Aspekten dürften insbesondere auch die Zusammenarbeit mit den Zuweisern und die Qualität der Leistungen eine wichtige Rolle spielen (vgl. dazu WILLY OGGIER, in: Recht und Ökonomie der KVG-Tarifgestaltung. Eine kritische Würdigung unter besonderer Berücksichtigung von Art. 59c KVV, Zürich/Basel/Genf 2010, S. 83).

Es kann nicht Aufgabe des BVGer sein, diese vielschichtigen Fragestellungen im Rahmen eines Beschwerdeverfahrens aufzuarbeiten. Solange sie aber nicht näher ausgeleuchtet und gelöst sind, erscheint dem BVGer in Übereinstimmung mit der Vorinstanz, dem Beschwerdegegner und dem BAG eine Toleranzmarge von 2 %, wie von der PUE empfohlen, im vorliegenden Fall als zu niedrig.

Die Toleranzmarge von 5 %, wie sie von der Vorinstanz eingeräumt wurde, basiert auf der Ermittlung des Referenzspitals nach der Methode gemäss Fachschrift « Spitaltarife – Praxis des Preisüberwachers bei der Prüfung von stationären Spitaltarifen » aus dem Jahr 2006 (E. 6.6.4) und damit auf einer Methode, die wie erwähnt der zwischenzeitlich erfolgten Verfeinerung des Systems nicht mehr gerecht wird und daher im vorliegenden Fall nicht zur Anwendung kommt. Mit der PUE ist daher davon auszugehen, dass eine Toleranzmarge von 5 % auf der Basis des Patientenklassifikationssystem APDRG mit der Kostengewichtsversion 5.1 in casu zu hoch angesetzt ist.

Somit erweist sich einerseits die Toleranzmarge von 2 % gemäss Empfehlung der PUE als zu niedrig und andererseits eine solche von 5 % gemäss angefochtenem RRB als zu hoch; im vorgegebenen Rahmen – mehr als 2 % und weniger als 5 % – erachtet das BVGer unter Berücksichtigung der erwähnten Umstände des vorliegenden Falls eine Toleranzmarge von 4 % als sachgerecht.

6.12 Die Toleranzmarge ist zweifellos zur Baserate der Referenzspitäler (Fr. 7'864.–) zu addieren und nicht etwa von der aufgrund der Kosten der Beschwerdeführerin errechneten Baserate

abzuziehen, wie das im angefochtenen Beschluss fälschlicherweise erfolgt ist.

Zum massgebenden Benchmark von Fr. 7'864.– ist somit eine Toleranzmarge von 4 % zu addieren, was für den Beschwerdegegner eine Baserate von Fr. 8'179.– (100 %) ergibt. Die Baserate für die stationäre Behandlung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beträgt 48 % und ist auf Fr. 3'926.– festzulegen.

6.13 Die Geltungsdauer einer Tariffestsetzung durch den Regierungsrat ist von Bundesrechts wegen grundsätzlich nicht zu befristen. Wird dies trotzdem getan, so ist bei Ablauf der Frist ein neuer Tarif festzusetzen, falls zwischenzeitlich kein Vertrag zustande gekommen ist (Entscheid des Bundesrates vom 26. Juni 2002 in Sachen *santésuisse St. Gallen-Thurgau-Glarus* [Rechtsnachfolgerin des Verbandes Krankenversicherer St. Gallen-Thurgau {KST}] gegen den Regierungsrat des Kantons Thurgau und die Spital Thurgau AG, veröffentlicht in: RKUV 6/2002, S. 480 ff.). Um einen tariflosen Zustand zu vermeiden, legt das BVGer den Tarif vorliegend daher ab 1. Januar 2008 mit unbefristeter Geltungsdauer fest.