

war. Die Krankenkasse, bei welcher C.____ versichert ist, kam vom 9. August 2014 bis zum 10. Juni 2015 für die durch die Klinik B.____ erbrachten Leistungen auf. Mit Schreiben an die Klinik B.____ vom 10. Juni 2015 hielt die Krankenkasse sodann fest, dass sie davon ausgehe, bei C.____ sei die stationäre Rehabilitation ab dem 10. Juni 2015 nicht mehr ausgewiesen. Aus diesem Grund würden bei einem weiteren Klinikaufenthalt lediglich die Kosten übernommen, welche der Pflorgetaxe entsprechen würden. Für die Mehrkosten ist die Krankenkasse ab dem 10. Juni 2015 nicht mehr aufgekomen. Die Klinik B.____ ersuchte die Gemeinde um eine Kostengutsprache für die ungedeckten Mehrkosten, worauf diese der Klinik B.____ mit Schreiben vom 4. Dezember 2015 eine Kostengutsprache für den Zeitraum vom 11. Juni 2015 bis 30. Juni 2016 in der Höhe von Fr. 104.65 pro Tag (bis 31. Dezember 2015) und von Fr. 132.-- pro Tag (ab 1. Januar 2016) erteilte.

B. Nachdem die Gemeinde mit Schreiben vom 22. Januar 2016 eine Kostengutsprache für den Aufenthalt von C.____ im Alterszentrum D.____ erteilt hatte, konnte dieser am 5. April 2016 die Klinik B.____ verlassen und in das Alterszentrum verlegt werden.

C. Die Gemeinde informierte die Klinik B.____ am 5. April 2016 per E-Mail dahingehend, dass sie mangels Zuständigkeit nicht für die ungedeckten Aufenthaltskosten von C.____ in der Klinik B.____ während der Zeit vom 10. Juni 2015 bis zum 5. April 2016 aufkommen würde. Stattdessen seien diese Kosten bei der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft (VGD) geltend zu machen. Diesbezüglich stützte sich die Gemeinde auf ein von ihr angefordertes Gutachten von Prof. Dr. Hardy Landolt vom 31. März 2016, welches sie der Klinik B.____ ebenfalls zukommen liess. Infolgedessen stellte die Klinik B.____ mit Schreiben vom 20. April 2016 der VGD die entsprechende Rechnung für die ungedeckten Aufenthaltskosten in der Höhe von Fr. 437'412.-- zu und ersuchte um Übernahme der Kosten.

D. Im Schreiben an die Klinik B.____ vom 17. Mai 2016 hielt die VGD fest, dass sie die Kosten für den Aufenthalt von C.____ in der Klinik B.____ ab dem 10. Juni 2015 nicht übernehmen würde.

E. Mit Schreiben vom 6. Juni 2016 stellte die Klinik B.____ der Gemeinde diejenigen Aufenthaltskosten von C.____ in Rechnung, welche nicht von der Krankenkasse übernommen wurden. Für den Fall, dass die Gemeinde wider Erwarten diese Kosten nicht übernehmen sollte, ersuchte die Klinik B.____ die Gemeinde um Erlass einer anfechtbaren Verfügung.

F. Die Gemeinde trat mit Verfügung vom 26. Juli 2016 auf den Antrag der Klinik B.____ vom 6. Juni 2016, die im Zeitraum vom 10. Juni 2015 bis 5. April 2016 angefallenen ungedeckten Aufenthaltskosten von C.____ in der Klinik B.____ in der Höhe von Fr. 437'412.-- zu übernehmen, mangels Zuständigkeit nicht ein. Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, dass weder gemäss Art. 49 Abs. 4 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 noch dem anwendbaren kantonalen Recht davon auszugehen sei, dass die Wohnsitzgemeinde der versicherten Person, wenn diese sich ohne medizinische Notwendigkeit in einem Spital i.S.v. Art. 39 Abs. 1 KVG aufhalte, anstelle des Kantons kostenpflichtig werde. Weiter sei festzuhalten, dass der Kanton im Referenztarif für ausserkantonale Spitalbehandlun-

gen explizit einen Tarif aufführe, welcher von diesem vergütet werde, wenn sich eine versicherte Person in einem ausserkantonalen Spital ohne Leistungsauftrag und ohne medizinischen Grund – wie dies vorliegend der Fall sei – aufhalte. Aus diesem Grund sei die Gemeinde unzuständige Behörde im Sinne von § 6 des Verwaltungsverfahrensgesetzes Basel-Landschaft (VwVG BL) vom 13. Juni 1988.

G. Gegen die Verfügung der Gemeinde vom 26. Juli 2016 erhob die Klinik B.____ mit Eingabe vom 28. Juli 2016 Beschwerde beim Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft (Regierungsrat). Es wurde beantragt, die Verfügung der Gemeinde vom 26. Juli 2016 sei aufzuheben. Die Gemeinde sei zu verpflichten, die Kosten der Hospitalisation von C.____ vom 10. Juni 2015 bis 5. April 2016 in der Klinik B.____ in der Höhe von Fr. 437'412.-- zu übernehmen. Unter o/e-Kostenfolge. Am 6. September 2016 reichte die Klinik B.____ die Beschwerdebegründung ein. Darin wurde beantragt, die Verfügung der Gemeinde vom 16. Juli 2016 sei aufzuheben und es sei festzustellen, dass die Gemeinde für den Entscheid über die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Leistungen zuständig sei. Die Gemeinde sei zu verpflichten, die Kosten der Hospitalisation von C.____ vom 10. Juni 2015 bis 5. April 2016 in der Klinik B.____ in der Höhe von Fr. 437'412.-- zuzüglich 5% Zins seit dem 5. April 2016 zu übernehmen. Eventualiter sei die Sache an die Gemeinde zum Entscheid über die Höhe der Leistungen (inkl. 5% Zins seit dem 5. April 2016) für die Hospitalisation von C.____ vom 10. Juni 2015 bis 5. April 2016 in der Klinik B.____ zurückzuweisen. Unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung wurde im Wesentlichen geltend gemacht, dass vorliegend der Tarif gemäss Art. 50 KVG und damit die Pflegeheimfinanzierung zur Anwendung komme, weshalb gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG der Kanton bzw. die Gemeinde die Kosten im Sinne der Restkostenfinanzierung vollumfänglich zu übernehmen hätten. Wobei der Kanton Basel-Landschaft in den §§ 15a ff. des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG) vom 25. März 1996 diese Kosten an die Gemeinden delegiert habe. Aus diesem Grund sei die Gemeinde zuständig, über die Hospitalisationskosten von C.____ in der Klinik B.____ zu entscheiden.

H. Mit Entscheid vom 21. Februar 2017 hiess der Regierungsrat die Beschwerde der Klinik B.____ teilweise gut und hob die Verfügung vom 26. Juli 2016 auf. Die Angelegenheit wurde zur Neubeurteilung an die Gemeinde zurückgewiesen und die Gemeinde angewiesen, die von ihr zu tragenden Kosten für die Pflegekosten in der Klinik B.____ für den Zeitraum vom 11. Juni 2015 bis und mit 5. April 2016 im Sinne der Erwägungen neu zu berechnen. Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, dass die Gemeinde die Nichteintretensverfügung zu Unrecht erlassen habe. § 15a Abs. 1 EG KVG i.V.m. § 15b Abs. 2 lit. c EG KVG halte ausdrücklich fest, dass die Wohnsitzgemeinde für die Finanzierung der Restkosten im Bereich der Pflegenormkosten aufzukommen habe. Dabei sei es unerheblich, ob die Pflegeleistungen in einem Pflegeheim des Kantons Basel-Landschaft oder in einer ausserkantonalen Einrichtung erbracht würden. Zum Schutz vor zu hoher finanzieller Belastung müsse die Gemeinde für den Aufenthalt in einer ausserkantonalen Einrichtung jedoch nur jenen Betrag an die Pflegekosten übernehmen, welchen sie auch bei einem innerkantonalen Aufenthalt bezahlen müsste.

I. Gegen den Entscheid des Regierungsrates vom 21. Februar 2017 erhob die Gemeinde, vertreten durch Prof. Dr. Hardy Landolt, Rechtsanwalt, mit Eingabe vom 6. März 2017 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Verfassungs- und Verwaltungsrecht (Kantonsgericht). Darin wurde beantragt, es sei der Entscheid des Regierungsrates vollumfänglich aufzuheben und festzustellen, dass die Beschwerdeführerin nicht verpflichtet sei, für die ungedeckten Spitalaufenthaltskosten nach dem Wegfall der medizinischen Spitalbedürftigkeit von C.____ aufzukommen. Alles unter o/e-Kostenfolge.

J. In seiner Vernehmlassung vom 8. Mai 2017 beantragte der Regierungsrat, die Beschwerde sei unter o/e-Kostenfolge abzuweisen. Zur Begründung wurde hauptsächlich auf den angefochtenen Entscheid verwiesen.

K. Mit Eingabe vom 8. Mai 2017 liess sich die beigelegene Klinik B.____ vernehmen und beantragte, die Beschwerde der Gemeinde vom 6. März 2017 sei abzuweisen und die Gemeinde sei zu verpflichten, die Kosten der Hospitalisation von C.____ vom 10. Juni 2015 bis 5. April 2016 in der Klinik B.____ in der Höhe von Fr. 437'412.-- zuzüglich 5% Zins seit dem 5. April 2016 zu übernehmen. Eventualiter sei die Beschwerde der Gemeinde abzuweisen und die Gemeinde zu verpflichten, die Kosten der Hospitalisation von C.____ vom 10. Juni 2015 bis 5. April 2016 in der Klinik B.____ in Analogie zu den Pflegekosten gemäss Restkostenfinanzierung zu übernehmen, unter der Auflage, dass die Gemeinde die tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen vollumfänglich zu entschädigen habe (inkl. ungedeckter Restkosten). Subeventualiter sei die Sache der Gemeinde zum Entscheid über die Höhe der Leistungen (inkl. 5% Zins seit dem 5. April 2016) für die Hospitalisation von C.____ vom 10. Juni 2015 bis 5. April 2016 in der Klinik B.____ zurückzuweisen. Alles unter o/e-Kostenfolge.

L. Mit Verfügung vom 1. Juni 2017 wurde der Fall der Kammer zur Beurteilung überwiesen und eine Urteilsberatung angesetzt. Der Rechtsvertreter der Gemeinde reichte mit Eingabe vom 30. Juni 2017 sein Leistungsjournal ein.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung:**

1. Gemäss § 43 Abs. 1 des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 ist gegen Verfügungen und Entscheide des Regierungsrates die verwaltungsgerichtliche Beschwerde beim Kantonsgericht zulässig. Da weder ein Ausschlussstatbestand nach § 44 VPO noch ein spezialgesetzlicher Ausschlussstatbestand vorliegen, ist die Zuständigkeit des Kantonsgerichts zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde gegeben. Zur verwaltungsgerichtlichen Beschwerde ist befugt, wer durch die angefochtene Verfügung oder den angefochtenen Entscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung oder Änderung hat (§ 47 Abs. 1 lit. a VPO). Diese Regelung ist in erster Linie auf Privatpersonen zugeschnitten, doch kann sich auch das Gemeinwesen darauf stützen, falls es durch einen angefochtenen Entscheid gleich oder ähnlich wie ein Privater oder aber in spezifischer Weise in der Wahrnehmung einer hoheitlichen Aufgabe betroffen wird und nicht bloss das allgemeine Interesse an der richtigen Rechtsanwendung geltend macht (BGE

138 II 506 E. 2.1.1 mit weiteren Hinweisen). Das kann bei finanziellen bzw. vermögensrechtlichen Interessen der Fall sein – etwa als Schuldner von Schulkosten (Urteil des Kantonsgerichts, Abteilung Verfassungs- und Verwaltungsrecht [810 14 245] vom 2. Februar 2015 E. 1.2), als Subventionsempfänger (BGE 122 II 382 E. 2b), als Gläubiger von Kausalabgaben (BGE 119 Ib 389 E. 2e; 125 II 192 E. 2a/bb) oder als lohnzahlungspflichtiger öffentlicher Arbeitgeber (BGE 124 II 409 E. 1e). Im vorliegenden Fall wurde die Einwohnergemeinde im angefochtenen Entscheid des Regierungsrates zur Übernahme von Spitalkosten verpflichtet. Die Beschwerdeführerin ist nicht nur Verfügungsadressatin, sondern auch in ihren eigenen finanziellen Interessen berührt und somit zur Beschwerde legitimiert. Da auch die übrigen formellen Voraussetzungen gemäss § 43 ff. VPO erfüllt sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

2. Mit der verwaltungsgerichtlichen Beschwerde können gemäss § 45 Abs. 1 lit. a und b VPO Rechtsverletzungen einschliesslich Überschreitung, Unterschreitung oder Missbrauch des Ermessens sowie die unrichtige oder unvollständige Feststellung des Sachverhalts gerügt werden. Die Beurteilung der Angemessenheit des angefochtenen Entscheids ist dem Kantonsgericht dagegen – abgesehen von hier nicht vorliegenden Ausnahmefällen – verwehrt (§ 45 Abs. 1 lit. c VPO e contrario).

3. Strittig ist, ob der Regierungsrat zu Recht die Beschwerde der Klinik B.____ teilweise gutgeheissen, die Verfügung der Beschwerdeführerin vom 26. Juli 2016 aufgehoben und die Angelegenheit zur Neuurteilung an die Gemeinde zurückgewiesen hat. Damit beschränkt sich der vorliegende Streitgegenstand auf die Frage, ob die Beschwerdeführerin ursprünglich zu Recht eine Nichteintretensverfügung mangels sachlicher Zuständigkeit erlassen hat. Die Höhe eines allfällig zu leistenden Betrags der Beschwerdeführerin ist vorliegend weder Anfechtungs- noch Streitgegenstand und somit nicht zu beurteilen.

4. Die Beschwerdeführerin bringt in ihrer Begründung vor, dass vorliegend weder aus Art. 49 Abs. 4 KVG noch aus der bundesgerichtlichen Rechtsprechung abgeleitet werden könne, dass die Grundsätze der Pflegekostenfinanzierung beim Wegfall der Spitalbedürftigkeit uneingeschränkt anwendbar seien. Zudem macht sie geltend, dass das basellandschaftliche Spitalgesetz vom 17. November 2011 (§ 2 Abs. 1 lit. d) den Kanton dazu verpflichtete, mit privaten und ausserkantonalen Spitälern Verträge abzuschliessen und darin die Modalitäten der Finanzierung der Spitalaufenthaltskosten zu regeln. In Nachachtung dieser gesetzlichen Regelung sei der Referenztarif für ausserkantonale Spitalbehandlungen verabschiedet worden. Gemäss diesem Referenztarif übernehme der Kanton bei einem Aufenthalt in einem ausserkantonalen Spital ohne Leistungsauftrag des Kantons Basel-Landschaft und ohne medizinischen Grund die aufgeführten Referenztarife. Für den Fall der Querschnittlähmung werde eine Tagespauschale gemäss dem Standorttarif vorgesehen. Insbesondere aus diesem Grund sei die Beschwerdeführerin der Auffassung, dass sie weder von Bundesrechts wegen noch gestützt auf das kantonale Gesundheitsrecht verpflichtet sei, die Restkosten des Spitalaufenthalts von C.____ zu übernehmen.

5. Demgegenüber macht die Klinik B.____ geltend, dass C.____ nach Wegfall seiner Spitalbedürftigkeit lediglich aufgrund der fehlenden Kostengutsprache der Gemeinde für das Al-

terszentrum weiterhin in der Klinik B._____ verbleiben musste. Das Verhalten der Gemeinde verdiene keinen Rechtsschutz und dürfe nicht zu einem Profit der Gemeinde und zum Nachteil der Klinik B._____ führen. Die Verpflichtung zur vollständigen Restfinanzierung dürfe nicht auf die Pflegeheime bzw. die Spitäler abgewälzt werden. Vielmehr verbleibe die Verpflichtung auch in Bezug auf die ungedeckten Restkosten bei den Kantonen oder Gemeinden.

6. Der Regierungsrat führt in seiner Vernehmlassung unter Hinweis auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung aus, dass nach dem Wegfall der Spitalbedürftigkeit der Pflgetarif nach Art. 50 KVG zu Anwendung komme, und zwar für alle Kostenträger. Gestützt auf die kantonalen Bestimmungen im EG KVG habe die zuständige Gemeinde die festgelegten Pflegekosten zu tragen. Zusätzlich wurde ausgeführt, dass die Referenztarife für ausserkantonale Spitalbehandlungen nur bei Vorliegen einer Spitalbedürftigkeit zur Anwendung kämen.

7.1 Grundsätzlich ist festzuhalten, dass eine versicherte Person für die stationäre Behandlung unter den Spitälern, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital), frei wählen kann. Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem solchen Listenspital die Vergütung anteilmässig nach Art. 49a KVG höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt (Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG). Die Leistungserbringer, namentlich die Spitäler, erstellen ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen, wobei der Tarif eine Grundlage für die Berechnung der Vergütung darstellt (Art. 43 Abs. 1 und Abs. 2 KVG). In Art. 49 Abs. 4 KVG wird festgehalten, dass sich die Vergütung bei Spitalaufenthalten nach dem Spitaltarif in Abs. 1 richtet, solange der Patient oder die Patientin nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf (Spitalbedürftigkeit). Ist diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt, so kommt für den Spitalaufenthalt der Tarif nach Art. 50 KVG (Pflgetarif) zur Anwendung (Art. 49 Abs. 4; ALFRED MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel/Frankfurt am Main 1996, S. 89). Daraus ergibt sich, dass nach dem Wegfall der Spitalbedürftigkeit grundsätzlich nicht mehr nach dem Spitaltarif gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG abgerechnet werden darf, sondern der Pflgetarif im Sinne von Art. 50 KVG zur Anwendung gelangt, selbst wenn sich der betroffene Patient oder die betroffene Patientin weiterhin im Spital aufhält (BGE 124 V 362 E. 1; BRIGITTE PFIFFNER RAUBER, Das Recht auf Krankheitsbehandlung und Pflege, Zürich/Basel/Genf 2003, S. 191).

7.2 Art. 50 KVG hält sodann fest, dass bei einem Aufenthalt in einem Pflegeheim der Versicherer die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege nach Art. 25a KVG vergütet. Art. 25a Abs. 5 KVG ist zu entnehmen, dass der versicherten Person von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden dürfen. Die Kantone regeln die Restfinanzierung. Durch den vorbehaltlosen Verweis in Art. 49 Abs. 4 auf den Pflgetarif in Art. 50 KVG kann nicht davon ausgegangen werden, dass dieser Verweis nur für den Versicherer und nicht für das Gemeinwesen (Gemeinden oder Kanton) gilt und das Gemeinwesen auch nach Wegfall der Spitalbedürftigkeit bei einem weiteren Aufenthalt in einem Akutspital den Spitaltarif zu vergüten habe. Eine abweichende Regelung für eine Kostentragung durch das Gemeinwesen würde dem Wirtschaftlichkeitsgebot in Art. 56 KVG zuwiderlaufen, welches sich an den Leistungs-

erbringer richtet und besagt, dass sich dieser in seinen Leistungen auf das Mass beschränken muss, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden (Art. 56 Abs. 2 KVG). Daraus ergibt sich, dass nach dem Wegfall der Spitalbedürftigkeit die anschliessend in einem Spital erbrachten Leistungen sich an den Bedarf des Patienten anpassen müssen bzw. sich auf Pflegeleistungen beschränken müssen, welche auch nach dem entsprechenden Pflgetarif gemäss Art. 50 i.V.m. Art. 25a KVG und nicht nach dem Spitaltarif abgerechnet werden, unabhängig davon, wer schlussendlich die tatsächlich angefallenen Kosten übernimmt. Entsteht bei einem pflegebedürftigen Patienten während seines Aufenthalts in einem Akutspital erneut eine Spitalbedürftigkeit und ist er auf weitergehende medizinische Massnahmen angewiesen, so sind für die Abrechnung dieser Massnahmen die dafür vorgesehenen Gesetzesbestimmungen wieder heranzuziehen.

7.3 Mit Blick auf die vorgenannten bundesrechtlichen Bestimmungen im KVG ist für den vorliegenden Fall zum einen festzustellen, dass bei dem betroffenen C.____ nach dem unbestrittenen Wegfall seiner Spitalbedürftigkeit seit dem 10. Juni 2015 für seinen Spitalaufenthalt in der Klinik B.____ vom 10. Juni 2015 bis zum 5. April 2016 grundsätzlich der Pflgetarif i.S.v. Art. 50 KVG für die erbrachten Leistungen massgebend ist. Dies gilt insbesondere nicht nur für die Rechnungsstellung an den Versicherer, sondern auch für eine allfällige Restkostenfinanzierung durch das Gemeinwesen. Zum anderen bezieht sich die Restfinanzierung gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG auf die Differenz zwischen den fakturierten Pflegekosten einerseits und dem Beitrag des Versicherers gemäss Abs. 4 sowie der Quote von 20 Prozent gemäss Abs. 5 andererseits. Der Gesetzgeber hat es indessen abgelehnt, festzuschreiben, dass die Kantone von Bundesrechts wegen diese Differenz zu übernehmen haben. Die Kantone haben lediglich die Auflage, die Restfinanzierung zu regeln (GEBHARD EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], 2010, N 16 zu Art. 25a KVG).

7.4 In Nachachtung der bundesgesetzlichen Bestimmung in Art. 25a KVG wurde im EG KVG die Finanzierung von Pflegeleistungen geregelt. Darin wird in § 15a festgehalten, dass die Wohngemeinde bei Pflegeleistungen nach der Krankenversicherungsgesetzgebung die Differenz zwischen den anrechenbaren Kosten der Pflegeleistungen und dem Beitrag der obligatorischen Krankenversicherung abzüglich des Anteils der versicherten Person übernimmt. Die Beiträge der Gemeinde nach § 15a EG KVG erstrecken sich auf ambulante und stationäre Pflegeleistungen, welche zur Deckung des Bedarfs der Bevölkerung erforderlich sind. Die Gemeinde finanziert in diesem Rahmen Pflegeleistungen von Pflegeheimen und Spitälern, die auf der Pflegeheimliste des Kantons aufgeführt sind (§ 15b Abs. 2 lit. b EG KVG). Bei anderen Pflegeheimen und Spitälern finanziert die Gemeinde die Pflegeleistungen jedoch höchstens mit demjenigen Betrag, den die Gemeinde bei einem Aufenthalt in einem Pflegeheim oder Spital, welches auf der Pflegeheimliste des Kantons aufgeführt ist, ausrichten würde (§ 15b Abs. 2 lit. c EG KVG). Dadurch wird einerseits gewährleistet, dass die Wohnsitzgemeinde durch einen ausserkantonalen Spital- oder Pflegeheimaufenthalt nicht zu hoch finanziell belastet wird und mit Blick auf die Rechtssicherheit die Kosten gleich bleiben, unabhängig davon, welche Institution ihre Behandlungen in Rechnung stellt. Andererseits wird sichergestellt, dass alle Einwohnerin-

nen und Einwohner des Kantons im gleichen Ausmass von der "Restfinanzierung" profitieren (vgl. Landratsvorlage 2010/293 vom 31. August 2010, S. 6). Diese anrechenbaren Normkosten hat der Regierungsrat in der Verordnung über die Finanzierung von Pflegeleistungen (VoPF) vom 22. Februar 2011 für jede Pflegebedarfsstufe (1-12) in Frankenbeträgen kantonsweit einheitlich festgelegt (vgl. § 1 VoPF). Bei der Festsetzung der anrechenbaren Normkosten orientiert sich der Regierungsrat ebenfalls am Wirtschaftlichkeitsgebot (vgl. § 15c Abs. 3 VoPF). In Ergänzung zu § 1 sieht § 1^{bis} VoPF für den Fall eines erhöhten Pflegebedarfs die Abgeltung nach Aufwand vor, was eine bedarfsorientierte Betreuung und Rechnungsstellung im Einzelfall ermöglicht.

7.5 Aufgrund der vorstehenden Ausführungen lässt sich in Bezug auf den vorliegenden Fall zunächst feststellen, dass die Gemeinde als Wohnsitzgemeinde von C._____ für dessen Pflegekosten in der Klinik B._____ im Zeitraum vom 10. Juni 2015 bis 5. April 2016 im Rahmen der kantonalen Pflegenormkostenregelung aufzukommen hat. Dies gilt unabhängig davon, ob sich C._____ in einem ausserkantonalen oder kantonalen Spital oder Pflegeheim aufgehalten hat, zumal das EG KVG beide Institutionen explizit aufführt (vgl. § 15b Abs. 2 EG KVG). Die Gemeinde ist somit auch für einen Entscheid über die ihr zugestellte Rechnung der Klinik B._____ zuständig, hat auf das Zahlungsbegehren einzutreten und dieses materiell zu beurteilen. Ihre Zuständigkeit hat die Gemeinde überdies bereits mit ihrer Kostengutsprache an die Klinik B._____ vom 4. Dezember 2015 bejaht, indem sie die Übernahme der ungedeckten Kosten für den Aufenthalt von C._____ in der Klinik B._____ längstens für die Zeit vom 11. Juni 2015 bis 30. Juni 2016 gestützt auf § 15a EG KVG zugesichert hat. Aus welchen Gründen die Gemeinde sich anschliessend von dieser Kostengutsprache distanziert hat, geht aus den vorliegenden Akten nicht hervor. Das Argument, auf welches sich die Gemeinde in ihrer Beschwerde hauptsächlich stützt, wonach die im Kanton Basel-Landschaft geltenden Referenztarife für ausserkantonale Spitalbehandlungen vom 1. Oktober 2015 zur Anwendung kommen und damit der Kanton für solche Behandlungskosten aufzukommen habe, greift vorliegend nicht. Der besagte Referenztarif wird herangezogen, sofern sich Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Basel-Landschaft in einem ausserkantonalen Spital ohne Leistungsauftrag des Kantons Basel-Landschaft (vgl. Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG) behandeln lassen, ohne dass für eine ausserkantonale Spitalwahl medizinische Gründe vorliegen würden (vgl. Art. 41 Abs. 2 ff. KVG). Die erwähnten Bestimmungen in Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG und Art. 41 Abs. 2 ff. KVG beziehen sich explizit auf eine stationäre Behandlung (in einem ausserkantonalen Spital). Damit wird zunächst vorausgesetzt, dass die betroffene Person spitalbedürftig sein muss und nicht ein Spitalaufenthalt für reine Pflegeleistungen ermöglicht wird. Weiter wird nicht verlangt, dass für die ausserkantonale Behandlung medizinische Gründe vorliegen. Das heisst, innerkantonale sowie ausserkantonale Spitaler bieten dieselben medizinischen Einrichtungen an, sodass für die Wahl des Spitals persönliche Gründe ausreichen. Damit wird der Spitalwahlfreiheit für ausserkantonale Hospitalisationen Rechnung getragen (GEBHARD EUGSTER, a.a.O., N 5 zu Art. 41 KVG). Der kantonale Referenztarif in Verbindung mit Art. 41 Abs. 1^{bis} ff. KVG kommt somit nur zur Anwendung, soweit bei der betroffenen Patientin oder dem betroffenen Patienten eine Spitalbedürftigkeit vorliegt. Im Fall von C._____ lag unbestrittenermassen seit dem 10. Juni 2015, und damit für den vorliegend zu beurteilenden Zeitraum, keine Spitalbedürftigkeit für einen Spitalaufenthalt vor. Der Spitaltarif bzw. die allenfalls daraus resultierende Kostentragungspflicht des Kantons ge-

mäss Referenztarif haben im vorliegenden Kontext somit keine Bedeutung, weshalb sich die Gemeinde nicht darauf berufen kann.

8. Aus den vorstehenden Erwägungen ergibt sich, dass eine zumindest teilweise Kostentragungspflicht der Gemeinde für den Aufenthalt von C._____ in der Klinik B._____ in der Zeit vom 10. Juni 2015 bis 5. April 2016 besteht. Entsprechend ist auch die sachliche Zuständigkeit der Gemeinde gegeben, weshalb sie auf das Gesuch der Klinik B._____ hätte eintreten und dieses materiell behandeln müssen. Gestützt darauf ist der vorliegend angefochtene Entscheid des Regierungsrates nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen.

9. Gemäss § 20 Abs. 1 VPO ist das Verfahren vor Kantonsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten umfassen die Gerichtsgebühren und die Beweiskosten und werden in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt (§ 20 Abs. 3 VPO). Gemäss § 20 Abs. 4 VPO werden den kantonalen Behörden und Gemeinden Verfahrenskosten auferlegt, wenn sie – wie hier – das Kantonsgericht in Anspruch nehmen. Angesichts des Ausgangs des Verfahrens sind die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 1'400.-- der Beschwerdeführerin aufzuerlegen und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 1'400.-- zu verrechnen. Die Parteikosten sind gemäss § 21 Abs. 1 und 2 VPO wettzuschlagen.

Demgemäss wird **erkannt**:

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 1'400.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 1'400.-- verrechnet.
 3. Die Parteikosten werden wettgeschlagen.

Vizepräsident

Gerichtsschreiberin