



Newsletter

Datum 11.02.2010
Sperrfrist 11.02.2010, 09.00 Uhr

Nr. 1/10

INHALTSÜBERSICHT/ CONTENU/ CONTENUTO

1. HAUPTARTIKEL/ ARTICLE PRINCIPALE/ ARTICOLO PRINCIPALE

Neuordnung der Pflegefinanzierung: Soziale Anliegen treffen auf finanzpolitisches Kalkül

Le nouveau régime de financement des soins: au croisement des considérations sociales et des calculs financiers

Nuovo ordinamento del finanziamento delle cure: le richieste sociali si scontrano con i calcoli della politica finanziaria

2. KURZMELDUNGEN/ BREFS/ IN BREVE

- UVEK folgt der Empfehlung der Preisüberwachung nach einer moderaten Anpassung der Tarife für die Tageszustellung von pressegeförderten Zeitungen
- Strom: Netznutzungsentgelt für das Höchstspannungsnetz und Systemdienstleistungen
- Bundesverwaltungsgericht bestätigt die Empfehlung des Preisüberwachers zum TARMED Taxpunktwert 2007 für ambulante Arztleistungen dreier Privatkliniken im Kanton Aargau
- Tasse sui rifiuti: in Ticino la Sorveglianza dei prezzi valuta la necessità di adeguare le tasse di alcuni comuni alla diminuzione dei costi di smaltimento dei rifiuti
- Zahlreiche Empfehlungen in den Bereichen Wasser und Abwasser
- Ticketcorner: Teure Warteschlaufe

3. VERANSTALTUNGEN/HINWEISE

- Voranzeige Jahrespressekonferenz Preisüberwacher



1. HAUPTARTIKEL

Neuordnung der Pflegefinanzierung: Soziale Anliegen treffen auf finanzpolitisches Kalkül

Der Preisüberwacher will die Bewohner und Bewohnerinnen von Alters- und Pflegeheimen vor ungerechtfertigten Beteiligungen an den Pflegekosten schützen. Er hat die Kantone deshalb in einem Rundschreiben aufgefordert, den gesetzgeberischen Willen bei der Neuordnung der Pflegefinanzierung und den Tarifschutz des Krankenversicherungsgesetzes zu respektieren: Die Kantone haben jenen Finanzbedarf zu regeln, der nicht via Krankenversicherung und gesetzlich begrenztem Eigenbeitrag der Bewohnerinnen und Bewohner gedeckt ist.

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und die Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) grenzen den Leistungsbereich der von den Krankenkassen zu finanzierenden Pflegekosten genau ab. Art. 44 KVG (Tarifschutz) besagt unmissverständlich, dass **keine KVG-pflichtigen Pflegekosten auf Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen abgewälzt werden dürfen.**

Bis zur Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung 2011 sind Rahmentarife in Kraft, die das Kostenwachstum in diesem Bereich zu Lasten der Krankenkassen stoppen sollten. Es ist bekannt, dass die Rahmentarife nicht die gesamten Pflegekosten (insbesondere in den oberen Pflegebedarfsstufen) zu decken vermögen.¹ Bei der Einführung der Rahmentarife hatte der Bundesrat den Kantonsregierungen mitgeteilt, die Übernahme der nicht gedeckten Kosten durch die Kantone für einen vorübergehenden Zeitraum von ein paar Jahren würde eine angemessene und willkommene Geste darstellen. In einer früheren Bundesratsentscheid war zudem klar festgehalten, dass der Tarifschutz auch weiterhin gilt. Trotzdem wurden in den letzten Jahren in vielen Kantonen systematisch KVG-pflichtige Pflegekosten den Bewohnerinnen und Bewohnern über überrissene Betreuungstaxen oder Pensionspreise verrechnet, was gegen Bundesgesetz versties.

Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung per 01.01.2011 sollen diese Missstände behoben werden. Die Beiträge der Bewohnerinnen und Bewohner sind darin klar begrenzt. **Das Gesetz sieht vor, dass die Krankenkassen neu für alle Heime in der Schweiz einheitliche Beträge je Pflegebedarfsstufe bezahlen. Falls diese Krankenkassenbeiträge in einem Heim die Pflegekosten nicht in allen Pflegebedarfsstufen vollständig decken, müssen die Bewohnerinnen der Pflegebedarfsstufen mit Deckungslücken maximal 20% des höchsten Krankenkassenbeitrags übernehmen. Der kassenpflichtige Höchstbetrag beträgt neu Fr. 108.-; die maximale Belastung für die Heimbewohnerinnen und –bewohner damit Fr. 21.60 pro Tag. Diese Obergrenze darf in keinem Fall überschritten werden.** Ansonsten liegt eine Verletzung des Tarifschutzes im weiteren Sinne vor.² Falls die Krankenkassenbeiträge die Kosten in einer Pflegebedarfsstufe zu decken vermögen, sind Zusatzkosten zu Lasten dieser Bewohnerinnen und Bewohner unzulässig. Liegt der ungedeckte Betrag unter Fr. 21.60 pro Tag, so ist lediglich der Differenzbetrag zwischen effektiven Pflegekosten und Krankenkassenbeitrag Bewohnerinnen und Bewohnern in dieser Pflegebedarfsstufe verrechenbar.³ Wenn die Krankenkassen- und Bewohnerbeiträge zur Finanzierung der Pflegekosten in einer Pflegebedarfsstufe nicht ausreichen, **regelt der Kanton die sogenannte Restfinanzierung.**

¹ Die Heime wiesen in der Sozialmedizinischen Statistik 2007 rund 3 Mrd. CHF Kosten für KVG-pflichtige Pflege aus. Von den Krankenkassen wurden in diesem Jahr jedoch nur knapp 1.7 Mrd. CHF übernommen.

² Die spezialgesetzliche Regelung in Art. 25a Abs. 5 KVG sieht explizit eine maximale Beteiligung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in Höhe von CHF 21.60 pro Tag vor, was dem Wortlaut von Art. 44 KVG (Tarifschutz i. e. S.) nicht genau entspricht. Wir sprechen deshalb hier von Tarifschutz i. w. S.

³ Vgl. Erläuterungsbericht zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 10. Juni 2009, Seiten 4 und 5.

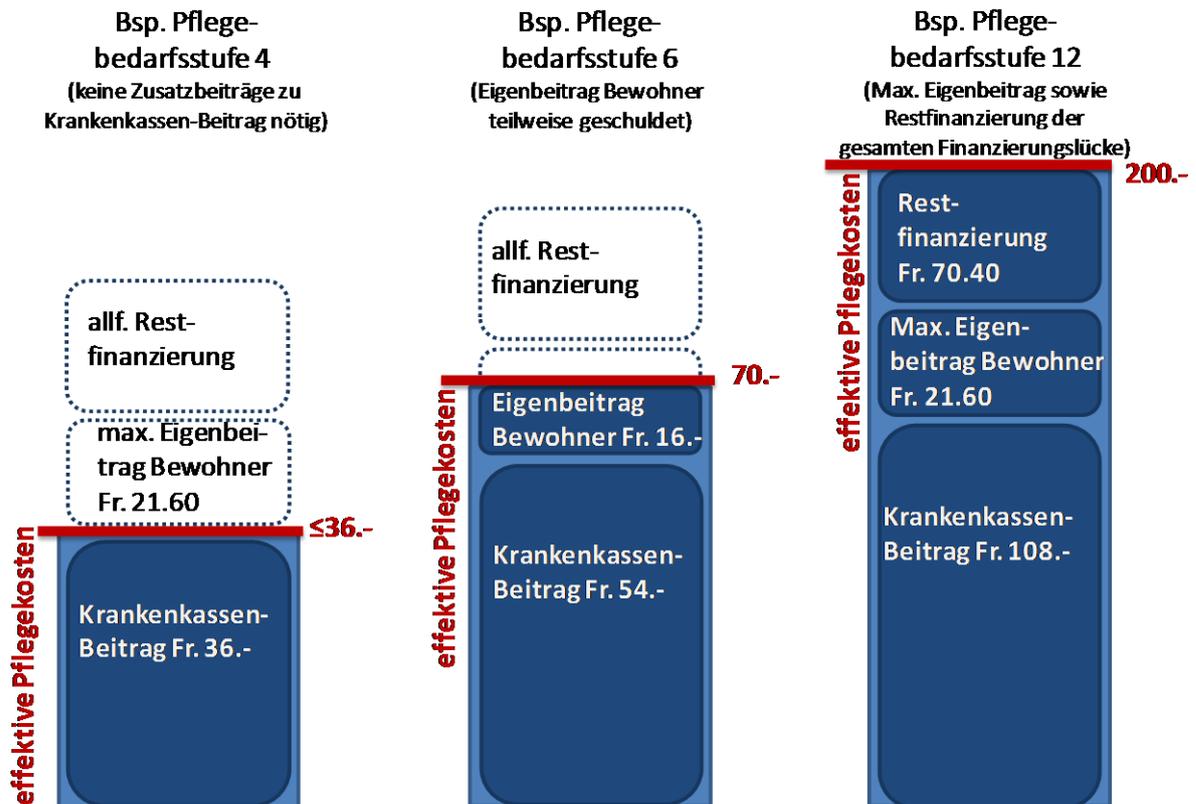


Abbildung 1: Fiktive Finanzierungsbeispiele für drei Pflegebedarfsstufen eines Heimes X unter Einhaltung des Tarifschutzes i.w.S. gemäss Neuordnung der Pflegefinanzierung

Im Ringen um eine für alle Seiten verträgliche Finanzierungslösung zwischen den Krankenkassen, den Heimen, der öffentlichen Hand und den Bewohnerinnen und Bewohnern sitzen Letztere mit Ihrem Anspruch auf Einhaltung des Tarifschutzes am kürzeren Hebel. Die Aussichten, ihr Recht über langwierige Verfahren einzuklagen, sind für hochbetagte Personen besonders unerfreulich. Um die einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner vor Missbrauch zu schützen, sind die Kantone gefordert, Lösungen zu finden, die nicht nur ihren mit der Gesetzesänderung verbundenen Finanzierungsbedarf minimieren.

Der Vorstand der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren hat im Oktober 2009 eine Empfehlung an die Kantone zur Umsetzung dieses Gesetzes abgegeben.⁴ Diese lässt aufhorchen und hat den Preisüberwacher dazu veranlasst, die Kantone in einem Rundschreiben auf die Gefahr einer erneuten systematischen Verletzung des Tarifschutzes i.w.S. hinzuweisen. Die **vier Empfehlungen der Preisüberwachung** sind nachfolgend aufgeführt:

⁴ Empfehlungen zur Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung; verabschiedet durch den Vorstand der GDK am 22.10.2009. Internetdatei: http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Empfehlungen/EM_Umsetzung_200910-d.pdf



- Die Preisüberwachung hat die Kantone darauf hingewiesen, dass der maximale Eigenbeitrag der Bewohnerinnen und Bewohner nur dann geschuldet ist, wenn in der entsprechenden Pflegebedarfsstufe eine Deckungslücke in mindestens dieser Höhe besteht. Wenn zum Beispiel nur bei Bewohnerinnen und Bewohnern in der höchsten Pflegebedarfsstufe der Krankenkassenbeitrag von Fr. 108.- pro Tag nicht ausreicht, wäre es unzulässig, bei allen Bewohnern einen Eigenbeitrag an die Pflegekosten zu verlangen. Auch wäre es gegen den Willen des Gesetzgebers, einen Eigenbeitrag einzufordern, der die damit zu deckende Lücke zwischen effektiven Pflegekosten und Krankenkassenbeitrag übersteigen würde.
- Die GDK erklärt in ihrem Papier normative Pfelegetaxen im Sinne von Höchstwerten als zulässig. Die Preisüberwachung schätzt ein solches Vorgehen als Verstoss gegen den gesetzgeberischen Willen ein, die Beteiligung der Bewohnerinnen und Bewohner auf maximal Fr. 21.60 pro Tag zu beschränken. Wenn sich die Restfinanzierung der Kantone nicht auf die effektiven Kosten eines Heimes abstützt sondern Normwerte oder Obergrenzen berücksichtigt, werden Heime mit darüber liegenden Pflegekosten nicht alle KVG-pflichtigen Pflegekosten restfinanziert. Würde z.B. ein Kanton die Pflegekosten in der höchsten Pflegebedarfsstufe auf Fr. 160.- pro Tag beschränken, so gehen Fr. 108.- zu Lasten der Krankenkassen, maximal Fr. 21.60 gehen allenfalls zu Lasten der Bewohnerinnen und Bewohner und Fr. 30.40 müsste der Kanton maximal als Restfinanzierungsbetrag regeln. Ein Heim, das für diese Pflegebedarfsstufe Fr. 200.- an täglichen Pflegekosten aufweist, müsste andere Finanzierungsquellen für die ungedeckten Pflegekosten in Höhe von Fr. 40.- finden (Differenzbetrag zwischen Fr. 200.- und Fr. 160.-). So besteht die akute Gefahr, dass die Finanzierungslücken bei der KVG-pflichtigen Pflege auch zukünftig über überhöhte Betreuungs- oder Pensionspreise den Bewohnerinnen und Bewohnern verrechnet werden. Der Eigenbeitrag der Bewohnerinnen und Bewohner an die Pflegekosten würde dann faktisch Fr. 61.60 betragen (Fr. 21.60+Fr. 40.-), und der Tarifschutz i.w.S. würde damit klar verletzt.
- Heime könnten mit dem neuen Finanzierungsregime weiterhin versucht sein, relativ hohe KVG-pflichtige Pflegekosten als Betreuungs- oder als Pensionskosten auszuweisen. Dies mit dem Ziel, erwarteten Spardruck seitens Kanton oder Gemeinden als Restfinanzierer zu vermeiden. Denn bis anhin wird der Pflegepersonalaufwand in der Regel nicht nach objektiven Kriterien zwischen den Kostenträgern „KVG-pflichtige Pflege“ und „Betreuung“ aufgeteilt, was in vielen Fällen zu absurd hohen Betreuungstaxen oder übertriebenen Pensionspreisen zu Lasten der Bewohnerinnen und Bewohner geführt hat. Um die effektiven Pflegekosten zu bestimmen, müssen die Heime nun dringend vom Kanton angehalten werden, mit einer Arbeitszeiterfassung den Anteil der Betreuungsarbeit am gesamten Pflegepersonalaufwand wahrheitsgetreu zu bestimmen.
- Die Preisüberwachung hat den Kantonen zudem vorgeschlagen, einen Höchstwert der Betreuungskosten in Prozenten des Pflegepersonalaufwandes bis Ende 2010 festzulegen. Wird dieser Prozentsatz überschritten, müsste dies von den Heimen mit einer genauen Leistungserfassung und einem umfangreichen und überdurchschnittlich genutzten Betreuungsangebot glaubhaft gemacht werden können. Damit könnte zumindest in der Übergangsphase ein wirksamer und einfacher Schutzmechanismus vor überhöhten Betreuungskosten geschaffen werden.

[Stefan, Meierhans, Manuel Jung, Stefanie Fankhauser]

Zusätzliche Auskünfte:

Stefan Meierhans, Preisüberwacher, Tel. 031 322 21 02

Manuel Jung, Leiter Fachbereich Gesundheitswesen, 031 322 80 98



Le nouveau régime de financement des soins: au croisement des considérations sociales et des calculs financiers

Le Surveillant des prix veut protéger les résidents des maisons de retraite et des établissements médico-sociaux (EMS) contre les participations injustifiées aux frais de soins. Il a adressé une circulaire aux cantons pour les exhorter à respecter la volonté du législateur dans la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins et la protection tarifaire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie: les cantons doivent prendre en charge la part de coûts qui n'est couverte ni par l'assurance-maladie, ni par la contribution personnelle des résidents limitée par la loi.

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) précisent le domaine de prestations des frais de soins à la charge des caisses-maladie. L'art. 44 LAMal (protection tarifaire) dispose sans équivoque que **les frais de soins à la charge de la LAMal ne peuvent être répercutés sur les résidents des maisons de retraite et des EMS.**

Jusqu'à l'introduction du nouveau régime de financement des soins 2011, les tarifs-cadre, censés juguler la croissance des coûts supportés par les caisses-maladie, continueront d'être appliqués. Il est cependant de notoriété publique que ces tarifs ne couvrent pas l'entier des frais de soins, notamment dans les niveaux les plus élevés de soins requis⁵. Lors de l'introduction des tarifs-cadre, le Conseil fédéral avait fait savoir aux gouvernements cantonaux que la prise en charge par les cantons des frais non couverts par l'assurance-maladie, pour une période transitoire de quelques années, constituerait un geste à la fois opportun et bienvenu. Par ailleurs, une décision plus ancienne du Conseil fédéral avait clairement établi que le principe de la protection tarifaire resterait valable. Or, ces dernières années, dans bon nombre de cantons, des frais de soins relevant de la LAMal ont été systématiquement mis à la charge des résidents en EMS sous couvert de taxes d'encadrement excessives, et ce au mépris de la loi fédérale.

Ces irrégularités devraient cesser avec l'introduction, le 1^{er} janvier 2011, du nouveau régime de financement des soins, qui limite clairement les contributions des résidents. **La loi prévoit que les caisses-maladie versent désormais des montants unifiés à tous les homes de Suisse pour chaque niveau de soins requis. Si, dans un home, les contributions de la caisse-maladie ne couvrent pas entièrement les frais de soins de tous les niveaux de soins requis, les résidents classés dans les niveaux de soins pour lesquels la couverture est lacunaire doivent prendre en charge 20 % au plus de la contribution maximale de la caisse-maladie. Cette contribution maximale s'élève désormais à 108 francs, de sorte que la charge maximale imputable aux résidents en EMS est de 21 fr. 60 par jour. Ce plafond ne doit en aucun cas être dépassé.** Son dépassement constitue une violation de la protection tarifaire au sens large⁶. Si les contributions de la caisse-maladie peuvent couvrir les frais d'un niveau de soins requis, facturer des coûts supplémentaires aux résidents n'est pas admis. Si le montant non couvert est inférieur à 21 fr. 60 par jour, seule la différence entre les frais de soins effectifs et la contribution de la caisse-maladie peut être facturée aux résidents dans ce niveau de soins requis.⁷ Lorsque les contributions de la caisse-maladie et du résident ne suffisent pas dans un niveau de soins requis, **le canton assure le financement dit résiduel.**

⁵ Dans la Statistique des institutions médico-sociales 2007, les homes présentent quelque 3 milliards de francs de frais relevant de la LAMal, dont près de 1,7 milliard seulement ont été pris en charge par les caisses-maladie.

⁶ La réglementation spéciale figurant à l'art. 25a, al. 5, LAMal prévoit expressément une participation maximale des résidents de 21 fr. 60 par jour, ce qui ne correspond pas précisément à la teneur de l'art. 44 LAMal (protection tarifaire au sens étroit). C'est pourquoi nous parlons de protection tarifaire au sens large.

⁷ Voir le rapport explicatif du 10 juin 2009 concernant la modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), p. 4.

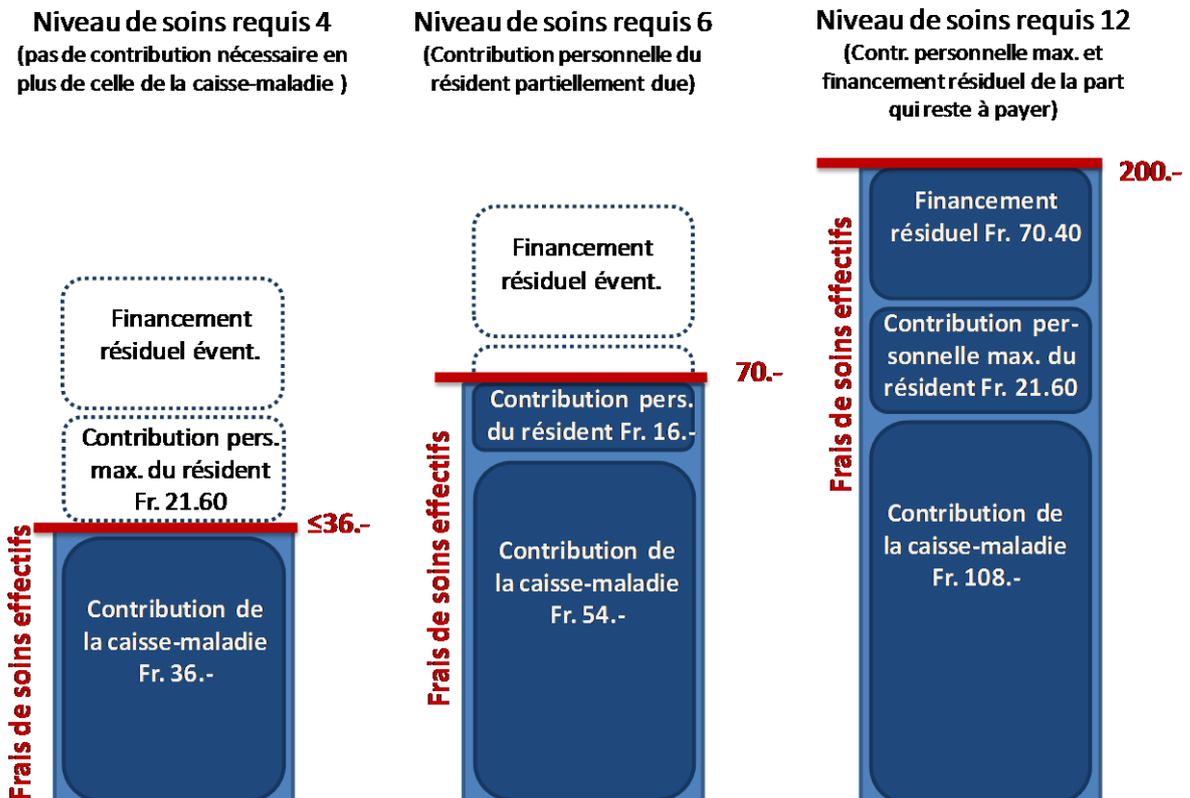


Figure 2: Exemples fictifs présentant le financement de trois niveaux de soins requis, dans un home x, qui respecte la protection tarifaire au sens large conformément au nouveau régime de financement des soins

Dans la bataille autour d'une solution de financement acceptable pour tous les protagonistes, à savoir les caisses-maladie, les homes, les pouvoirs publics et les résidents, ces derniers sont en position de faiblesse, et voient leur droit au respect de la protection tarifaire être malmené. Pour les plus âgés, la perspective de devoir engager des procédures longues et laborieuses pour faire respecter leur droit n'est pas particulièrement réjouissante. Afin de protéger les résidents contre les abus, les cantons sont appelés à trouver des solutions qui ne visent pas seulement à réduire au maximum la part de financement qui leur échoit aux termes de la modification de la loi.

En octobre 2009, le comité directeur de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a adressé aux cantons des recommandations⁸ sur la mise en œuvre de cette loi. Celles-ci n'ont pas échappé à l'attention du Surveillant des prix, qui a envoyé aux cantons une circulaire pour les rendre attentifs au risque renouvelé de violation systématique de la protection tarifaire au sens large. Cette circulaire contient les **quatre recommandations** suivantes:

⁸ Recommandations sur la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins; approuvées par le comité directeur de la CDS le 22.10.2009 (voir sous http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Empfehlungen/EM_Umsetzung_200910-f.pdf)



- La Surveillance des prix a fait remarquer aux cantons que la contribution personnelle maximale n'est imputable aux résidents que si le défaut de financement dans le niveau de soins requis pour le résident équivaut au moins à ce montant. Si, par exemple, la contribution de la caisse-maladie de 108 francs par jour ne suffit pas à couvrir les frais des résidents classés au niveau le plus élevé de soins requis, il ne serait pas admissible d'exiger de tous les résidents une contribution personnelle aux frais de soins. Ce serait même aller à l'encontre de la volonté du législateur d'exiger une contribution personnelle qui dépasse la différence à couvrir entre les frais de soins effectifs et la contribution de la caisse-maladie.
- Dans son document, la CDS estime justifié de fixer des taxes normatives pour les soins à titre de valeurs maximales. La Surveillance des prix juge qu'une telle appréciation s'écarte du but visé par la loi, qui est de limiter la participation des résidents à 21 fr. 60 au plus par jour. Si le financement résiduel des cantons ne se fonde pas sur les frais effectifs du home et qu'il tient compte de valeurs normatives ou de limites supérieures, le financement résiduel par les cantons ne couvrirait pas l'ensemble des frais de soins relevant de la LAMal pour les homes dont les frais de soins excéderaient les limites fixées par les cantons. Si, par exemple, un canton limitait à 160 francs par jour les frais de soins du niveau le plus élevé de soins requis, 108 francs iraient à la charge de la caisse-maladie, 21 fr. 60 au plus iraient éventuellement à la charge du résident et les 30 fr. 40 restants seraient financés par le canton au titre de contribution au financement résiduel. Or le home qui présenterait des frais de soins de 200 francs par jour pour ce même niveau de soins requis devrait trouver d'autres sources de financement pour les 40 francs de frais de soins non couverts (différence entre 200 francs et 160 francs). Il y a ainsi un risque sérieux de voir, à l'avenir, les défauts de financement pour les soins relevant de la LAMal continuer à être compensés par des frais d'encadrement et de pension excessifs. A l'arrivée, la contribution personnelle des résidents aux frais de soins s'élèverait donc d'une manière ou d'une autre à 61 fr. 60 (21 fr. 60 + 40 francs), ce qui constitue une violation claire de la protection tarifaire au sens large.
- Sous le nouveau régime de financement, les homes pourraient continuer d'être tentés de faire passer des frais de soins relativement élevés relevant de la LAMal comme des frais d'encadrement afin d'éviter les mesures d'économie prises par le canton ou les communes, à qui incombe le financement résiduel. Aujourd'hui, les charges du personnel soignant sont en effet rarement réparties selon des critères objectifs entre le poste «soins relevant de la LAMal» et le poste «encadrement», ce qui a souvent entraîné des taxes d'encadrement exagérément élevées à la charge des résidents. Pour déterminer les frais de soins effectifs, les homes doivent désormais être tenus par le canton d'établir, par une saisie du temps de travail fidèle à la vérité, la part du travail d'encadrement dans l'ensemble des charges du personnel soignant.
- La Surveillance des prix a en outre proposé aux cantons de fixer, d'ici à la fin de 2010, une valeur maximale en % de la part des frais d'encadrement dans les charges du personnel soignant. Si ce pourcentage était dépassé, les homes devraient pouvoir justifier ce résultat par une saisie précise des prestations et en montrant que l'offre d'encadrement a été utilisée d'une manière large et supérieure à la moyenne. On pourrait ainsi créer, du moins dans la phase transitoire, un mécanisme de protection simple et efficace pour éviter des frais d'encadrement excessifs.

[Stefan, Meierhans, Manuel Jung, Stefanie Fankhauser]

Informations supplémentaires:

Stefan Meierhans, Surveillant des prix, tél. 031 322 21 02

Manuel Jung, Responsable domaine de la santé, 031 322 80 98



Nuovo ordinamento del finanziamento delle cure: le richieste sociali si scontrano con i calcoli della politica finanziaria

Il Sorvegliante dei prezzi si è posto l'obiettivo di proteggere i pazienti delle case di riposo e di cura dalla partecipazione ingiustificata ai costi delle cure. Per questo in una lettera circolare ha invitato i Cantoni a rispettare la volontà del legislatore nell'ambito del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure e la protezione tariffale prevista dalla legge federale sull'assicurazione malattie. I Cantoni devono regolamentare il fabbisogno finanziario non coperto né dall'assicurazione malattie né dal contributo dei pazienti fissato per legge.

La legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) e l'ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (OPre) limitano in modo preciso il campo di prestazioni che devono essere finanziate dalle casse malati. L'articolo 44 LAMal (protezione tariffale) afferma inequivocabilmente che **i costi soggetti all'obbligo LAMal non possono in alcun caso essere addossati ai pazienti delle case di riposo e di cura.**

Fino al momento dell'introduzione del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure nel 2011, sono in vigore delle tariffe limite che dovrebbero arrestare l'aumento dei costi a carico delle casse malati. È noto che le tariffe limite non permettono di coprire la totalità dei costi (in particolare nei livelli dei bisogni di cure superiori).⁹ Introducendo le tariffe limite il Consiglio federale aveva comunicato ai Governi cantonali che l'assunzione da parte dei Cantoni dei costi scoperti per un periodo provvisorio di alcuni anni sarebbe stata un gesto apprezzabile e adeguato. In una decisione del Consiglio federale si chiariva inoltre che la protezione tariffale continua a essere valida. Nonostante ciò, negli ultimi anni in molti Cantoni sono stati sistematicamente addebitati ai pazienti costi di prestazioni di cura soggette all'obbligo LAMal attraverso tasse per l'assistenza o spese di soggiorno troppo elevate. Questo viola la legge federale.

Con l'entrata in vigore il 1° gennaio 2011 del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure queste irregolarità dovrebbero essere risolte. Nell'ordinamento menzionato i contributi a carico dei pazienti sono delimitati in modo chiaro. **La legge prevede, secondo la nuova normativa, che le casse malati corrispondano a tutte le case di cura svizzere un importo unitario a seconda del livello dei bisogni di cure. Se i contributi versati dalla cassa malati non coprono completamente in una determinata casa di cura i costi delle cure per tutti i livelli dei bisogni di cure, i pazienti che rientrano nei livelli con lacune devono farsi carico di una quota massima del 20 per cento del contributo massimo della cassa malati. Il nuovo importo massimo a carico della cassa malati ammonta a 108 franchi al giorno. Di conseguenza, la spesa a carico dei pazienti delle case di cura deve essere al massimo di 21,60 franchi al giorno. Questo limite massimo non può in alcun caso essere superato.** In caso contrario saremmo nuovamente di fronte a una violazione della protezione tariffale in senso lato¹⁰. Se i contributi della cassa malati consentono di coprire i costi in un determinato livello, non sono ammissibili costi aggiuntivi a carico del paziente. Se l'importo non coperto è inferiore a Fr. 21,60 al giorno, il paziente in questo livello dovrà corrispondere solamente la differenza tra i costi effettivi delle prestazioni di cura e il contributo della cassa malati.¹¹ Se i contributi del paziente e della cassa malati non sono sufficienti a finanziare i costi delle cure nell'ambito di un determinato livello, **è il Cantone a regolamentare il cosiddetto finanziamento residuo.**

⁹ Le case di cura riportano, nei dati statistici del 2007 relativi alle istituzioni sociosanitarie, circa 3 miliardi di franchi di spese per prestazioni soggette all'obbligo LAMal. Le casse malati si sono però assunte costi per un importo di appena 1,7 miliardi di franchi.

¹⁰ La regolamentazione specifica contenuta nell'articolo 25a capoverso 5 LAMal prevede in modo esplicito una partecipazione massima dei pazienti di Fr. 21,60 al giorno. Non trovando una corrispondenza precisa con l'articolo 44 LAMal (protezione tariffale in senso stretto), preferiamo in questo caso parlare di protezione tariffale in senso lato.

¹¹ Cfr. il rapporto esplicativo sulle modifiche all'ordinanza sull'assicurazione malattie del 10 giugno 2009 (in francese e tedesco).

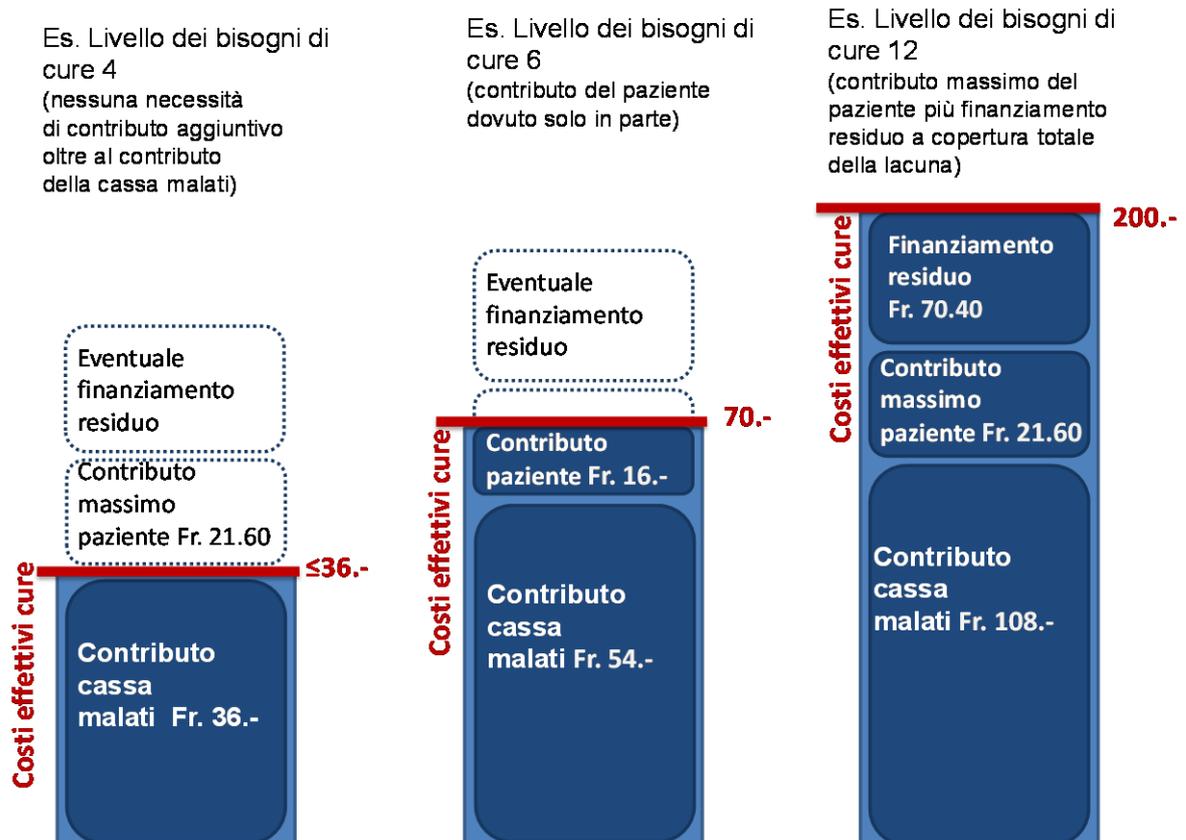


Figura 3: Esempi fittizi di finanziamento per tre livelli dei bisogni di cure di una casa di cura X nel rispetto della protezione tariffale in senso lato secondo il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure

Nella lotta tra le casse malati, le case di cura, gli enti pubblici e i pazienti per una soluzione di finanziamento che metta d'accordo tutte le parti, i pazienti e il loro diritto al rispetto della protezione tariffale sono la parte più penalizzata. La prospettiva di far valere i propri diritti attraverso un iter lungo e complicato è per una persona anziana particolarmente infelice. Per proteggere da questi abusi i singoli pazienti, i Cantoni sono chiamati a trovare soluzioni non solo nell'ottica di minimizzare il loro bisogno di finanziamenti legato alla modifica della legge.

Nell'ottobre del 2009 il comitato della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità ha emanato una raccomandazione per i Cantoni concernente l'attuazione di questa legge.¹² Questo documento ha suscitato interesse e indotto il Sorvegliante dei prezzi a rammentare ai Cantoni in una lettera circolare i rischi di una nuova sistematica violazione della protezione tariffale in senso lato. **Le quattro raccomandazioni della Sorveglianza dei prezzi** sono riportate di seguito:

¹² Raccomandazioni per l'attuazione del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure, approvate dal comitato della CDS il 22 ottobre 2009. Documento internet: http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Empfehlungen/EM_Umsetzung_200910-f.pdf (in francese).



- La Sorveglianza dei prezzi ha ricordato ai Cantoni che l'importo massimo a carico del paziente è dovuto solo se il relativo livello dei bisogni di cure presenta una lacuna di copertura di importo almeno corrispondente. Se ad esempio il contributo di 108 franchi giornalieri versato dalla cassa malati è insufficiente solo per i pazienti nel livello più alto, non è consentito richiedere un contributo a tutti i pazienti. Contro la volontà del legislatore è anche il fatto di richiedere un importo superiore alla lacuna tra i costi effettivi delle cure e il contributo della cassa malati.
- Nel suo documento la CDS dichiara ammissibile stabilire in una norma le tasse per le cure sotto forma di valori massimi. La Sorveglianza dei prezzi vede in tale procedura una violazione della volontà del legislatore di limitare all'importo massimo di 21,60 franchi giornalieri il contributo dei pazienti. Se il finanziamento residuo dei Cantoni non si basa sui costi effettivi di una casa di cura ma su valori standardizzati o limiti massimi, succederà che alle case di cura con costi superiori alla media non sarà più garantito il finanziamento di tutti i costi delle prestazioni soggette all'obbligo LAMal. Se ad esempio un Cantone dovesse limitare i costi delle prestazioni del livello più elevato a 160 franchi al giorno, 108 franchi andrebbero a carico della cassa malati, 21,60 franchi al massimo sarebbero eventualmente a carico del paziente e 30,40 franchi al massimo dovrebbero essere coperti dal Cantone con il finanziamento residuo. Una casa di cura che sostiene per questo livello 200 franchi di costi giornalieri dovrebbe procurarsi altre fonti di finanziamento per i costi scoperti che ammontano a 40 franchi (differenza tra 200 e 160 franchi). Sussiste quindi un notevole rischio che anche in futuro le lacune di finanziamento delle cure soggette all'obbligo LAMal vengano addebitate ai pazienti attraverso costi di assistenza e di soggiorno troppo elevati. Il contributo corrisposto dai pazienti corrisponderebbe infatti nella pratica a 61,60 franchi (21,60 + 40 franchi) e ciò comporterebbe un'evidente violazione della protezione tariffale in senso lato.
- Con il nuovo regime di finanziamento le case di cura potrebbero essere ancora una volta tentate di far figurare i costi relativamente elevati delle prestazioni di cura soggette all'obbligo LAMal come costi di assistenza o di soggiorno. Questo con lo scopo di evitare la pressione al risparmio esercitata dal Cantone o dai Comuni in quanto finanziatori dell'importo rimanente. Finora infatti le spese per il personale di cura non venivano di regola divise secondo criteri obiettivi tra le unità di costo "cura soggetta all'obbligo LAMal" e "assistenza", fatto che ha portato in molti casi a livelli assurdi di tasse di assistenza o a costi di soggiorno eccessivi a carico dei pazienti. Per stabilire i costi effettivi delle prestazioni di cura, le case di cura devono essere sollecitate quanto prima dai Cantoni a stabilire in modo veritiero, con una procedura di registrazione del tempo di lavoro, la quota di lavoro di assistenza rispetto alla spesa globale per il personale di cura.
- La Sorveglianza dei prezzi ha inoltre proposto ai Cantoni di stabilire entro la fine del 2010 un valore massimo dei costi di assistenza in rapporto percentuale alle spese per il personale di cura. Se questa percentuale viene superata essa dovrebbe essere certificata in modo credibile dalle case di cura con una dettagliata registrazione delle prestazioni e documentando un'offerta di assistenza vasta e superiore alla media. In questo modo almeno nella fase di transizione si potrebbe creare un meccanismo più semplice ed efficace di protezione dai costi eccessivi di assistenza.

[Stefan, Meierhans, Manuel Jung, Stefanie Fankhauser]

Ulteriori informazioni:

Stefan Meierhans, Sorvegliante dei prezzi, tel. 031 322 21 02

Manuel Jung, Responsabile settore sanità, 031 322 80 98



2. KURZMELDUNGEN

UVEK folgt der Empfehlung der Preisüberwachung nach einer moderaten Anpassung der Tarife für die Tageszustellung von pressegeförderten Zeitungen

Die Preise für die Tageszustellung von Zeitungen mit Presseförderung können von der Post nicht autonom festgelegt werden, sondern unterliegen der Genehmigungspflicht durch das UVEK. Die Preisüberwachung wiederum verfügt in solchen Fällen gegenüber dem UVEK über ein Empfehlungsrecht. Im vorliegenden Fall wurde davon Gebrauch gemacht, da unsere Abklärungen zeigten, dass die von der Schweizerischen Post geforderten Preiserhöhungen als unverhältnismässig bezeichnet werden müssen. Beanstandet wurde seitens der Preisüberwachung insbesondere, dass die Post intern für identische Prozesse den einzelnen Produkten unterschiedliche Kosten verrechnet. Im Ergebnis führt dies dazu, dass die zu beurteilenden adressierten Tageszeitungen, aber auch die adressierten Briefe, zu hohe Kosten tragen. Die Preisüberwachung hat vor diesem Hintergrund dem UVEK empfohlen, dem Preisbegehren der Post nur teilweise nachzukommen. Das UVEK ist der Empfehlung der Preisüberwachung mit Entscheid vom 22. Dezember 2009 gefolgt.

[Jörg Christoffel]

Strom: Netznutzungsentgelt für das Höchstspannungsnetz und Systemdienstleistungen

Die Tarife der nationalen Netzgesellschaft Swissgrid sind Gegenstand eines Verfahrens der eidgenössischen Elektrizitätskommission (EiCom). Beurteilt werden das Netznutzungsentgelt für die Netzebene 1 (Höchstspannungsnetz) und die Abgeltung für Systemdienstleistungen, die für einen sicheren und unterbruchfreien Netzbetrieb nötig sind.

Die Preisüberwachung wurde im Rahmen des Verfahrens von der EiCom angehört und hat gestützt auf Art. 15 Preisüberwachungsgesetz am 20. Januar 2010 eine formelle Empfehlung abgegeben. Die EiCom wird nach Anhörung der Parteien die Tarife für die Nutzung der Netzebene 1 und für die Systemdienstleistungen festlegen.

[Simon Pfister]

Bundesverwaltungsgericht bestätigt die Empfehlung des Preisüberwachers zum TARMED Taxpunktwert 2007 für ambulante Arztleistungen dreier Privatkliniken im Kanton Aargau

Im Jahr 2007 unterbreitete der Preisüberwacher der Regierung des Kantons Aargau eine Tarifempfehlung zu den ambulanten Arztleistungen der fünf Aargauer Privatkliniken. Sie lautete auf Festsetzung des TARMED Taxpunktwertes auf Fr. 0.90 für das Jahr 2007 wie derjenige der öffentlichen Spitäler. Die Aargauer Exekutive ist dieser Empfehlung gefolgt und setzte den TARMED Taxpunktwert 2007 im Durchschnitt auf Fr. 0.90 fest. Drei Privatklinken haben gegen diesen Entscheid Berufung beim Bundesverwaltungsgericht eingelegt und dabei die Festsetzung von Taxpunktwerten über 1 Franken beantragt.

Mit Urteilen vom 13. und 25. Januar 2010 hat das Bundesverwaltungsgericht in seiner Funktion als letztinstanzliche Beschwerdeinstanz bei Grundversicherungstarifen die Beschwerden aller drei Privatkliniken abgewiesen und damit den TARMED Taxpunktwert 2007 für ambulante Arztleistungen dieser Kliniken im Durchschnitt auf Fr. 0.90 festgesetzt. Das Bundesverwaltungsgericht hat damit **die Empfehlung des Preisüberwachers vollständig gestützt**. Mit diesen Entscheiden hat die Beschwerdeinstanz zum dritten Mal die Methodik der Preisüberwachung zur Bestimmung der TARMED-Taxpunktwerte bestätigt.



[Urteil Bundesverwaltungsgericht vom 13. Januar 2010 \(C-4308/2007\)](#)

[Urteil Bundesverwaltungsgericht vom 25. Januar 2010 \(C-4292/2007\)](#)

[Urteil Bundesverwaltungsgericht vom 25. Januar 2010 \(C-4303/2007\)](#)

[Maira Fierri]

Tasse sui rifiuti: in Ticino la Sorveglianza dei prezzi valuta la necessità di adeguare le tasse di alcuni comuni alla diminuzione dei costi di smaltimento dei rifiuti

Con l'utilizzo a pieno regime del nuovo impianto di termovalorizzazione (ICTR) di Giubiasco, nel 2010 in Ticino i costi di smaltimento dei rifiuti solidi urbani (RSU) subiranno una significativa riduzione. Il Consiglio di Stato ha così approvato la nuova tariffa per il 2010 di 188.30 franchi (IVA inclusa) per lo smaltimento di una tonnellata di rifiuti, corrispondente a una riduzione di poco più del 30% rispetto alla tariffa precedente di 280 franchi (IVA inclusa).

Questa riduzione avrà un impatto importante sulle spese comunali per la gestione dei RSU. Nel 2008 i comuni ticinesi hanno prodotto circa 100'000 tonnellate di RSU, spendendo circa 56 milioni di franchi per la loro raccolta e il loro smaltimento. Grazie alla nuova tariffa questi costi dovrebbero abbassarsi di circa 9 milioni franchi.

La Sorveglianza dei prezzi ha deciso di analizzare l'impatto della nuova tariffa su ogni comune ticinese attraverso una simulazione del grado di copertura dei costi dei rifiuti per il 2010 effettuata applicando la riduzione tariffale ai costi di smaltimento dei RSU recensiti nei censimenti dei rifiuti 2007 e 2008 pubblicati dall'Ufficio gestione dei rifiuti del cantone. I risultati delle proiezioni hanno rilevato che 32 comuni potrebbero trovarsi con un grado di copertura dei costi largamente superiore al 100%, ciò che giustificerebbe una richiesta di abbassamento delle tasse sui rifiuti. Questi comuni contano una popolazione complessiva di circa 52'000 abitanti (16% della popolazione cantonale).

La Sorveglianza dei prezzi ha inviato a questi comuni una richiesta di adattamento delle tariffe. Al momento della pubblicazione della Newsletter, 7 comuni hanno già abbassato o manifestato la loro intenzione di abbassare le loro tariffe, mentre 9 comuni ci hanno informato che manterranno le loro tariffe immutate. Ad altri 6 comuni abbiamo richiesto dei chiarimenti supplementari e l'analisi della loro situazione è ancora in corso. 10 comuni non hanno ancora risposto alle nostre lettere.

[Andrea Zanzi]

Zahlreiche Empfehlungen in den Bereichen Wasser und Abwasser

Seit Dezember 2009 bis heute hat der Preisüberwacher zu zahlreichen Gebührenbegehren im Bereich Wasser und Abwasser Stellung genommen. Den Gemeinden Brienz, Liestal, Sarnen und Langnau i.E. unterbreitete der Preisüberwacher konkrete Tarifempfehlungen. Die Tarifentscheide in diesen Gemeinden stehen noch aus.

Die zukünftige Gemeinde Glarus Nord, die Gemeinde Grellingen und auch die Gemeinde Schmerikon haben dem Preisüberwacher mitgeteilt, dass sie seinen früher abgegebenen Empfehlungen gefolgt sind.

Die Städtischen Werke Zofingen haben die Stellungnahme des Preisüberwachers zur Gebührenvorlage ebenfalls umgesetzt, so dass gegenüber dem Stadtrat auf eine formelle Empfehlung verzichtet werden kann.

[Agnes Meyer]



Ticketcorner: Teure Warteschlaufe

Die Spitzennachfragen bei Konzerten musikalischer Grössen wie AC/DC und U2 führen auch beim Preisüberwacher immer wieder zu zahlreichen Beschwerden. Besonders störend fanden die Fans, dass beim AC/DC-Verkauf die Bandansage, die in verschiedenen Sprachen auf längere Wartezeiten aufmerksam macht, mit 70 Rappen verrechnet wurde.

Auch der Preisüberwacher fand, dass der Aufwand für diese Bandansage in keinem Verhältnis zu den generierten Erträgen sei. Er hat daher Ticketcorner gebeten, auf diese Gebühr zu verzichten.

Erfreulicherweise hat Ticketcorner dem Preisüberwacher nun mitgeteilt, dass diese Ansagen zukünftig in die kostenlose Bandansage integriert werden, welche auf die Gebühr von Fr. 1.19 pro Minute aufmerksam macht. Dies ist ein erfreulicher Entscheid zu Gunsten der Konsumenten.

[Agnes Meyer]

3. VERANSTALTUNGEN/HINWEISE

Voranzeige Jahrespressekonferenz Preisüberwacher

Die Jahrespressekonferenz des Preisüberwachers findet am 25. Februar 2010, 10 Uhr, im Medienzentrum Bundeshaus statt. Preisüberwacher Stefan Meierhans präsentiert den Jahresbericht 2009 und orientiert über die Schwerpunktthemen 2010. Eine spezielle Einladung folgt.

Für zusätzliche Auskünfte zum Newsletter können Sie sich an den Informationsbeauftragten der Preisüberwachung, Rudolf Lanz, Tel. 031 322 21 05 bzw. rudolf.lanz@pue.admin.ch wenden.

Pour des renseignements complémentaires vous pouvez vous adresser à Marcel Chavailleaz, Responsable des relations avec la Suisse romande, tél. 031 322 21 04 resp. marcel.chavailleaz@pue.admin.ch.