

JAAC 66.71

Decisione del Consiglio federale dell'11 aprile 2001
nella causa Cassa malati X contro il Consiglio di Stato
del Cantone Ticino, pubblicazione prevista nella
Giurisprudenza e prassi in materia di assicurazione
malattia e infortuni [RAMI] 3/2002 KV 212

*Assurance-maladie. Tarif applicable par les établissements
médico-sociaux aux assureurs-maladie qui n'adhèrent pas à la
convention dans le système du tiers garant. Contribution aux frais
d'une convention. Fixation du tarif et prise en considération de pertes.*

Art. 46 al. 2, art. 47 al. 1 LAMal.

*- Le membre d'une fédération qui n'adhère pas à une convention
tarifaire conclue par sa fédération et qui souhaite s'adresser à
l'autorité cantonale pour la fixation d'un tarif doit respecter les
fondements de la loi, soit la liberté contractuelle, en s'engageant à
fond pour conclure un accord tarifaire avant d'admettre l'échec des
négociations (consid. 8).*

*- Si cette condition n'est pas remplie, les membres qui n'ont pas
adhéré doivent en supporter les conséquences, le tarif conclu par leur
fédération pouvant leur être opposé en vertu du principe de la liberté
contractuelle (consid. 8).*

*- La contribution équitable aux frais causés par la conclusion et
l'exécution d'une convention doit correspondre à un montant bien
précis et non pas à un pourcentage du tarif (consid. 10).*

*- Même dans le système du tiers garant, les pertes liées à l'encaissement
ne peuvent pas être prises en considération pour la fixation du tarif,
contrairement aux pertes liées aux intérêts passifs (consid. 10).*

Krankenversicherung. Tarif, welcher für Alterspflegeheime im System des «tiers garant» gegenüber Krankenversicherern angewendet wird, die dem Tarifvertrag nicht beigetreten sind. Beitrag zu den Kosten einer Tarifvereinbarung. Festlegung des Tarifs angesichts von Verlusten.

Art. 46 Abs. 2, Art. 47 Abs. 1 KVG.

- Verbandsmitglieder, welche der von ihrem Verband getroffenen Vereinbarung nicht beitreten und welche die Kantonsregierung ersuchen, einen Tarif hoheitlich festzusetzen, haben mit Rücksicht auf den Grundgedanken des Gesetzes - die Vertragsfreiheit - gründliche Anstrengungen zu unternehmen, eine Tarifvereinbarung abzuschliessen, bevor sie die Verhandlungen für gescheitert erklären (E. 8).

- Wenn diese Bedingung nicht erfüllt ist, haben solche Verbandsmitglieder die Folgen zu tragen und müssen in Kauf nehmen, dass der von ihrem Verband beschlossene Tarif auch auf sie angewendet wird (E. 8).

- Der angemessene Beitrag an die Unkosten des Vertragsschlusses und der Durchführung einer Tarifvereinbarung muss einem genauen Betrag entsprechen und darf nicht in Prozenten des Tarifs berechnet werden (E. 10).

- Auch im System des "tiers garant" dürfen Verluste, die im Zusammenhang mit dem Inkasso entstehen, bei der Festsetzung des Tarifs nicht berücksichtigt werden; das Gegenteil gilt für die Zinsen auf Umlaufvermögen, die zu einer Erhöhung des Tarifs führen können (E. 10).

Assicurazione malattia. Tariffa applicabile dagli istituti medicalizzati per anziani, nel sistema del terzo garante, nei confronti degli assicuratori malattia che non hanno aderito alla convenzione. Contributo alle spese di una convenzione. Fissazione della tariffa e presa in considerazione di perdite.

Art. 46 cpv. 2, art. 47 cpv. 1 LAMal.

- Un membro di una federazione che non aderisce a una convenzione tariffale conclusa dalla sua federazione e che desidera adire l'autorità cantonale per stabilire una tariffa, deve rispettare i fondamenti della legge basata sulla libertà contrattuale, impegnandosi a fondo per concludere un accordo tariffale prima di ammettere il fallimento dei negoziati (consid. 8).

- Se questa condizione non è soddisfatta, i membri non aderenti devono sopportarne le conseguenze e aspettarsi che la tariffa conclusa dalla loro federazione possa venire loro applicata in virtù del principio della libertà contrattuale (consid. 8).

- L'equo contributo alle spese per la stipulazione e l'esecuzione di una convenzione deve corrispondere ad un importo ben preciso e non ad una percentuale della tariffa (consid. 10).

- Anche nel sistema del terzo garante, le perdite legate all'incasso non possono essere prese in considerazione nella fissazione della tariffa, contrariamente alle perdite legate agli interessi passivi (consid. 10).

Riassunto dei fatti:

In data 28 maggio 1998 la Federazione ticinese degli assicuratori malattia (in seguito: FTAM) e 48 case per anziani medicalizzate situate nel Canton Ticino hanno concluso una convenzione. L'art. 1 dell'allegato 1 prevede in particolare che, per la retribuzione delle prestazioni previste agli art. 3 e 4 della convenzione, le tariffe forfetarie giornaliere sono fissate al netto della partecipazione a carico dell'assicurato prevista all'art. 64 della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (in seguito: LAMal, RS 832.10) e all'art. 103 dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (in seguito: OAMal, RS 832.102). Il 2 ottobre 1998 la Cassa malati X ha comunicato alla FTAM di non voler aderire a detta convenzione.

Con decreto esecutivo del 12 gennaio 1999 (in seguito: DE), pubblicato il 15 gennaio 1999, il Consiglio di Stato del Cantone Ticino (in seguito: CdS) ha approvato le convenzioni sottoscritte tra la FTAM e gli istituti medicalizzati per anziani del 28 maggio 1998. All'art. 2 DE, il CdS ha previsto che nei confronti di assicuratori malattia che non hanno sottoscritto la convenzione di specie, gli istituti medicalizzati per anziani sono autorizzati a praticare tariffe maggiorate dello 0.5% rispetto a quelle riportate nell'atto convenzionale.

Contro tale decreto è insorta con ricorso amministrativo dell'8 febbraio 1999 al Consiglio federale la Cassa malati X. Essa chiede la revoca del DE ed il rinvio della questione, con istruzioni vincolanti del Consiglio federale, al CdS, per una nuova definizione tariffale, con effetto retroattivo al 1° gennaio 1999. Nel gravame la ricorrente afferma di non essere d'accordo con la convenzione stipulata dalla FTAM e le case per anziani ticinesi, in particolare con la fatturazione netta prevista nella tariffa, con deduzione diretta di una partecipazione ai costi del 10% tramite gli istituti medicalizzati. Questo modo di procedere, infatti, condurrebbe ad un aggiramento della partecipazione ai costi obbligatoria (franchigia e aliquota percentuale) così come prevista dall'art. 64 LAMal e ad un trattamento iniquo degli assicurati. Inoltre, essa contesta la maggiorazione dello 0.5% prevista dal DE per gli assicuratori malattia che non aderiscono alla convenzione. Nonostante la ricorrente abbia manifestato il suo disaccordo in tempo utile, il difetto della convenzione avrebbe dovuto essere considerato d'ufficio dall'autorità cantonale, ragione per la quale non si sarebbe potuto da lei pretendere che intavolasse trattative tariffali indipendenti con gli istituti medicalizzati.

Il Consiglio federale, nella misura in cui è entrato in materia, ha parzialmente accolto il ricorso per i motivi seguenti:

Estratto dei considerandi:

(...)

3.1 Per quanto riguarda il sistema di fatturazione al netto della partecipazione previsto dalla convenzione, la ricorrente non ha il diritto di ricorrere. Infatti, l'art. 2 DE rinvia alle tariffe lorde previste dalla convenzione, ma non al resto,

comprendente il sistema di fatturazione contestato. È vero, come ha fatto notare l'UFAS nella sua presa di posizione, che il rinvio all'allegato 1 previsto dall'art. 3 cpv. 2 *in fine* della convenzione potrebbe anche far credere che alla Cassa malati X debbano venire applicate le tariffe al netto della partecipazione (art. 1 dell'allegato concernente la tariffa per la retribuzione delle prestazioni nelle case per anziani medicalizzate), ma ogni dubbio in questo ambito è fugato dalle affermazioni effettuate dall'autorità intimata, prima nella sua risposta di causa, poi nelle sue osservazioni finali. Quest'ultima dichiara, infatti, che, in presenza di casse non aderenti alla convenzione, l'istituto medicalizzato per anziani fatturerebbe la tariffa lorda all'anziano (regime del terzo garante) o, consenziente la ricorrente, all'assicuratore (regime del terzo pagante), e che l'assicuratore malattia, una volta saldata la fattura, continuerebbe a imputare la partecipazione all'assicurato conformemente all'art. 64 LAMal e all'art. 103 OAMal. Queste affermazioni non lasciano adito a nessun dubbio ed hanno valore determinante, in quanto rispecchiano l'interpretazione autentica dell'autorità che ha emanato la decisione d'approvazione delle convenzioni sottoscritte dalle parti. Continuando ad applicarsi alla Cassa malati X il sistema di fatturazione previsto dalla LAMal, essa non è toccata dalle tariffe al netto della partecipazione, per cui l'affermazione secondo la quale la ricorrente, tramite il DE, si vedrebbe obbligata a rinunciare all'addebito della franchigia annua ordinaria prescritta dalla LAMal ai suoi assicurati degenti negli istituti medicalizzati del Cantone Ticino non corrisponde alla realtà.

3.2 Vi è comunque da aggiungere che, secondo l'art. 42 cpv. 1 LAMal, se assicuratori e fornitori di prestazioni non hanno convenuto altrimenti, l'assicurato è debitore della remunerazione nei confronti del fornitore di prestazioni. In questo caso l'assicurato ha diritto di essere rimborsato dal suo assicuratore (sistema del terzo garante). Al cpv. 2 della medesima disposizione si aggiunge che gli assicuratori e i fornitori di prestazioni possono convenire che l'assicuratore è il debitore della remunerazione (sistema del terzo pagante). Nella fattispecie, non avendo la ricorrente né aderito alla convenzione né concluso un accordo con gli istituti medicalizzati per anziani tendente all'introduzione del sistema del terzo pagante, ci troviamo, nonostante l'art. 2 DE, in presenza di un regime aconvenzionale, ragione per la quale è il sistema del terzo garante che si applica alla ricorrente. Ciò vuol dire che l'istituto medicalizzato per anziani è obbligato ad inviare le proprie fatture all'assicurato, situazione che non permette quindi, in ogni caso, l'applicazione

del sistema di fatturazione al netto della partecipazione. La presente autorità si limiterà dunque ad analizzare la questione legata alla maggiorazione dello 0.5%.

3.3 Nella misura in cui invece il DE, al suo art. 2, estende l'applicabilità delle tariffe convenzionali, maggiorate dello 0.5%, agli assicuratori malattia che non hanno sottoscritto la convenzione, la Cassa malati X è toccata dalla decisione impugnata e ha un interesse attuale e degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 48 lett. a PA).

4. Le disposizioni degli art. 50 e 52 PA concernenti il termine di ricorso, la forma ed il contenuto dello scritto ricorsuale sono rispettate.

5. Secondo l'art. 43 cpv. 1 LAMal, i fornitori di prestazioni stendono le loro fatture secondo tariffe o prezzi stabiliti per convenzione tra gli assicuratori e i fornitori di prestazioni (convenzione tariffale) oppure dalle autorità competenti nei casi previsti dalla legge (art. 43 cpv. 4 LAMal). Le convenzioni tariffali devono essere stabilite secondo le regole dell'economia e adeguatamente strutturate. Le parti alla convenzione e le autorità competenti devono vigilare affinché si conseguano cure appropriate e di alto livello qualitativo, a costi il più possibile convenienti (art. 43 cpv. 6 LAMal). I fornitori di prestazioni devono attenersi alle tariffe ed ai prezzi stabiliti dalla convenzione o dall'autorità competente, senza la possibilità di esigere remunerazioni superiori per prestazioni previste dalla LAMal (art. 44 cpv. 1 LAMal).

6. Se i fornitori di prestazioni e gli assicuratori non riescono a stipulare una convenzione tariffale, oppure se la convenzione viene disdetta, il governo cantonale, sentite le parti interessate, stabilisce la tariffa (art. 47 cpv. 1 LAMal). Il governo cantonale può prorogare di un anno la convenzione tariffale nel caso in cui le parti non si accordino sul rinnovo (art. 47 cpv. 3 LAMal). La disposizione secondo cui il governo cantonale, nei casi di approvazioni di convenzioni tariffali, deve analizzare la conformità alla legge ed ai principi di equità e di economicità (art. 46 cpv. 4 LAMal) vale anche per la fissazione di tariffe in regime aconvenzionale ai sensi dell'art. 47 LAMal (*Alfred Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel und Frankfurt am Main 1996*, pag. 79; [GAAC 58.49](#), pag. 389). Il regime convenzionale rappresenta dunque la situazione normale nell'ambito dell'assicurazione malattie e la fissazione di tariffe e prezzi da parte delle autorità competenti avviene solo in casi eccezionali, dovuti a lacune nel sistema convenzionale (cfr. Messaggio del 6 novembre 1991 del Consiglio federale sulla revisione dell'assicurazione malattie, FF 1992 I 65, pag. 143). Del resto, come già sottolineato, l'art. 47 LAMal statuisce chiaramente che la competenza del governo cantonale di fissare una tariffa è sussidiaria, nel senso che è data unicamente laddove i fornitori di prestazioni e gli assicuratori non riescono a stipulare una convenzione tariffale oppure se essi disdicono una convenzione senza sostituirla.

7.1. La LAMal stabilisce che le parti a una convenzione tariffale sono, da un lato, uno o più fornitori di prestazioni o federazioni di fornitori di prestazioni e, d'altro lato, uno o più assicuratori o federazioni d'assicuratori (art. 46 cpv. 1). Se una delle parti alla convenzione è una federazione, la convenzione vincola i membri della federazione solo se hanno aderito alla convenzione. I non membri esercenti nel territorio previsto dalla convenzione possono

parimenti aderire a quest'ultima. La convenzione può prevedere un loro equo contributo alle spese per la sua stipulazione e per la sua esecuzione. La convenzione disciplina le modalità in materia d'adesione e di desistenza e relative pubblicazioni (art. 46 cpv. 2).

A proposito dell'art. 46 cpv. 1, il Messaggio sottolinea l'importanza della convenzione tariffale quale strumento essenziale per la fissazione di tariffe nell'assicurazione malattia obbligatoria, in particolare la prevalenza del principio della libertà contrattuale. Nonostante questo, le convenzioni concluse dalle federazioni non regolano in maniera obbligatoria e automatica i rapporti tariffali tra i membri della federazione, ma questi ultimi sono legati solo nel caso in cui dichiarino di voler aderire alla convenzione in questione. Simili accordi sono particolarmente auspicati se servono a contenere i costi. La libertà contrattuale deve dare la possibilità alle parti, ove indicato ed efficace, di contribuire al contenimento dei costi grazie all'armonizzazione e al coordinamento e, laddove la differenziazione e la concorrenza si rivelano più appropriate, di scegliere questa strada, rispettivamente di combinare in modo ottimale queste due facoltà (Messaggio, pag. 149 segg.). È quindi possibile, sulla base dell'art. 46 cpv. 2 LAMal, essere membro di una federazione ma concludere una convenzione tariffale diversa da quella che lega la federazione. I dibattiti parlamentari non hanno contraddetto il Messaggio su questo punto, essendosi concentrati essenzialmente sul divieto di clausole d'esclusività e di trattamenti di favore che è stato inserito nel cpv. 3 dell'art. 46 LAMal (BU 1993 N 1860 seg.).

7.2. L'elaborazione di questo articolo della LAMal ha quindi posto l'accento soprattutto su una maggiore libertà contrattuale e sulla concorrenza che potrebbe risulterne, in altre parole sulla capacità e disponibilità dei partner tariffali di contribuire al controllo dei costi nell'assicurazione malattia attraverso un atteggiamento responsabile e libero da ogni vincolo in occasione della fissazione delle tariffe. Per questo motivo, il Messaggio si riferisce principalmente all'ipotesi in cui gli accordi sono o possono essere conclusi, ma non si riferisce affatto o comunque solo marginalmente ai casi in cui i membri che non aderiscono alla convenzione conclusa dalle rispettive federazioni non sono riusciti a concluderne una separata con gli altri partner tariffali. Questa situazione può rivelarsi problematica poiché, in un caso del genere, i membri ed i loro assicurati si ritrovano senza convenzione applicabile e quindi in un regime senza convenzione che va colmato. È pertanto indispensabile accertare se i membri non aderenti possono rinunciare ad una convenzione sapendo di creare un vuoto giuridico e, se sì, in quale misura.

8. Già si è detto che nella LAMal la fissazione autonoma di tariffe da parte dei partner tariffali attraverso convenzioni costituisce la regola generale per stabilire la tariffa delle prestazioni e l'intervento dei governi cantonali rappresenta l'eccezione.

Il Consiglio federale ritiene che quando le parti ricorrono all'art. 46 cpv. 2 LAMal i membri che non aderiscono ad una convenzione devono essere in grado di rispettare i fondamenti della legge basata sulla libertà contrattuale e devono impegnarsi a fondo per concludere un accordo tariffale prima di ammettere il fallimento dei negoziati e di indirizzarsi al governo cantonale. Solo così si potrà rendere compatibile la situazione particolare creata dall'art. 46 cpv. 2 LAMal con il sistema introdotto dalla nuova legge

sull'assicurazione malattie. Il Consiglio federale è cosciente del fatto che tale compito può essere difficile per i membri non aderenti, visto che in certi casi essi dovranno negoziare con i medesimi partner sociali come la loro federazione ma ottenere una tariffa differente da quella conclusa. È quindi necessario e conforme alla legge che in caso di fallimento dei negoziati, i partner possano indirizzarsi al governo cantonale perché fissi una tariffa conformemente all'art. 47 cpv. 1 LAMal. È però chiaro che in questo caso i membri non aderenti devono non solo motivare la loro domanda presentando gli elementi che li spingono a non aderire alla convenzione firmata dalla loro federazione, ma devono pure proporre soluzioni costruttive per l'elaborazione di una nuova tariffa. Ciò permette l'applicazione dell'art. 46 cpv. 2 LAMal, evitandone però un abuso. Se fosse infatti possibile opporsi ad una convenzione conclusa nel rispetto delle esigenze della legge senza tuttavia fornire le ragioni che portano al rifiuto e soprattutto senza partecipare con proposte concrete alla fissazione di una tariffa che contribuisce al contenimento dei costi, vi sarebbe una chiara violazione del sistema della legge basato sul principio della libertà contrattuale.

Pertanto, se i membri non aderenti non rispettano le citate condizioni, essi devono sopportarne le conseguenze e vedersi applicata la tariffa conclusa dalla loro federazione, in virtù del principio della libertà contrattuale ([GAAC 64.14](#) = Giurisprudenza e prassi in materia di assicurazione malattia e infortuni [RAMI] 2/1999, pag. 174 segg.; decisione del Consiglio federale del 23 giugno 1999 nella causa Cassa malati X contro Consiglio di Stato del Canton Basilea Città e Clinica Z SA).

9. Nella fattispecie, la ricorrente, mediante comunicazione del 2 ottobre 1998 e conferma del 7 dicembre 1998 alla FTAM, non ha aderito alla convenzione sottoscritta dalla stessa FTAM e dalle case per anziani, com'era suo diritto, non essendo d'accordo con il sistema di fatturazione previsto. Siccome però detta convenzione, oltre che a regolare i rapporti tra le parti, contiene le tariffe vevolevi a partire dal 1° gennaio 1999, con la non adesione si è venuto a creare un vuoto tariffale. A quel punto la Cassa malati X, contrariamente a quanto è successo, avrebbe dovuto intavolare trattative individuali con le case per anziani, al fine di trovare degli accordi. L'atteggiamento passivo della ricorrente è confermato dalla ricorrente stessa, quando afferma, nel suo ricorso, che «dato che la Cassa malati X non era in primo luogo interessata alla questione della correttezza delle tariffe previste, non si poteva da lei pretendere che intavolasse trattative tariffali indipendenti con gli istituti medicalizzati. Ciò in particolare perché il difetto della convenzione doveva essere considerato d'ufficio e la Cassa malati X lo aveva contestato in tempo utile». La ricorrente dimentica però che non aderendo alla convenzione, a causa del sistema di fatturazione al netto previsto, essa non ha accettato nemmeno le tariffe, le quali, secondo le stesse dichiarazioni della ricorrente, risultavano essere esatte. Vista quindi la mancanza di convenzioni tariffali e l'inattività della ricorrente, che al momento dell'emanazione del DE non aveva nemmeno avviato trattative per ovviare alla mancanza di tariffe a lei applicabili, il CdS, conformemente alla giurisprudenza del Consiglio federale,

ha esteso, mediante decreto esecutivo, l'applicabilità delle tariffe convenzionali agli assicuratori malattia che non hanno sottoscritto la convenzione del 28 maggio 1998.

10. Secondo la ricorrente, visto che il difetto della convenzione legato al sistema di fatturazione al netto della partecipazione doveva essere constatato d'ufficio dall'autorità cantonale, non le si può nemmeno addebitare una maggiorazione dello 0.5% come previsto dal DE. La Sorveglianza dei prezzi, su richiesta dell'autorità cantonale ticinese, ha avuto modo di esprimersi su questa problematica. Nella sua lettera del 17 dicembre 1996 indirizzata all'Istituto delle assicurazioni sociali, a Bellinzona, essa ha affermato che una tariffa maggiorata potrebbe essere causa di aumento dei costi globali. Inoltre se le tariffe fossero maggiorate in maniera massiccia, questo costringerebbe *de facto* gli assicuratori malattia ad aderire alla convenzione, impedendo così una libertà contrattuale, che, secondo il messaggio concernente la LAMal, deve dare la possibilità alle parti, ove indicato ed efficace, di contribuire al contenimento dei costi. La Sorveglianza dei prezzi è dell'avviso che non esiste alcuna ragione per fatturare un supplemento agli assicuratori malattia che non riconoscono la convenzione, se non per un importo minimo (al di sotto dell'1%) che potrebbe essere eventualmente preso in considerazione, in quanto essi approfittano indirettamente di una convenzione senza averne preso a carico i costi legati ai negoziati.

La Sorveglianza dei prezzi ha ragione quando afferma che le parti che non hanno collaborato ai negoziati precedenti la conclusione di una convenzione, della quale però approfittano, dovrebbero partecipare ai costi che ne derivano. In questi casi però, piuttosto che prevedere una maggiorazione tariffale sotto forma di percentuale, il cui importo dipenderebbe dalle fatture delle case per anziani e andrebbe ingiustamente solamente a loro vantaggio, sarebbe auspicabile determinare le spese effettive legate ai lavori di negoziazione, di modo che ogni parte alla convenzione prenda a proprio carico una parte ben determinata di queste spese.

Nella fattispecie, non è dato di sapere se la ricorrente ha partecipato attivamente o meno alle negoziazioni che hanno condotto alla conclusione della convenzione contestata, ma questo aspetto non è determinante ai fini della risoluzione del presente litigio. Infatti, la maggiorazione dello 0.5% prevista dal DE non concerne i costi della conclusione della convenzione, ma viene fatta valere in rapporto al sistema del terzo garante. L'autorità intimata osserva che le tariffe stabilite in regime convenzionale, con l'applicazione del sistema del terzo pagante, come previsto nella convenzione di specie, tengono conto del rischio d'impresa molto limitato del fornitore di prestazioni. In regime aconvenzionale il discorso sarebbe diverso, in quanto, applicandosi il sistema del terzo garante, il fornitore di prestazioni invia la fattura all'assicurato, con un rischio d'impresa legato all'incasso dell'importo dovuto incontestabilmente maggiore. Potrebbe infatti accadere che l'assicurato, una volta ricevuto l'importo della fattura dall'assicuratore, non versi immediatamente o più la somma al fornitore di prestazioni.

Il Consiglio federale ha già avuto modo di pronunciarsi sulla possibilità o meno di prendere in considerazione le perdite legate all'incasso nella fissazione di tariffe, affermando che, anche nel sistema del terzo garante, situazione in cui il fornitore di prestazioni deve incassare direttamente presso gli assicurati

gli importi dovuti, le perdite in questione non possono essere messe a carico dell'assicurazione malattie (decisione non pubblicata del Consiglio federale del 10 maggio 2000 concernente

la tariffa della tomografia per risonanza magnetica nel Canton Sciaffusa, pag. 28, consid. 7.2.2; decisione non pubblicata del Consiglio federale del 20 ottobre 1999 concernente l'adeguamento delle tariffe mediche nel Canton Sciaffusa, pag. 20, consid. 4.3.2).

Per quanto concerne invece le perdite legate agli interessi passivi, invocate dall'autorità intimata per giustificare la maggiorazione tariffale, il Consiglio federale ha dichiarato che questi costi devono essere presi in considerazione nella definizione tariffale (decisione non pubblicata del Consiglio federale del 10 maggio 2000 concernente la tariffa della tomografia per risonanza magnetica nel Canton Sciaffusa, pag. 28, consid. 7.2.2; RAMI 6/1997, pag. 343 segg., consid. 8.6). Per la fissazione del tasso d'interesse, esso ha seguito le indicazioni della Sorveglianza dei prezzi, la quale ha operato una media dei tassi d'interesse applicati alle obbligazioni d'emittenti pubblici, ritenendo una media di 40 giorni per ciò che concerne il termine di pagamento. Ammontando il tasso d'interesse medio per il 1999 a 3,31%, si ottiene un valore di 0.36% che corrisponde ad una maggiorazione tariffale conforme alla LAMal.

Pertanto, la presente autorità ritiene che la maggiorazione tariffale di 0.5% prevista nel DE sia eccessiva, e che questa debba essere riportata ad un valore di 0.36%.

11. Sulla base di quanto precede, il ricorso, nella misura in cui si è entrati in materia, è parzialmente accolto ed il decreto esecutivo del 12 gennaio 1999 del CdS concernente le convenzioni sottoscritte tra la FTAM e gli istituti medicalizzati per anziani deve essere modificato nel senso che nei confronti di assicuratori malattia che non hanno sottoscritto la convenzione di specie, gli istituti medicalizzati per anziani sono autorizzati a praticare tariffe maggiorate dello 0.36% rispetto a quelle riportate nell'atto convenzionale.

Il ricorso è respinto per il resto delle conclusioni.

JAAC 66.71 - Decisione del Consiglio federale dell'11 aprile 2001 nella causa Cassa malati X contro il Consiglio di Stato del Cantone Ticino, pubblicazione prevista nella Giurisprudenza e prassi in materia di assicurazione malattia e infortuni [RAMI]...

In	Verwaltungspraxis der Bundesbehörden
Dans	Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération
In	Giurisprudenza delle autorità amministrative della Confederazione
Jahr	2002
Année	
Anno	
Band	66
Volume	
Volume	
Seite	---
Page	
Pagina	
Ref. No	150 005 666

Das Dokument wurde durch das Schweizerische Bundesarchiv und die Bundeskanzlei konvertiert.
Le document a été digitalisé par les Archives Fédérales Suisses et la Chancellerie fédérale.
Il documento è stato convertito dall'Archivio federale svizzero e della Cancelleria federale.