

JAAC 68.35

Estratto di una decisione del Consiglio federale del 6 novembre 2002 nella causa clinica X. contro il Consiglio di Stato del Cantone Ticino, anche pubblicato nella Giurisprudenza e prassi in materia di assicurazione malattia e infortuni [RAMI] 4/2003, p. 141 segg.

Fixation du tarif applicable dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins pour les hospitalisations dans un hôpital privé.

Art. 47 al. 1, art. 49 LAMal. Art. 14 al. 2 LSPr. Art. 29 al. 2 Cst. Art. 6 CEDH.

- Selon le Tribunal fédéral, la motivation d'une décision peut résulter d'une correspondance séparée ou du renvoi à une prise de position d'une autre autorité. Avant d'éditer l'arrêté litigieux, le Conseil d'Etat a informé la recourante que, s'agissant de la motivation de sa décision, il avait l'intention de se référer à la recommandation de la Surveillance des prix (SPR). Il en résulte que le droit d'être entendu de la recourante a ainsi été respecté (consid. 4.1-4.3).

- Conformément à la jurisprudence du Conseil fédéral, chaque institution de soins qui exerce à la charge de la LAMal doit, pour procéder à un calcul correct et transparent des tarifs, prouver les coûts imputables selon la LAMal qu'il supporte par le biais de sa comptabilité (consid. 5.2).

- L'introduction du système de la SPR, qui prévoit des déductions qui augmentent en fonction de la part des patients en division privée et semi-privée, est prématurée et demande des analyses et vérifications complémentaires (consid. 5.3).

- Si les données effectives relatives aux coûts des hôpitaux sont disponibles, il n'est pas admis de les ignorer et de fixer directement le tarif sur une base exclusivement comparative (consid. 5.4.1).

- L'utilisation de tarifs ambulatoires comme base pour la rémunération des médecins agréés est justifiée pendant une période transitoire. Dans la mesure où les médecins agréés doivent être rémunérés pour leur travail uniquement, le Conseil fédéral procède à une déduction pour la part des prestations relatives à l'infrastructure, au personnel et au matériel qui est prise en considération dans le forfait ambulatoire. Au contraire des salaires, les honoraires des médecins ne sont pas soumis aux déductions pour surcapacité, dans la mesure où l'hôpital recourt normalement aux prestations des médecins agréés uniquement en cas de nécessité (consid. 5.4.2).

- Les frais d'investissement des hôpitaux privés non subventionnés ne sont pas imputables dans la mesure où ils sont à la charge des collectivités sur la base des lois cantonales ou communales (consid. 5.6).

- Notion de services d'urgences pour l'application de la valeur du degré d'occupation des lits minimum dans le cadre de la réduction des surcapacités (consid. 5.6.1).

Festsetzung des anwendbaren Tarifs bei der obligatorischen Krankenversicherung für medizinisch-sanitäre Heilbehandlungen bei Krankenhausaufenthalten in einer privaten Heilanstalt.

Art. 47 Abs. 1, Art. 49 KVG. Art. 14 Abs. 2 PüG. Art. 29 Abs. 2 BV. Art. 6 EMRK.

- Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung kann die Begründung eines Entscheids aus einem separaten Schreiben oder aus dem Verweis auf eine Stellungnahme einer anderen Behörde hervorgehen. Bevor der Staatsrat den angefochtenen Beschluss erliess, hat er die Beschwerdeführerin darüber in Kenntnis gesetzt, dass er in seinem Entscheid die Empfehlung der Preisüberwachung praktisch übernehmen werde. Damit ist das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin gewahrt worden (E. 4.1-4.3).

- Nach der Rechtsprechung des Bundesrates muss jede Einrichtung, welche ihre Aktivität zu Lasten des KVG ausübt, als Grundlage für eine richtige und transparente Berechnung der Tarife mittels ihrer Buchhaltung die von ihr getragenen, nach dem KVG anrechenbaren Kosten nachweisen (E. 5.2).

- Die Einführung des Systems der Preisüberwachung, welches die steigenden Abzüge nach dem Anteil der Patientinnen und Patienten in der privaten und halbprivaten Abteilung vorsieht, ist verfrüht und benötigt weitere Analysen und Überprüfungen (E. 5.3).

- Es ist nicht erlaubt, die effektiven Angaben über die Spalkosten wegzulassen, wenn diese zur Verfügung stehen, und den Tarif ausschliesslich auf der Basis von Vergleichen festzusetzen (E. 5.4.1).

- In einer Übergangszeit ist die Anwendung von ambulanten Tarifen als Grundlage für die Vergütung der Belegärzte und -ärztinnen gerechtfertigt. Soweit diese ausschliesslich für ihre Arbeit vergütet

werden müssen, nimmt der Bundesrat einen Abzug für den Anteil der auf die Infrastruktur, auf das Personal und auf das Material bezogenen Leistungen vor, welcher in den ambulanten Pauschaltarifen berücksichtigt wird. Im Gegensatz zu den Löhnen wird auf den Arzthonoraren kein Abzug für Überkapazitäten vorgenommen, soweit das Spital normalerweise die Leistungen der Belegärzte und -ärztinnen ausschliesslich im Bedarfsfall beansprucht (E. 5.4.2).

- Die Investitionskosten von nichtsubventionierten Privatspitälern sind nicht anrechenbar, soweit diese nach kantonalen oder kommunalen Gesetzen durch die Gemeinwesen getragen werden (E. 5.6).

- Begriff der Notfalldienste für die Anwendung des minimalen Bettenbelegungsgrades im Zusammenhang mit dem Abzug für Überkapazitäten (E. 5.6.1).

Fissazione della tariffa applicabile nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per degenze presso un istituto di cura privato.

Art. 47 cpv. 1, art. 49 LAMal. Art. 14 cpv. 2 LSPr. Art. 29 cpv. 2 Cost. Art. 6 CEDU.

- Secondo il Tribunale federale, la motivazione di una decisione può risultare da una corrispondenza separata oppure dal rinvio ad una presa di posizione di un'altra autorità. Il Consiglio di Stato, prima di emanare il decreto esecutivo, ha informato la ricorrente che nella sua decisione avrebbe ripreso in pratica la raccomandazione della Sorveglianza dei prezzi (SPR), per cui il diritto d'essere sentito è stato rispettato (consid. 4.1-4.3).

- Conformemente alla giurisprudenza del Consiglio federale, ogni istituto di cure che esercita a carico della LAMal deve, per una corretta e trasparente elaborazione delle tariffe, provare, attraverso la contabilità, i costi computabili secondo LAMal da lui sopportati (consid. 5.2).

- L'introduzione del sistema della SPR che prevede deduzioni crescenti secondo l'incidenza dei pazienti in divisione privata e semiprivata è prematura e abbisogna di ulteriori analisi e verifiche (consid. 5.3).

- Se i dati effettivi riguardanti i costi dell'ospedale sono disponibili, non si può ignorarli e fissare direttamente la tariffa su una base esclusivamente comparativa (consid. 5.4.1).

- L'impiego dei tariffari relativi alle prestazioni ambulatoriali come base per la retribuzione dei medici esterni è da considerarsi giustificato per un periodo transitorio. Nella misura in cui i medici esterni devono essere remunerati unicamente per il loro lavoro, il Consiglio federale opera una deduzione per la parte delle prestazioni relative alle infrastrutture, al personale e al materiale presa in considerazione nella tariffa forfettaria ambulatoriale. Gli onorari dei medici, contrariamente ai salari, non sono sottoposti alla deduzione

relativa alle sovracapacità, nella misura in cui l'ospedale fa ricorso normalmente alle prestazioni dei medici esterni unicamente in caso di necessità (consid. 5.4.2).

- Le spese d'investimento degli ospedali privati non sovvenzionati non sono computabili nella misura in cui sono a carico della collettività in base a leggi cantonali o comunali (consid. 5.6).

- Nozione di pronto soccorso per l'applicazione del valore del grado d'occupazione dei letti minimo nel quadro della riduzione per sovracapacità (consid. 5.6.1).

Riassunto dei fatti:

Il 21 marzo 2001 il Consiglio di Stato del Cantone Ticino (CdS), in seguito alla mancata conclusione di una convenzione tariffale tra la Federazione ticinese degli assicuratori malattia (oggi santésuisse Ticino) e la clinica X., ha emanato un decreto esecutivo (in seguito: DE) fissando la tariffa forfettaria giornaliera valevole a partire dal 1° gennaio 2001 presso la clinica X. a fr. 490.-. Quest'ultima, in data 7 maggio 2001, ha interposto ricorso contro il DE, concludendo al suo annullamento e alla fissazione di una tariffa forfettaria giornaliera di fr. 650.-, prestazioni mediche incluse. La ricorrente, oltre ad invocare una violazione del diritto di essere sentito da parte del CdS, contesta il grado di copertura dei costi fissato dalla Sorveglianza dei prezzi (SPR) a 86% per mancanza di una contabilità analitica. La ricorrente ritiene che il CdS, a torto, non avrebbe, in particolare, preso in considerazione ammortamenti immobiliari da lei effettuati per il calcolo tariffale.

Estratto dei considerandi:

(...)

4. Diritto di essere sentito

4.1. Il diritto delle parti di essere sentite nel quadro di procedimenti giudiziari o amministrativi costituisce una garanzia procedurale di rango costituzionale (art. 29 cpv. 2 della Costituzione federale della Confederazione svizzera del 18 aprile 1999 [Cost.], RS 101, entrata in vigore il 1° gennaio 2000 e applicabile al presente litigio; questa garanzia si fondava precedentemente sull'art. 4 della Costituzione federale della Confederazione Svizzera del 29 maggio 1874 [vCost.^[67]]). Per quanto riguarda la fissazione di una tariffa nell'ambito dell'assicurazione malattie, il diritto di essere sentito deriva direttamente dall'art. 47 cpv. 1 *in fine* della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal, RS 832.10), il quale prevede che «[...] il governo cantonale, sentite le parti interessate, stabilisce la tariffa». La violazione del diritto di essere sentito invocata dalla ricorrente concerne la procedura di prima istanza davanti al CdS, per cui eventuali disposizioni di procedura amministrativa cantonale in questo ambito devono rispettare certe condizioni minime derivanti dall'applicazione della Costituzione federale stabilite, in particolare, dalla giurisprudenza del Tribunale federale.

In maniera generale, il diritto di essere sentito permette a coloro che partecipano ad una procedura amministrativa o giudiziaria di esprimersi prima che una decisione sia presa a loro svantaggio, d'avere accesso all'incanto,

di fornire le prove pertinenti, di partecipare all'amministrazione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi in proposito. Il diritto di essere sentito deve servire all'istruzione della causa, costituendo nel contempo una facoltà per la parte di partecipare all'emissione della decisione che riguarda la sua situazione giuridica (DTF 121 I 225 consid. 2a e DTF 124 I 49 consid. 3a e la giurisprudenza e dottrina citate). In questo senso, il rispetto del diritto di essere sentito a livello di procedura di prima istanza gioca un ruolo preventivo per quanto riguarda eventuali ricorsi, permettendo alle parti di dibattere su differenti argomenti e mezzi probatori in anticipo, ciò che favorisce l'accettazione della decisione da parte delle parti. Il diritto ad ottenere una decisione motivata risulta pure dal diritto di essere sentito. Al principio secondo il quale la motivazione deve figurare nella decisione, il Tribunale federale ha apportato delle sfumature. Esso ha infatti affermato che la motivazione può risultare da una corrispondenza separata oppure dal rinvio ad una presa di posizione di un'altra autorità (DTF 113 II 204, DTF 123 I 31 e DTF 124 II 146).

4.2. Nel suo gravame, la ricorrente lamenta una violazione del diritto di essere sentita conseguente all'assenza di motivazione alla base del DE.

L'Istituto delle assicurazioni sociali (IAS) ha contattato per la prima volta la clinica X. in data 16 ottobre 2000 per fornire e domandare informazioni concernenti la tariffa 2001. La situazione relativa alle trattative con la Federazione ticinese degli assicuratori malattia (in seguito: FTAM) per la definizione della stessa, come già detto, è stata discussa dalla ricorrente con l'autorità cantonale in occasione di un incontro a Bellinzona. In data 9 e 17 gennaio 2001 l'IAS inviava alle parti, assieme alle raccomandazioni del 13 dicembre 2000 e 12 gennaio 2001 della SPR, le sue proposte di tariffe per gli anni 2000 e 2001, conformemente alla procedura d'audizione prevista dalla LAMal. Attraverso questi scritti l'autorità cantonale informava in pratica di aver ripreso la metodologia di calcolo tariffale della SPR e invitava le parti a volersi esprimere al riguardo. Con scritto dell'8 febbraio 2001 la clinica X. ha fatto pervenire le sue osservazioni concernenti le raccomandazioni della SPR, le quali sono state in sostanza riprese nel gravame. La ricorrente ha dunque avuto la possibilità di pronunciarsi sulle proposte tariffali dell'autorità cantonale concretizzatesi in seguito nel DE. Inoltre, che in quest'ultimo fosse stato ripreso l'approccio della SPR è pure provato dal fatto che nello stesso il CdS non ha indicato essersene distanziato, come previsto dall'art. 14 cpv. 2 della legge federale del 20 dicembre 1985 sulla sorveglianza dei prezzi (LSPr, RS 942.20).

In base a quanto precede, vi è quindi da concludere che la ricorrente non è stata vittima di una violazione del diritto di essere sentita.

Ricordiamo comunque che ad una violazione del diritto di essere sentito è possibile rimediare in occasione della procedura di ricorso se la parte lesa può far valere le sue ragioni davanti all'autorità di ricorso, purché quest'ultima disponga del medesimo potere d'esame dell'istanza inferiore (GAAC 61.30 consid. 3.1). In particolare, un'eventuale mancanza di motivazione può essere sanata davanti all'autorità superiore allorché l'autorità intimata giustifica e spiega la sua decisione nella sua risposta al ricorso (cfr. DTF 125 I 209, DTF 116 V 28, DTF 111 Ia 2); il ricorrente deve avere la possibilità di replicare. Queste condizioni sono state pure rispettate nella fattispecie. Da un lato,

essendosi il CdS pronunciato come autorità cantonale di prima istanza, il Consiglio federale dispone di un potere d'esame completo in fatto e in diritto, anche dal punto di vista dell'adeguatezza della decisione (art. 49 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa [PA], RS 172.021). D'altro lato, la ricorrente ha avuto modo di esprimersi su tutti gli elementi alla base della fissazione della tariffa utilizzati dall'autorità intimata anche nel quadro della procedura di ricorso.

4.3. In virtù di quanto precede, la violazione del diritto di essere sentito deve pure essere negata per quanto riguarda l'applicazione dell'art. 6 § 1 della Conv. del 4 novembre 1950 per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU, RS 0.101), il quale garantisce anch'esso il suddetto diritto, con il conseguente obbligo per i tribunali di rendere decisioni motivate.

Per quanto concerne l'affermazione della ricorrente secondo la quale le pretese pecuniarie in materia di assicurazioni sociali che risultano da precise disposizioni legali beneficerebbero delle garanzie previste dall'art. 6 CEDU, vi è da ricordare che gli assicurati, esaurite le istanze cantonali, possono far valere le loro pretese pecuniarie mediante un ricorso di diritto amministrativo al Tribunale federale ([DTF 116 V 133](#) e [DTF 112 V 292](#)). L'accesso a un tribunale indipendente e imparziale è dunque garantito.

Se la ricorrente intende invece contestare la procedura d'adozione tariffale prevista dall'art. 47 LAMal, valgono le considerazioni seguenti. Il Consiglio federale, dopo l'entrata in vigore della LAMal, è stato più volte confrontato con la problematica legata all'art. 6 CEDU e in seguito ad uno scambio di opinioni con il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA) è arrivato alla conclusione che i ricorsi in materia di liste ospedaliere sono, in virtù dell'art. 53 cpv. 1 LAMal, di sua competenza (pubblicato nella Giurisprudenza e prassi in materia di assicurazione malattia e infortuni [RAMI] 3/1999, pag. 252 seg., consid. 11; cfr. anche la risposta del Consiglio federale del 14 maggio 1997 all'interrogazione ordinaria *Suter*, no 96.1134, *Menschenrechtsverstösse im Krankenversicherungsgesetz?*, BU 1997 N 1589). Il TFA ha già avuto modo di pronunciarsi su questa problematica (cfr. decisione del 1° maggio 2000 nella causa Clinica X contro Consiglio federale). Egli ha giudicato il ricorso inoltrato da una clinica irricevibile secondo il diritto interno in vigore, affermando che una sua competenza non poteva fondarsi né su un'interpretazione conforme alla Costituzione federale né sulla possibilità di colmare una lacuna giuridica riguardante la garanzia della protezione giuridica, quest'ultima accettata dal popolo ed i Cantoni il 12 marzo 2000 nell'ambito della riforma giudiziaria. Il TFA ha precisato che la garanzia della protezione giuridica deve essere realizzata dal legislatore. L'Alta Corte ha inoltre dichiarato che l'art. 6 § 1 CEDU non era applicabile al litigio in questione, in quanto né il diritto federale né il diritto cantonale fondavano un diritto ai sensi di questa disposizione.

Per quanto riguarda le tariffe, e senza voler entrare nel merito di una possibile violazione della CEDU, il Consiglio federale non può che ribadire in sostanza le sue considerazioni e quelle del TFA effettuate in passato. L'art. 53 LAMal prevede chiaramente la competenza del Consiglio federale per decidere dei conflitti basati sull'art. 47 LAMal, per cui altre soluzioni dovrebbero essere elaborate a livello legislativo. Un passo in questo senso è però oggi in atto attraverso la riforma dell'organizzazione giudiziaria federale (cfr. Messaggio del 28 febbraio 2001 concernente la revisione totale dell'organizzazione

giudiziaria federale, FF 2001 V 3764), la quale prevede la creazione di un Tribunale amministrativo federale che si occuperà, tra le altre cose, del contenzioso LAMal attualmente trattato dal Consiglio federale. Nel frattempo però, consci dell'iter legislativo e dei tempi che esso comporta, è necessario risolvere il contenzioso legato alla pianificazione ospedaliera e alle tariffe, ragione per la quale il Consiglio federale, rispettando quanto deciso dal Parlamento, continuerà ad occuparsi di queste problematiche fino a quando il suddetto tribunale non sarà operativo.

5. Calcolo della tariffa per cure ospedaliere stazionarie

5.1. L'art. 49 cpv. 1 LAMal prevede che per la remunerazione della cura ospedaliera, compresa la degenza ospedaliera (art. 39 cpv. 1), le parti alla convenzione stabiliscono importi forfettari. Questi coprono, per gli abitanti del Cantone, al massimo il 50% dei costi fatturabili per paziente o gruppo d'assicurati nel reparto comune d'ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico. I costi fatturabili sono calcolati alla stipulazione della convenzione. Non sono computate la quota delle spese di gestione derivanti dalla sovracapacità, le spese d'investimento, di formazione e di ricerca. In una decisione di principio, il Consiglio federale ha affermato che la regola del 50% si applica unicamente agli istituti di cura pubblici o sovvenzionati dall'ente pubblico, e non alle cliniche private non sovvenzionate (RAMI 4/1997, pag. 220 segg.). Le tariffe forfettarie applicate in questi istituti possono, a determinate condizioni, coprire tutti i costi fatturabili. Queste disposizioni si applicano ugualmente allorquando il governo cantonale è chiamato a fissare una tariffa in assenza di una convenzione (art. 47 cpv. 1 LAMal).

Nella fattispecie, il CdS ha fissato la tariffa forfettaria ospedaliera riguardante la divisione comune della clinica X., istituto di cura privato non sovvenzionato, per cui, adempite tutte le condizioni in materia, è la regola della copertura totale dei costi computabili che si applica.

5.2. Secondo l'art. 49 cpv. 6 LAMal, gli ospedali calcolano i propri costi e registrano le proprie prestazioni secondo un metodo uniforme; tengono in proposito una contabilità analitica e una statistica delle prestazioni.

In data 3 luglio 2002 il Consiglio federale ha emanato un'ordinanza che concretizza la disposizione summenzionata (Ordinanza sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali e delle case di cura nell'assicurazione malattie [OCPre], RS 832.104). Siccome la medesima entrerà in vigore solamente a partire dal 1° gennaio 2003, fino a quel momento, come è il caso nella fattispecie, continueranno ad applicarsi i principi giurisprudenziali elaborati dal Consiglio federale. Secondo l'autorità federale, gli ospedali non sono tenuti al momento a calcolare i loro costi e registrare le loro prestazioni secondo un metodo uniforme. È dunque necessario trovare una soluzione transitoria che permetta di tenere in considerazione gli interessi in gioco fino al momento in cui gli ospedali presenteranno una contabilità analitica e una statistica delle prestazioni conformemente alla legge. Secondo il Consiglio federale, in questo ambito bisogna procedere ad un'analisi materialmente differenziata delle tariffe ospedaliere e fondarsi di conseguenza sul principio secondo il quale maggiore è la trasparenza dei costi esposta dagli ospedali, più la parte a carico delle casse malati si avvicina alla soglia del 100% (cfr. RAMI 6/1997, pag. 355 seg. e 385 seg.).

Questa soluzione tiene conto degli interessi degli ospedali e del potere pubblico che ne costituisce il supporto, in quanto permette di aumentare il tasso di copertura dei costi a carico delle tariffe forfettarie ospedaliere. Essa non neglige tuttavia gli interessi degli assicuratori e degli assicurati in quanto limita le tariffe in funzione del grado di trasparenza dei costi.

Non si tratta dunque di un modello contabile che permette di calcolare matematicamente la percentuale ammissibile che può raggiungere il tasso di copertura dei costi in un caso concreto. Questa soluzione costituisce piuttosto un metodo di valutazione della documentazione disponibile affinché sia possibile determinare dove vi è trasparenza sufficiente e dove vi sono lacune. Quest'ultime devono essere prese in considerazione nella determinazione del tasso di copertura dei costi a carico delle tariffe forfettarie ospedaliere.

Ne consegue che anche in assenza di disposizioni concernenti la contabilità analitica, gli ospedali devono dimostrare i loro costi nella misura in cui questi vengono presi in considerazione per la fissazione delle tariffe forfettarie, conformemente al principio generale concernente l'onere della prova (*Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, Berna 1983, 2^a ed., pag. 280 segg.*).

Riassumendo, vi è da rilevare che nonostante la momentanea mancanza di disposizioni concernenti il metodo uniforme (contabilità analitica e statistica delle prestazioni) necessarie per l'analisi delle tariffe, gli ospedali devono già oggi presentare una contabilità il più trasparente possibile, in modo da rendere visibili i costi relativi alla divisione comune. Per il calcolo delle tariffe è dunque necessario avere a disposizione documenti che permettano una distinzione chiara tra i costi relativi alla divisione comune e gli altri costi. Più vi è trasparenza nei costi, più il grado di copertura degli stessi si avvicinerà al 100%.

L'interpretazione da parte della ricorrente della giurisprudenza del Consiglio federale in questo ambito non è corretta. In mancanza di una contabilità analitica, il Consiglio federale, nelle sue decisioni, ha sempre fissato un grado di copertura dei costi inferiore al 100%. Questa impostazione, condivisa dalla SPR, è dunque conforme alla giurisprudenza attuale. Vi è comunque da precisare che questo margine di sicurezza stabilito dal Consiglio federale non permette ancora di escludere la presa in considerazione di costi non legati alla divisione comune. È dunque possibile che, nonostante la riduzione del grado di copertura dei costi dovuta all'insufficiente trasparenza, le tariffe calcolate dall'autorità siano ancora troppo elevate rispetto alle prestazioni che la LAMal dovrebbe pagare.

Il Consiglio federale, nella fattispecie, ritiene che la trasparenza dei documenti contabili presentati dalla ricorrente non permette certamente di raggiungere il grado di copertura dei costi del 100%. In questo ambito, il Consiglio federale, parallelamente all'analisi delle condizioni presenti nel Cantone Ticino, prende in considerazione anche le situazioni relative alla trasparenza e alla struttura dei costi in altri Cantoni. Il Consiglio federale confronta dunque la trasparenza relativa alle basi di calcolo concernente la clinica X. con quella di altri ricorsi sui quali la presente autorità si è chinata (decisione non pubblicata del Consiglio federale del 5 luglio 2000 concernente la clinica L.; decisione non pubblicata del Consiglio federale del 31 ottobre 2001 concernente la clinica G.; decisione non pubblicata del Consiglio federale del 3 febbraio

1999 concernente gli ospedali F. e M.; decisione non pubblicata del Consiglio federale del 28 settembre 1998 concernente l'ospedale O.; decisione non pubblicata del Consiglio federale del 15 giugno 2001 concernente la clinica U.).

Dal confronto dei risultati scaturiti nelle varie procedure summenzionate è possibile affermare che la qualità della documentazione presentata dalla ricorrente per il calcolo della tariffa è sicuramente peggiore sia rispetto a quanto presentato dagli ospedali F. e M., dove il Consiglio federale aveva fissato un grado di copertura dei costi del 46% (invece del 50% che corrisponde alla massima trasparenza; cfr. art. 49 LAMal), sia rispetto al materiale presentato dalla clinica G. e dall'ospedale O., dove l'autorità federale ha ammesso un grado di copertura del 90%, rispettivamente del 45%. In particolare, vi è da sottolineare che la mancanza di una contabilità per unità finali d'imputazione non permette di evidenziare i costi della divisione comune. Inoltre, la clinica X. non dispone neppure di una contabilità per centri di costo. Nei casi citati in precedenza, il Consiglio federale si è potuto basare su contabilità finanziarie più dettagliate e su informazioni più precise, anche se una contabilità per unità finali d'imputazione non è ancora stata mai presentata da nessun istituto di cure. Il Consiglio federale ha invece fissato un grado di copertura dei costi dell'85% nella sua decisione concernente la clinica L., vista l'assenza di una contabilità finanziaria. La situazione della ricorrente, la quale ha presentato almeno un bilancio dettagliato, oltre ad essere sicuramente migliore rispetto a quest'ultima clinica, è paragonabile a quella della clinica U., decisione nella quale l'autorità federale ha stabilito un grado di copertura dell'88%, per cui la presente autorità non può condividere il valore di 86% a cui è giunta la SPR. Il Consiglio federale, sulla base di quanto precede, ritiene più opportuno fissare il grado di copertura dei costi all'88%.

Questo valore non è dunque né fissato in maniera teorica né si basa su una valutazione pregiudiziale priva di qualsiasi motivazione o riferimento concreto. Si tratta piuttosto di un approccio pragmatico e ragionevole, vista la mancanza di una contabilità analitica, conforme alla LAMal. È evidente che allorquando gli istituti di cura riusciranno ad isolare e a provare tutti i costi legati alla divisione comune, il calcolo potrà essere più preciso.

Per quanto concerne la violazione del diritto di essere sentito in relazione alla deduzione operata invocata dalla clinica X., vi è da sottolineare, in primo luogo, che la giurisprudenza del Consiglio federale è chiara per quanto attiene alle finalità della contabilità analitica in ambito LAMal (copertura dei costi della divisione comune). In secondo luogo, la deduzione deve applicarsi ai costi d'esercizio standardizzati fatturabili, in quanto tutte le poste della contabilità relative ai costi di un istituto concernono sia i costi della divisione comune sia quelli della divisione privata. Il contrario dovrebbe essere provato dalla clinica. In terzo luogo, si ribadisce che la contabilità presentata dalla ricorrente non è trasparente. Una deduzione del 5% come richiesto dalla clinica risulterebbe insufficiente e contraria alla giurisprudenza di questo Consiglio federale, pertanto non può essere accolta.

5.3. La ricorrente contesta la deduzione del 3% dai costi computabili basata sulle differenze a livello di costi tra la divisione comune e le altre divisioni. Dall'elenco dei costi presentato dalla ricorrente non è possibile comprendere quali costi sono legati alla divisione comune e quali alle divisioni privata e semiprivata. Partendo dal principio che un paziente assicurato

in divisione privata o semiprivata genera, di regola, maggiori costi di un paziente ricoverato in divisione comune (spazi a disposizione più grandi e/o personale maggiormente a disposizione), ci si può rendere conto di quanto sia importante disporre di una contabilità analitica precisa e dettagliata che possa permettere di calcolare correttamente le tariffe a carico dell'assicurazione malattia, la quale, ricordiamo, è chiamata a coprire unicamente i costi derivanti dalla divisione comune. La SPR, nella sua raccomandazione, propone una deduzione del 3% calcolata secondo un metodo che prevede deduzioni crescenti a carico degli istituti di cure secondo l'incidenza dei pazienti in divisione privata e semiprivata (parte di pazienti in divisione privata e semiprivata inferiore a 10%: nessuna deduzione; parte compresa tra 10% e 20%: 1% di deduzione, in seguito 1% di deduzione in più per ogni fetta supplementare di 10% di pazienti, ossia un massimo di 9% di deduzione). Il Consiglio federale ritiene importante precisare che il fatto che un paziente della divisione privata e semiprivata generi più costi di quello in divisione comune è e rimane una presunzione contro la quale, certo, fino ad oggi, non è mai stata apporata la prova del contrario. In quest'ottica, trovandosi di fronte a riduzioni forfettarie normative adottate in mancanza di soluzioni migliori, la presente autorità considera inappropriato rivedere completamente la sua giurisprudenza in assenza di nuovi dati fondati in materia provenienti dalla contabilità analitica. Il Consiglio federale ritiene quindi che l'introduzione del sistema di calcolo presentato dalla SPR sia prematuro e abbisogni di ulteriori analisi e verifiche. Allo stato attuale delle conoscenze e tenuto conto del principio della parità di trattamento, il Consiglio federale intende confermare la prassi applicata sino ad oggi, secondo la quale un tasso di pazienti in divisione privata e semiprivata inferiore al 10% non implica nessuna deduzione, un tasso compreso tra il 10% e il 20% provoca una deduzione dell'1% e un tasso superiore ha come conseguenza una deduzione del 2%. In virtù di quanto precede e appurato che la documentazione contabile presentata dalla clinica X. non soddisfa le esigenze di trasparenza dei costi fissate in questo ambito, il Consiglio federale, conformemente alla sua giurisprudenza, decide di applicare alla clinica X. un tasso di riduzione del 2%. Contrariamente a quanto affermato dalla ricorrente, questa deduzione non si sovrappone a quella di cui al consid. 5.2, la quale è determinata sulla base di una valutazione globale della contabilità dell'ospedale. Con l'applicazione del tasso di riduzione del 2%, il Consiglio federale fa un passo ulteriore, prendendo in considerazione dei dati statistici precisi che permettono di distinguere meglio gli istituti di cure tra di loro e i costi a carico della LAMal. È evidente che due ospedali che presentano una contabilità qualitativamente simile ma che hanno una struttura legata ai loro pazienti (divisione comune, privata e semiprivata) differente, devono essere pure differenziate a livello di costi computabili. Il contrario dovrebbe essere dimostrato dalla ricorrente mediante contabilità analitica, ciò che non è il caso nella fattispecie.

5.4. Per quanto riguarda la ricalcolazione degli stipendi medici, la SPR afferma che il conto 30 del conto economico della clinica X. riguarderebbe unicamente gli stipendi dei medici impiegati direttamente dalla clinica, senza quindi comprendere i medici esterni, parte importante del corpo medico della clinica. Nella fattispecie, non sarebbe possibile calcolare una tariffa onnicomprensiva in quanto i costi, che non comprenderebbero gli stipendi

di tutti i medici, risulterebbero incompleti. La SPR ha quindi ricalcolato gli oneri medici sulla base dei dati contabili 1998 di diversi reparti degli ospedali pubblici del Canton Zurigo.

5.4.1. Innanzitutto, è d'uopo costatare che il metodo di calcolo proposto dalla SPR prende in considerazione esclusivamente i costi di altri ospedali, tralasciando completamente quanto la clinica ha contabilizzato per la remunerazione dei medici. Se è vero che il conto 30 comprende unicamente gli stipendi dei medici impiegati direttamente dalla clinica X., è anche vero che i conti 380 e 381 riguardano gli onorari dei medici esterni. Risulta quindi incomprensibile il fatto di non prendere in considerazione detti conti per il calcolo della tariffa onnicomprensiva nei quali figurano effettivamente gli importi contabilizzati dalla ricorrente e che rispecchiano la realtà economica della clinica, contrariamente ai dati riguardanti gli ospedali pubblici di Zurigo. Inoltre, vi è da tener presente che le tariffe devono essere stabilite secondo le regole dell'economia (art. 43 cpv. 4 LAMal). A partire dal momento in cui sono disponibili i dati effettivi riguardanti i costi dell'ospedale in questione, sarebbe contrario alla legge ignorarli, fissando direttamente la tariffa su una base esclusivamente comparativa. Dei paragoni con le tariffe di altri ospedali sono solamente possibili una volta stabilita la tariffa nel rispetto delle regole in vigore; in particolare, al fine di esaminare il carattere economico delle prestazioni di un ospedale in rapporto a quelle fornite da altri istituti di cure, con la possibilità, se bisogno ce ne fosse, di procedere ad una diminuzione della tariffa (art. 49 cpv. 7 LAMal). In conclusione, la soluzione presentata dalla SPR avrebbe potuto essere applicata unicamente se non vi fossero stati a disposizione i dati contabili della clinica relativi agli onorari medici, ciò che non è il caso nella fattispecie.

5.4.2. Nella fattispecie, i medici esterni sono stati retribuiti sulla base di tariffari relativi alle prestazioni ambulatoriali. Il Consiglio federale è cosciente che la presa in considerazione del Catalogo delle prestazioni ospedaliere (in seguito: CPO) o del Prontuario delle tariffe mediche (in seguito: Prontuario) per la determinazione degli onorari medici non costituisce la soluzione ideale, dato che gli stessi non remunerano solo l'attività dei medici, ma tengono conto anche di altri costi dell'ospedale o dello studio medico (infrastrutture, personale e materiale). A tal proposito ricordiamo che la collaborazione tra il medico e l'ospedale può rivestire diverse forme, nel senso che il medico può mettere a disposizione dell'istituto la sua sola forza lavoro, utilizzando infrastrutture, personale e materiale forniti dall'ospedale oppure, al contrario, può apportare tutte o parte delle infrastrutture, dovendone quindi sopportare i costi. Cionondimeno, l'impiego dei tariffari ambulatoriali summenzionati per un periodo transitorio è da considerarsi giustificato vista l'assenza, attualmente, di una soluzione migliore.

Nella fattispecie, dall'incarto non emerge nessun elemento che possa indurre ad affermare che i medici esterni debbano essere remunerati per altre prestazioni al di là del loro lavoro (ad es. per l'utilizzo delle loro infrastrutture). Il Consiglio federale, per ovviare nella misura del possibile al problema summenzionato, ritiene necessario operare una deduzione sul totale dei costi stabiliti in applicazione del CPO o del Prontuario per la parte delle prestazioni relative alle infrastrutture, al personale e al materiale presa in considerazione nella tariffa forfettaria ambulatoriale. I costi delle

prestazioni delle infrastrutture relative all'attività del medico stipendiato sono già rimborsati direttamente alla clinica attraverso la tariffa forfettaria giornaliera.

Il Consiglio federale ritiene che gli onorari dei medici, contrariamente ai salari, i quali devono figurare nei costi d'esercizio totali prima delle varie deduzioni (vedi consid. 6, costi computabili [netto 1]), nella fattispecie, non debbano essere sottoposti alla deduzione relativa alle sovracapacità in quanto ingiustificata. In effetti, la clinica ricorre normalmente alle prestazioni dei medici esterni unicamente allorquando vi è necessità. Se non vi è necessità non vi sono medici esterni da remunerare e la clinica non deve sopportare costi in questo senso. Per quanto attiene ai costi legati alla formazione e ricerca, vi è da rilevare che i medici stipendiati sono tutti medici assistenti, ragione per la quale responsabili della formazione sono i medici esterni. In questa situazione è dunque giustificato sottoporre gli onorari medici a una deduzione del 2% per ricerca e formazione. Inoltre, gli onorari non sottostanno alla deduzione del 2% per il trattamento di pazienti della divisione semiprivata e privata in quanto versati per il trattamento di pazienti della divisione comune (conto 381 e parte del conto 380); la trasparenza in questo ambito è dunque data. Infine, agli onorari devono essere aggiunti gli interessi sul capitale circolante, ma non il rincaro visto che il valore del punto per le prestazioni ambulatoriali non ne è toccato. Secondo il Consiglio federale questo approccio è inerente al sistema della remunerazione dei medici esterni sulla base di un tariffario ambulatoriale. Nonostante ciò, e tenendo presente quanto detto precedentemente a proposito di tale sistema di remunerazione, la presente autorità è dell'opinione che questa problematica dovrà comunque essere riesaminata in futuro assieme allo studio di un metodo più corretto e idoneo per la retribuzione dei medici esterni.

In assenza di dati precisi concernenti la parte di costi d'infrastruttura, di personale e eventualmente di materiale compresa nella tariffa ambulatoriale, da eliminare dal calcolo della tariffa forfettaria litigiosa, e tenuto conto delle deduzioni e aggiunte di cui al paragrafo precedente, il Consiglio federale decide di effettuare una deduzione forfettaria globale del 12%. I costi computabili relativi agli onorari dei medici sono dunque ridotti in questa proporzione (...). Si tratta di una soluzione semplice giustificata dal suo carattere transitorio. Queste circostanze, combinate con l'assenza di dati chiari, farebbero apparire disproporzionata la ricerca di un risultato più preciso.

5.5. Giustificate risultano essere le deduzioni effettuate dalla SPR concernenti i conti 3820-3831, 46, 650-658, 68, 64 e i ricavi da trattamenti ambulatoriali (...). Ricordiamo che la tariffa da calcolare nella fattispecie deve retribuire unicamente le prestazioni ospedaliere e non quelle ambulatoriali, per cui tutto ciò che riguarda il settore ambulatoriale deve essere dedotto dai costi della clinica. Nella fattispecie, la presa in considerazione dei ricavi del settore ambulatoriale è dovuta all'impossibilità di identificarne i costi. (...)

5.6. Il Consiglio federale ha già più volte affermato, riprendendo l'art. 49 cpv. 1 *in fine* LAMal, che i costi di un ospedale privato non sovvenzionato dall'ente pubblico derivanti da sovracapacità o da spese di formazione e di ricerca non sono computabili per l'elaborazione della tariffa.

Le spese d'investimento degli ospedali privati non sovvenzionati non sono computabili nella misura in cui, in virtù di leggi cantonali o comunali, esse risultano a carico della collettività. Vi è dunque una differenza rispetto agli ospedali pubblici o sovvenzionati dall'ente pubblico, i quali, per il calcolo della tariffa, devono dedurre le spese d'investimento.

5.6.1. Secondo l'art. 49 cpv. 1 *in fine* LAMal, la quota delle spese di gestione derivanti dalla sovracapacità non sono dunque computate. Non vi è motivo per mettere tali spese a carico dell'assicurazione malattie. In situazione di concorrenza, un'offerta di letti ospedalieri superiore alla domanda farebbe diminuire le tariffe o le capacità dell'istituto di cura. Le sovracapacità possono avere come effetto dei prolungamenti temporali non giustificati dal punto di vista medico dei soggiorni ospedalieri. In presenza di sovracapacità è necessario quindi apportare ai costi computabili dei correttivi, i quali si concretizzano mediante un tasso d'occupazione minimo (RAMI 6/1997, pag. 388).

La Sorveglianza dei prezzi è dell'avviso che per gli ospedali senza un reparto di pronto soccorso, come la clinica X., un grado d'occupazione dei letti minimo del 90% sia più che giustificato. La ricorrente contesta l'applicazione di questo valore e dichiara che la clinica eserciterebbe un servizio d'emergenza. A questo proposito, la SPR ricorda che sarebbe necessario fare la distinzione tra servizio d'emergenza e pronto soccorso, essendo le due nozioni differenti. Il CdS afferma che la clinica X. non disporrebbe di un pronto soccorso per l'applicazione del tasso dell'85%, vista la mancanza di un reparto di cure intense riconosciute dalla Società Svizzera di Medicina Interna (SSMI). L'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS), basandosi sulla statistica ospedaliera 1998, precisa che presso la clinica X. vi sarebbero medici di guardia ma non medici «in casa». Inoltre, il pronto soccorso della stessa sarebbe classificato quale pronto soccorso per urgenze minori, come in altre cliniche del Cantone. Un pronto soccorso per tutte le urgenze esisterebbe invece solamente presso gli ospedali regionali di Lugano, Bellinzona, Mendrisio, Locarno, e per gli ospedali di zona di Faido e Acquarossa.

Il Consiglio federale condivide le osservazioni effettuate dall'UFAS, confermando che un pronto soccorso per il trattamento di tutte le urgenze come inteso dalla giurisprudenza di questa autorità esiste solamente negli ospedali summenzionati. Da rilevare che l'esistenza di un servizio di cure intense, come affermato dal CdS, non ha nessuna incidenza in questo ambito. Dette cure, semmai ce ne fosse bisogno, costituirebbero uno stadio posteriore alle cure fornite dal servizio di pronto soccorso. Questa autorità conferma dunque la correttezza del valore utilizzato dalla SPR. (...)

5.6.2. Le spese di formazione e ricerca non possono essere messe a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (art. 49 cpv. 1 LAMal). Una deduzione per spese di formazione e di ricerca è sempre da operarsi quando in un ospedale vi è del personale parzialmente o totalmente attivo nella formazione o nella ricerca, attività che devono essere regolate nell'elenco degli obblighi. I costi in questione devono sistematicamente essere dimostrati. Solo i costi effettivi possono essere dedotti. Se questi non possono essere determinati, il Consiglio federale considera il tasso raccomandato dalla Sorveglianza dei prezzi come giustificato (cfr. RAMI 6/1997, pag. 360 e pag. 387).

La ricorrente dichiara che all'interno della clinica non verrebbero svolte né attività di ricerca né d'insegnamento. Questa situazione sarebbe confermata dai contratti e mansionari di tutto il personale. D'altro avviso è la SPR, la quale afferma che sarebbe stata la clinica X. stessa, nel suo calcolo della tariffa 2000, ad aver dedotto (...) costi di formazione e ricerca. L'UFAS riprende quest'ultima affermazione e dichiara che, avendo la ricorrente in pratica riconosciuto le attività in questione, in assenza di trasparenza dei costi, sarebbe stata operata la deduzione normativa conformemente alla prassi del Consiglio federale. Egli aggiunge che da un'inchiesta effettuata nel 1995 (cfr. Risultati inchiesta LAMal: statistiche 1995, appendice 2 alla Pianificazione ospedaliera e elenco degli stabilimenti sanitari del 16.12.1997, pag. 19 segg.), si costaterebbe l'esistenza di una richiesta di riconoscimento per la formazione della Federazione dei medici svizzeri (FMH) in medicina interna. Inoltre, sarebbe stato possibile seguire una formazione infermieristica in cure generali e igiene mentale, nonché una formazione per laborantine e tecnico di radiologia. A tutto ciò si aggiungerebbe pure l'organizzazione di corsi interni, la possibilità di partecipare a corsi esterni e la pubblicazione, nel 1995, da parte di tre medici attivi nella clinica.

La presente autorità ha avuto modo di visionare il contratto tipo d'impiego (stato al. 5.12.2000) e le direttive (stato al. 21.7.1999) per medici assistenti. Il primo, al punto 14 relativo alla formazione, prevede che «all'assistente viene garantita la formazione professionale pratico-teorico secondo un programma specifico dato dai medici responsabili per la formazione. Compatibilmente con le esigenze del servizio l'assistente può completare la sua formazione partecipando a corsi di formazione». Le seconde, al punto 8.2, prevedono che «se le esigenze di servizio lo permettono l'assistente, previa autorizzazione, può partecipare a corsi di formazione sia interni che esterni». Da quanto precede, vi è da concludere che la clinica X., anche se i documenti citati riguardano unicamente i medici assistenti, ha dei costi legati alla formazione, ragione per la quale una riduzione dei costi computabili è necessaria.

Siccome dai documenti contabili forniti dalla ricorrente non è possibile evincere l'importo dei costi legati alla formazione, il Consiglio federale decide, conformemente alla sua giurisprudenza riguardante gli ospedali con più di 75 letti, di applicare un tasso normativo del 2% dei costi del personale (...).

(...)

5.7. Gli interessi sul capitale circolante fanno parte dei costi computabili (cfr. 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). Nella fattispecie, il Consiglio federale prende in considerazione un tasso d'interesse medio del 3,31% (media dei tassi d'interesse applicati alle obbligazioni di emittenti pubblici per il 1999) e un termine di pagamento di 40 giorni, ottenendo un tasso d'interesse del 0,36%. Il valore applicato dalla SPR e ripreso dall'autorità cantonale è quindi corretto. (...)

5.8. Secondo l'art. 46 cpv. 4 seconda frase LAMal, l'autorità che approva una convenzione ne verifica la conformità alla legge e ai principi di equità e di economicità. Un mezzo utile per il controllo dell'economicità di un istituto di cure è costituito dallo studio comparativo delle gestioni ospedaliere, approccio che il legislatore ha previsto all'art. 49 cpv. 7 LAMal. Quindi, per la definizione

di una tariffa, oltre a prendere in considerazione i costi computabili di un ospedale, bisognerebbe ancora verificarne il grado d'efficienza. Fino ad oggi questa seconda tappa non è mai stata affrontata né dalle parti alle convenzioni né dalle autorità cantonali e federali. La ragione essenziale risiede nella mancanza di documentazione e informazioni necessarie, e quindi nella difficoltà di comparare gli ospedali. Infatti, solo potrebbero essere paragonati ospedali simili. La SPR ha iniziato ad affrontare questa seconda tappa soprattutto con l'analisi delle tariffe 2001. Nella fattispecie, la SPR è giunta alla conclusione che i costi d'esercizio standardizzati da lei calcolati sarebbero giustificati, per cui non ha operato nessuna correzione per ineconomicità.

Il Consiglio federale è cosciente delle esigenze della LAMal e dell'importanza di un'analisi dell'efficienza basata sul confronto tra istituti di cura. Si tiene però a precisare che, tenuto conto dello sviluppo recente della prassi in questione e dell'insufficienza perlomeno parziale e/o temporale dei dati di paragone, il Consiglio federale esaminerà in avvenire in maniera critica il metodo applicato dalla SPR, soprattutto dal punto di vista della plausibilità dei risultati. L'esame dell'opportunità dell'introduzione di un controllo dell'economicità è pure riservato. Nella fattispecie, visto che in pratica nessuna correzione per ineconomicità è stata effettuata, la presente autorità non intende approfondire oltre la questione.

(...)

Nonostante il risultato qui ottenuto il Consiglio federale intende confermare la tariffa di fr. 490.- fissata dal CdS mediante il DE, e questo per i seguenti motivi. In primo luogo, vi è da rilevare che la correzione dell'importo tariffale verso il basso qui operata è dovuta, in pratica, alla modifica del calcolo degli oneri medici (stipendi e onorari) effettuato dalla SPR e ripreso dal CdS. Né la ricorrente né le altre parti alla procedura hanno contestato detto calcolo. In secondo luogo, il fatto di dover stabilire la tariffa prendendo in considerazione importi (stipendi e onorari) calcolati su basi differenti (mensilità fisse e importi calcolati sulla base del CPO o del Prontuario) costituisce una situazione particolare che non deve qui condurre, vista la differenza tra gli importi, ad una severità eccessiva. Infine, la stretta applicazione della tariffa di fr. 487.05 necessiterebbe la revisione di tutte le fatture pagate dagli assicuratori malattia ai fornitori di prestazioni, con delle complicazioni e degli oneri amministrativi importanti e disproporzionati.

Visto quanto precede, il ricorso è respinto. È confermato il decreto esecutivo del 21 marzo 2001 emanato dal Consiglio di Stato del cantone Ticino.

(...)

[67] Può essere consultata sul sito Internet dell'Ufficio federale di giustizia all'indirizzo http://www.ofj.admin.ch/etc/medialib/data/staat_buerger/gesetzgebung/bundesverfassung.Par.0008.File.tmp/bv-alt-i.pdf

JAAC 68.35 - Estratto di una decisione del Consiglio federale del 6 novembre 2002 nella causa clinica X. contro il Consiglio di Stato del Cantone Ticino, anche pubblicato nella Giurisprudenza e prassi in materia di assicurazione malattia e infortuni ...

In	Verwaltungspraxis der Bundesbehörden
Dans	Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération
In	Giurisprudenza delle autorità amministrative della Confederazione
Jahr	2004
Année	
Anno	
Band	68
Volume	
Volume	
Seite	---
Page	
Pagina	
Ref. No	150 006 506

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.