

BGer K_194/2000 vom 22. Dezember 2005

Bundesgericht, 2005-12-22, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_K_194_2000

FR: TF K_194/2000 du 22 décembre 2005

IT: TF K_194/2000 del 22 dicembre 2005

Erwägungen

E. 1.1

Oggetto del contendere è l'entità dell'importo che l'EOC è tenuto a rimborsare all'Helsana per la degenza di L._____. Controverse sono in particolare le modalità di fatturazione stabilite dal tariffario zurighese e poste a fondamento della fattura saldata dall'Helsana, nei confronti della quale l'EOC ha sollevato diverse eccezioni - in gran parte tutelate dalla Corte cantonale - originariamente opponibili al fornitore delle prestazioni. Non contestati sono per contro i motivi medici giustificanti il ricovero fuori Cantone dell'interessata né il principio in base al quale il Cantone di domicilio dell'assicurata è chiamato ad assumersi una quota parte per tale degenza.

E. 1.2

Con l'entrata in vigore, il 1° gennaio 2003, della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) del 6 ottobre 2000, sono state apportate diverse modifiche all'ordinamento in materia di assicurazione contro le malattie. Nel caso in esame, tuttavia, si applicano le disposizioni in vigore fino al 31 dicembre 2002, poiché da un punto di vista temporale sono di principio determinanti le norme in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto (in concreto: la degenza ospedaliera a Zurigo nel maggio 1998) che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 130 V 329).

E. 2.1

I fornitori di prestazioni stendono le loro fatture secondo tariffe o prezzi (art. 43 cpv. 1 LAMal). Le tariffe e i prezzi sono 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 prima frase LAMal). Se non esiste alcuna convenzione tariffale per una cura ambulatoriale dell'assicurato fuori del suo luogo di domicilio o di lavoro e relativi dintorni oppure per la cura ospedaliera o semiospedaliera dell'assicurato fuori del suo Cantone di domicilio, il governo del Cantone in cui il fornitore di prestazioni è installato in modo permanente stabilisce la tariffa (art. 47 cpv. 2; cfr. pure RAMI 2004 no. KV 266 pag. 25, in cui si ribadisce che, in virtù del principio della territorialità, per la fissazione della tariffa è competente il governo del Cantone dove si trova l'ospedale, sia per i pazienti domiciliati nel Cantone che per quelli provenienti da altri Cantoni).

E. 2.2

L'assunzione, nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, delle spese in caso di trattamento stazionario è regolata dall' art. 41 LAMal . Tale norma dispone, per quanto di rilievo nella presente vertenza, che, se per motivi d'ordine medico, l'assicurato ricorre a un altro fornitore di prestazioni, la remunerazione è calcolata secondo la tariffa applicabile a questo fornitore di prestazioni. Sono in particolare considerati motivi d'ordine

medico i casi d'urgenza e quelli in cui le necessarie prestazioni non possono essere dispensate nel Cantone di domicilio dell'assicurato o in un ospedale fuori da questo Cantone che figura nell'elenco allestito dal Cantone di domicilio dell'assicurato, giusta l'art. 39 cpv. 1 lett. e, se si tratta di cura ospedaliera o semiospedaliera (cpv. 2). Se, per motivi di ordine medico, l'assicurato ricorre ai servizi di un ospedale pubblico, o sussidiato dall'ente pubblico, situato fuori dal suo Cantone di domicilio, il Cantone di domicilio assume la differenza tra i costi fatturati e quelli corrispondenti alle tariffe applicabili agli abitanti del Cantone ove si trova il suddetto ospedale. In questo caso, il diritto di regresso giusta l'articolo 79 si applica per analogia al Cantone di domicilio. Il Consiglio federale disciplina i particolari (cpv. 3, obbligo di compensazione o di assunzione della differenza dei costi: DTF 130 V 218 consid. 1.1.1).

L'obbligo del Cantone di domicilio di assumersi la differenza dei costi giusta la normativa di cui si tratta sussiste, di principio, anche qualora l'assicurato soggiorni nel reparto semiprivato o privato di un ospedale, essendo sufficiente al riguardo che l'istituto di cura - o il rispettivo reparto - sia al beneficio, quale fornitore di prestazioni, di un'autorizzazione ai sensi dell' art. 39 cpv. 1 LAMal e che il trattamento in un nosocomio situato fuori dal Cantone di domicilio dell'assicurato si sia reso necessario per motivi d'ordine medico (DTF 123 V 290).

E. 2.3

Le cause aventi per oggetto l'interpretazione e l'applicazione dell' art. 41 cpv. 3 LAMal rientrano nel campo del diritto delle assicurazioni sociali ai sensi dell' art. 128 OG . Competente a dirimerle in ultima istanza è quindi il Tribunale federale delle assicurazioni (DTF 130 V 219 consid. 2.1, 123 V 290).

Il pagamento imposto al Cantone di domicilio dell'assicurato secondo l' art. 41 cpv. 3 LAMal costituisce una prestazione finanziaria a scopo vincolato ai sensi del diritto sui sussidi, la quale non rientra nella nozione di prestazioni assicurative giusta l' art. 132 OG (DTF 123 V 292). Il Tribunale federale delle assicurazioni deve pertanto limitarsi ad esaminare se il giudizio di primo grado abbia violato il diritto federale, compreso l'eccesso o l'abuso del potere d'apprezzamento, oppure se l'accertamento dei fatti sia manifestamente inesatto, incompleto od avvenuto violando norme essenziali di procedura (art. 132 OG in relazione con gli art. 104 lett. a e b e 105 cpv. 2 OG).

E. 2.4

Nella lite concernente il pagamento della differenza dei costi previsto dall' art. 41 cpv. 3 LAMal , accanto al Cantone di domicilio, è in primo luogo l'assicurato, nella sua veste di debitore della remunerazione dovuta per le prestazioni effettuate dall'ospedale (sistema del terzo garante), ad avere qualità di parte. Qualità di parte ha pure l'assicuratore, qualora, conformemente ad una convenzione stipulata con l'ospedale interessato, sia debitore dell'intera remunerazione o abbia, quale garante, pagato la fattura per la degenza (sistema del terzo pagante; DTF 123 V 298 seg. consid. 4; cfr. pure DTF 130 V 219 consid. 2.3 e la sentenza del 26 aprile 2005 in re S., K 39/04, consid. 3.1.2).

E. 2.5

Secondo l' art. 129 cpv. 1 lett. b OG il ricorso di diritto amministrativo non è ammissibile contro decisioni in materia di tariffe. Tuttavia secondo la giurisprudenza, il ricorso di diritto amministrativo è irricevibile solo se presentato contro decisioni di fissazione o

approvazione di un tariffario nel suo insieme oppure nel caso in cui è diretto contro clausole tariffali particolari in quanto tali. Il ricorso di diritto amministrativo è invece ammissibile avverso decisioni prese nel caso concreto in applicazione di una tariffa. Nondimeno, anche in questa evenienza, il Tribunale federale delle assicurazioni non può pronunciarsi su tutte le posizioni tariffarie in questione, e nemmeno sulla relazione intercorrente tra le stesse, esso dovendosi piuttosto limitare a controllare la legalità della posizione tariffaria incriminata, applicata in un caso ben determinato (DTF 131 V 69 consid. 1, 126 V 344 consid. 1, 125 V 104 consid. 3b e giurisprudenza citata).

E. 3.1

Come dimostrano peraltro anche le dichiarazioni rese sia in sede di risposta che in occasione dello scritto 31 agosto 2003, secondo cui il presente caso configurerebbe una causa "pilota" per un grande numero di vertenze analoghe, le eccezioni sollevate dall'EOC, e tutelate in buona parte dalla Corte cantonale, tendono, a ben vedere - anche se non direttamente, bensì in via pregiudiziale, nell'ambito di una procedura di assunzione della differenza dei costi, rispettivamente di rimborso -, a un'impugnazione del tariffario zurighese in quanto tale.

Ora, simile modo di procedere non merita protezione. Non si può infatti ammettere che il Cantone Ticino, che peraltro nemmeno ha tentato - sempre che ne fosse legittimato - di adire la via del ricorso diretto al Consiglio federale (art. 53 LAMal) contro la determinazione, da parte del Consiglio di Stato zurighese, della tariffa per i pazienti extracantonali, possa ora sottoporre la stessa a un esame di natura generale-astratta facendo capo a una procedura (quella appunto del pagamento della differenza dei costi giusta l' art. 41 cpv. 3 LAMal) non preposta a questo tipo di verifica.

E. 3.2

Il tenore letterale dell' art. 41 cpv. 3 LAMal è chiaro in tutte le sue versioni linguistiche. Dovuta è la differenza tra i costi fatturati ("in Rechnung gestellten Kosten", "les coûts facturés") e quelli corrispondenti alle tariffe applicabili agli abitanti del Cantone ove si trova l'ospedale in questione. Simile formulazione esclude che, nel determinare singolarmente la partecipazione ai costi del Cantone di domicilio, le tariffe e i prezzi posti a fondamento della singola fatturazione possano essere sottoposti, in maniera generale e astratta, a un esame di ammissibilità e proporzionalità. I tribunali, infatti, nell'ambito della procedura di cui all' art. 41 cpv. 3 LAMal , nemmeno dispongono dei mezzi necessari per esaminare la correttezza di tariffe (parzialmente) risultanti anche da considerazioni di natura politica e quindi difficilmente accessibili a controllo giurisdizionale (DTF 116 V 133 consid. 2a).

E. 3.3

Normalmente, la prassi in caso di ospedalizzazione extracantonale prevede che il medico curante dell'assicurato inoltra una domanda al competente servizio cantonale (per il Cantone Ticino: all'Ufficio del medico cantonale) tramite un apposito modulo ufficiale ideato dalla Conferenza dei direttori cantonali della sanità. Sulla base delle indicazioni fornite, il servizio cantonale decide sull'emissione della garanzia finanziaria dei costi di degenza a carico del Cantone (cfr. ad es. il Messaggio 20 marzo 1996, no. 4504, del Consiglio di Stato del Cantone Ticino concernente alcuni emendamenti al disegno di Legge cantonale di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie). Se rilascia la chiesta garanzia mediante il predetto formulario, sul quale dev'essere indicato l'ospedale di destinazione, il

Cantone non può più rimettere successivamente in discussione la tariffa applicata. Ora, è pur vero che nel caso concreto, a causa dell'allora pronunciato "Aufnahmestopp" degli ospedali universitari zurighesi, agli atti vi è unicamente la domanda di garanzia, ma non anche la garanzia stessa. Ciò non toglie tuttavia che avendo comunque il Cantone Ticino designato il menzionato nosocomio nel proprio elenco ospedaliero e avendolo così di principio riconosciuto quale ospedale di destinazione per i suoi pazienti, esso non ne può contestare le tariffe nell'ambito della procedura di cui all' art. 41 cpv. 3 LAMal .

E. 3.4

Occorre quindi pure considerare che la fatturazione configura "soltanto" un parametro per la determinazione della differenza dei costi a carico del Cantone secondo l' art. 41 cpv. 3 LAMal . La fatturazione, emessa sulla base di una specifica tariffa, precede l'avvio della procedura di cui all' art. 41 cpv. 3 LAMal la quale non può essere utilizzata per risolvere controversie per le quali sono a disposizione altri rimedi giuridici (quelli cantonali giusta gli art. 86 e 89 LAMal , con possibilità di ricorso al Tribunale federale delle assicurazioni, ed eventualmente quello federale di cui all' art. 53 LAMal). Fatturazione da parte del fornitore di prestazioni e obbligo di assunzione della differenza dei costi da parte del Cantone di domicilio sono due cose differenti che vanno distinte tra loro, dal profilo della competenza come pure della procedura.

E. 3.5

Non va inoltre dimenticato che l' art. 49 cpv. 1 LAMal fissa delle quote di copertura unicamente per gli abitanti del Cantone di sede dell'ospedale. Tale norma e la protezione tariffale che ne deriva non sono per contro invocabili per l'ospedalizzazione di pazienti extracantonali. Diversamente, l'obbligo di assunzione della differenza dei costi sancito dall' art. 41 cpv. 3 LAMal non avrebbe alcun senso. La normativa prevista dall' art. 49 cpv. 1 LAMal determina unicamente, ma pur sempre, che le tariffe per pazienti provenienti da un altro Cantone nel reparto comune d'ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico possono essere più elevate rispetto a quelle valide per gli abitanti del Cantone di sede del nosocomio. In relazione ai pazienti extracantonali i Cantoni sono liberi, nei limiti fissati dalla legge, di stabilire delle tariffe e dei prezzi a copertura dei costi (cfr. pure DTF 123 V 306 seg. e BU CS 1992 1308, dove si fa appello alla ragionevolezza dei Cantoni per la determinazione di tali tariffe).

Ad ogni buon conto, con riferimento al caso di specie, si osserva che, nella sua decisione del 13 agosto 1997, il Consiglio federale, dopo avere tenuto conto anche della presa di posizione (successiva, in sede ricorsuale) del sorvegliante dei prezzi (sul suo ruolo nell'ambito del controllo tariffale dal profilo dell'equità e dell'economicità [art. 43 cpv. 3 e art. 46 cpv. 4 LAMal] cfr. DTF 123 V 287 e 306), ha stabilito una quota di copertura per i soli abitanti del Cantone del 46 % e, quindi, una tassa di fr. 450.- in caso di trattamento presso l'Ospedale X._____. Il che corrisponde a un importo di fr. 978.- per una quota di copertura del 100 %. Ora, la "Grundtaxe" per pazienti svizzeri ("Schweizerische Patienten") è stata fissata in fr. 998.- (decisione 30 novembre 1995 della "Gesundheitsdirektion" del Cantone Zurigo "über die ab 1. Januar geltenden Taxen in den kantonalen Krankenhäusern"), e quindi, senza necessità di correttivo da parte del giudice, solo in maniera leggermente superiore rispetto a quella applicabile ai pazienti cantonali. Da risolvere rimarrebbe pertanto unicamente la questione di sapere se le cosiddette "Zusatztaxen" che, conformemente alla "Taxordnung der kantonalen Krankenhäuser" del 1°

aprile 1992, sono state ulteriormente computate, debbano essere pagate dal Cantone Ticino. Come detto, la protezione tariffale dell' art. 49 cpv. 1 LAMal non è applicabile in caso di ospedalizzazione extracantonale. Di principio, pertanto, nulla si opporrebbe a un addebito, a carico dell'EOC, di tali "Zusatztaxen".

E. 3.6

Dato quanto precede, si deve ritenere che le tariffe zurighesi per pazienti extracantonali che l'EOC cerca ora di rimettere in discussione sono legalmente valide e applicabili.

E. 4

Di transenna si rileva inoltre che anche qualora si volesse qualificare la presente vertenza quale ricorso avverso una decisione presa nel caso concreto in applicazione di una tariffa (consid. 2.5), l'esito non muterebbe. In tale evenienza, il Tribunale federale delle assicurazioni sarebbe infatti comunque unicamente abilitato a controllare la legalità della posizione tariffaria incriminata (DTF 131 V 69 consid. 1 con riferimenti).

E. 4.1

Indipendentemente dalla circostanza che il sorvegliante dei prezzi abbia o meno, su tale preciso aspetto, potuto esprimere il proprio parere (art. 14 LSPr ; sull'applicabilità della LSPr alle tariffe stabilite secondo la LAMal cfr. ad es. DTF 123 V 287 consid. 6b con riferimenti), la tariffa contestata (relativa ai pazienti extracantonali) non potrebbe essere dichiarata illegale e inapplicabile.

E. 4.2

Simile parere non avrebbe infatti comunque vincolato l'autorità competente, la quale, per quanto disposto dall' art. 14 cpv. 2 LSPr , avrebbe anche potuto scostarsene. Inoltre, pur tutelando questo presupposto l'interesse anche di quei Cantoni, che, senza partecipare direttamente alla determinazione delle tariffe, ne risulta(va)no quantomeno toccati in qualità di potenziali debitori ai sensi dell' art. 41 cpv. 3 LAMal (DTF 123 V 306), esso interesse si sarebbe sovrapposto a quello degli assicuratori malattia chiamati a rispondere per trattamenti extracantonali non indicati dal profilo medico, ma pur sempre assicurati. Orbene, in caso di determinazione tariffale inadeguata ci si poteva legittimamente attendere che quantomeno gli assicuratori malattia facessero uso della possibilità di ricorso di cui all' art. 53 LAMal . Se ciò non è stato fatto, non vi è motivo per riesaminare nell'ambito di altre procedure, in via pregiudiziale, una fatturazione conforme a tali tariffe.

E. 4.3

A ciò si aggiunge che il presente complesso tariffario è stato emanato prima dell'entrata in vigore, il 1° gennaio 1996, della LAMal. Ora, benché anche allora la prassi riconoscesse l'applicabilità di principio della LSPr a simili tariffe (cfr. ad es. GAAC 56/1992 no. 44 pag. 341, e no. 45 pag. 354), è solo in seguito a una circolare del 9 aprile 1996 inviata a tutti i Cantoni che il Sorvegliante dei prezzi sembra essersi ripromesso di fare (maggiormente) uso del suo diritto di raccomandazione esortando la comunicazione di tutte le tariffe prima della loro emanazione, rispettivamente prima della loro approvazione (RAMI 1997 no. KV 5 pag. 136). È di fatto solo con l'introduzione dell'obbligo assicurativo della LAMal e a seguito dell'esplosione dei costi che la posizione del Sorvegliante dei prezzi ha assunto, nel presente ambito, una rilevanza particolare (cfr. ad es. pure il rapporto annuo 1996 del Sorvegliante dei prezzi, pag. 16, stante il quale quest'ultimo si sarebbe pronunciato per la prima volta, nel trascorso anno, a proposito di specifiche tariffe ospedaliere nell'ambito

dell'assicurazione malattia). Prima dell'entrata in vigore della LAMal la sua (mancata) consultazione non rivestiva per contro la stessa importanza (anche poco dopo l'entrata in vigore della LAMal, il Consiglio federale ha dato prova di una certa flessibilità, ammettendo ad es. la possibilità di sanare la mancata precedente consultazione del Sorvegliante dei prezzi nell'ambito della procedura di ricorso: RAMI 1997 no. KV 8 pag. 232).

Questa osservazione acquista maggior valore nel caso di specie se si considera che la contestazione della parte resistente riguarda in definitiva le disposizioni relative alla "Zusatztaxe", emanate nel 1992 ("Taxordnung der kantonalen Krankenhäuser" del 1° aprile 1992), rispettivamente nel 1994 ("Verfügung der Gesundheitsdirektion über den Vollzug der Taxordnung der kantonalen Krankenhäuser" del 30 novembre 1994). Per quanto concerne invece la "Grundtaxe" relativa ai pazienti svizzeri, già si è detto (consid. 3.5) che essa è stata fissata solo in maniera leggermente superiore, e quindi senza necessità di correttivo da parte del giudice, rispetto alla tariffa applicabile ai pazienti cantonali.

E. 4.4

Alla luce delle suesposte considerazioni, il Tribunale federale delle assicurazioni non ritiene di conseguenza possibile e necessario mettere in discussione, nell'ambito della presente procedura di applicazione dell' art. 41 cpv. 3 LAMal , la validità della tariffa in parola per il fatto che il Sorvegliante dei prezzi non sarebbe stato consultato.

E. 5

Per il resto si osserva che il Cantone Ticino - che peraltro continua a fare figurare sul suo elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie l'Ospedale X._____ (v. Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi del 2 novembre 2001 [BU 50/2001, pag. 349 e 354]; cfr. pure il nuovo decreto legislativo 29 novembre 2005 concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie [FU 96/2005, del 2 dicembre 2005, pag. 7971 segg.]) - non è obbligato a subire passivamente le tariffe e i prezzi - ritenuti sproporzionati - applicati dal Cantone Zurigo per pazienti extracantonali. Il Cantone Ticino può ad es. contrastare le conseguenze della perequazione finanziaria di cui all' art. 41 cpv. 3 LAMal mediante la conclusione di accordi ospedalieri intercantonali. A ciò si aggiunge che ogni Cantone, in presenza dell'indicazione medica, può in buona parte influenzare, anche dal profilo finanziario, la prassi dei ricoveri dei suoi abitanti in istituti ospedalieri fuori Cantone grazie all'intervento del proprio servizio medico. Di nessun ausilio si rivela per contro, come giustamente fatto notare dall'autorità di vigilanza in sede di osservazioni al ricorso, l'ammissione di un ospedale extracantonale nel proprio elenco ospedaliero, tale circostanza non modificando in alcun modo l'obbligo di assunzione della differenza dei costi.

E. 6

Accogliendo, in buona parte, le eccezioni sollevate dall'EOC avverso il sistema tariffario del Cantone Zurigo, i primi giudici hanno ecceduto nel proprio potere d'apprezzamento. La pronuncia cantonale dev'essere di conseguenza modificata e la domanda ricorsuale ammessa, l'EOC dovendo rimborsare all'Helsana fr. 10'424.60, importo risultante dalla differenza tra i costi fatturati dall'Ospedale X._____ a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria (fr. 12'674.60) e quelli corrispondenti alla tariffa applicabile agli abitanti del Cantone Zurigo (fr. 450 giornalieri per cinque giorni, pari a un importo complessivo di fr.

2'250.-).

E. 7.1

Pur essendo di principio la procedura dinanzi al Tribunale federale delle assicurazioni opponente un assicurato al Cantone di domicilio a proposito dell'interpretazione e dell'applicazione dell' art. 41 cpv. 3 LAMal gratuita, ciò non è il caso se la lite oppone un assicuratore malattia al Cantone di domicilio (DTF 130 V 87 , 123 V 309 consid. 9). Ne consegue che le spese processuali, che seguono la soccombenza, devono essere poste a carico dell'EOC.

E. 7.2

Giusta l' art. 159 cpv. 2 OG , in relazione con l' art. 135 OG , nelle procedure di ricorso di diritto amministrativo davanti a questa Corte, nessuna indennità per ripetibili è, di regola, assegnata alle autorità vincenti o agli organismi con compiti di diritto pubblico, come è il caso anche per gli assicuratori malattia (DTF 123 V 310 consid. 10, 118 V 169 consid. 7).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.