

TI_GERICHTE 36.2000.41 vom 11. Februar 2000

TI Tribunale d'appello, 2000-02-11, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2000.41

FR: TI_GERICHTE 36.2000.41 du 11 février 2000

IT: TI_GERICHTE 36.2000.41 del 11 febbraio 2000

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 1

Satz 2 KVG auch gegenüber dem Wohnkanton ein gesetzlicher Rückerstattungsanspruch einzuräumen. Ebenfalls muss dem Versicherer, wenn er gemäss Vereinbarung mit dem Spital die gesamte Vergütung schuldet oder wenn er als Garant dem Spital die Rechnung bezahlt hat, ein Rückforderungsrecht gegenüber dem Wohnkanton zustehen. Dieses lässt sich indessen nicht aus dem ihm mit Satz 2 von Art. 41 Abs. 3 KVG eingeräumten Rückgriffsrecht gemäss Art. 79 KVG ableiten, da dieses qualifiziert andere Tatbestände regelt (BBI 1992 I 207; Amtl. Bull. 1992 S 1308 f.). Vielmehr handelt es sich um ein eigenes, durch legalzessionsweisen Übergang des Rückerstattungsanspruches des Versicherten auf den Versicherer entstehendes Forderungsrecht. Es steht fest, dass die Rechtsvorgängerin der Beschwerdegegnerin die von der Höhenklinik Y. für die stationäre Behandlung von H. am 9. und 10. Januar 1996 in Rechnung gestellten Kosten vollumfänglich beglich. Dieser kommt somit Parteistellung im Verfahren vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht zu. Gleiches gilt für das kantonale, da gemäss Art. 98a Abs. 3 OG (in Verbindung mit Art. 128 OG) die Beschwerdelegitimation im Verfahren vor der letzten kantonalen Instanz mindestens im gleichen Umfang wie für die Verwaltungsgerichtsbeschwerde an das Eidgenössische Versicherungsgericht gewährleistet ist ..." (DTF succitata). B. Nel merito 2.4. La questione è già stata risolta dallo scrivente TCA con la sentenza 30 ottobre 2000 in re _____ c. _____ da cui citiamo quanto segue. "...L'art. 49 cpv. 1 LAMal - prescrivendo che gli importi forfettari posti a carico degli assicuratori malattia per la remunerazione delle cure ospedaliere coprono al massimo il 50% dei costi fatturabili per paziente o gruppo d'assicurati nel reparto comune d'ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico - impone ai Cantoni l'assunzione di almeno il 50% dei costi delle ospedalizzazioni: "... da una parte, il finanziamento dell'assicurazione malattia si fonda su premi pro capite non differenziati socialmente: poveri e ricchi sono tenuti a pagare premi uguali. Pare dunque giustificato finanziare una parte di tali spese attingendo a fonti più fortemente differenziate socialmente, ovvero alle tasse. Il disegno prevede che in caso di degenza dell'assicurato in un ospedale pubblico o sovvenzionato dai poteri pubblici, l'assicurazione delle cure medico-sanitarie copre al massimo il 50% delle spese in divisione comune. Il resto è pagato con proventi di tasse..." (Messaggio 6.11.1991 del CF, p. 34). "... la rémunération des hôpitaux publics couvre 50% des frais d'exploitation au plus (art 42 al 1 et 2). Cela signifie que les pouvoirs publics ne peuvent pas répercuter sur les caisses maladies plus de 50% des conséquences financières des décisions prises en matière de planification. La participation des pouvoirs publics

confère de surcroît au financement un élément social; dans le domaine de l'assurance-maladie, les primes se calculent par tête. Encore une fois, on constate que la même disposition peut servir aussi bien la maîtrise des prix que le principe de solidarité. ..." (Rapporto della relatrice Segmüller al Consiglio nazionale, in BU 1993, p. 1732). Corollario dell'obbligo imposto ai Cantoni dall'art. 49 cpv. 1 LAMal, è l'obbligo di contribuzione posto dall'art. 41 cpv. 3 LAMal secondo cui, 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 fra i costi fatturati e quelli corrispondenti alle tariffe applicabili agli abitanti del Cantone ove si trova il suddetto ospedale. Il legislatore è, quindi, partito dall'idea che debba esistere una perequazione finanziaria fra i cantoni che, per motivi di politica sanitaria, non offrono ai propri cittadini determinati trattamenti stazionari ed i cantoni che, per contro, presentano un approvvigionamento ospedaliero più esteso, al cui finanziamento contribuiscono i cittadini attraverso il pagamento delle imposte (cfr. DTF 123 V 290ss. = RAMI 1998 KV20, p. 13ss.; DTF 123 V 310ss. = RAMI 1998 KV21, p. 42 e riferimenti ivi menzionati). A proposito dell'art. 41 cpv. 3 (allora, art. 35), nel Messaggio 6 novembre 1991 del Consiglio federale alle Camere si legge quanto segue: "...Questo ordinamento deve permettere la perequazione degli oneri e una miglior coordinazione fra i Cantoni. Durante la procedura di consultazione, alcuni Cantoni si sono dichiarati contrari a questa soluzione. Si deve comunque rilevare che i Cantoni non sono tenuti a scegliere detta forma di conteggio per la cura stazionaria di pazienti provenienti da un altro Cantone. Di conseguenza, per es., i Cantoni che hanno creato grandi centri ospedalieri e i Cantoni loro attigui possono concludere accordi finanziari, secondo i quali i Cantoni attigui partecipano al finanziamento dell'ospedale in questione, visto che pure i loro abitanti ne beneficiano. Si giustifica quindi che un tale centro ospedaliero applichi le stesse tariffe per pazienti cantonali e extra-cantonali. L'art. 42 cpv. 1 e 2 permette affatto tale procedura. Il problema dell'art. 35 cpv. 3 va pertanto considerato risolto. La compensazione finanziaria tra Cantoni può essere effettuata in modo autonomo, in base ad un accordo intercantonale, o secondo la regola dell'art. 35 cpv. 3. Quest'ultima può e deve quindi esercitare una certa pressione sui Cantoni affinché coordinino la pianificazione, il finanziamento e il tasso di occupazione degli ospedali. Nei loro pareri, i Cantoni stessi preconizzano un miglior coordinamento. L'art. 35 cpv. 3 persegue la linea tracciata dall'art. 33 [n.d.r.: attuale art. 39 LAMal]: utilizzazione ottimale delle risorse e contenimento dei costi. Ciò è realizzabile evitando la creazione di unità non necessarie e coordinando le capacità a seconda dei bisogni e utilizzandole in comune. ..." (Messaggio 6.11.1991 del CF, p. 76).

2.5. Per i cinque giorni di degenza qui in discussione - trattandosi dell'assicurazione sociale obbligatoria - l'_____ ha fatturato, complessivamente, un importo pari a fr. 12'674.60 (cfr. doc. _: fattura pro forma dell'_____). La _____ ritiene, da parte sua, che il proprio obbligo contributivo sia limitato, in forza dell'art. 41 cpv. 3 LAMal, all'assunzione della diaria giornaliera applicabile ai pazienti acuti _____, tariffa stabilita dal Consiglio federale con decisione 13 agosto 1997 (cfr. doc. _, p. 59 - fr. 450.-- x 5 g. = fr. 2'250.--), mentre che il resto debba andare a carico del Cantone Ticino, quale cantone di domicilio dell'assicurata. Ciò che l'_____ contesta non è l'esistenza dell'indicazione medica per la degenza di _____ presso l'_____ e neppure l'applicabilità di principio dell'art. 41 cpv. 3 LAMal (cfr. VII, p. 7). L'autorità amministrativa ha rifiutato di dar interamente seguito alla pretesa di rimborso avanzata dall'_____ - che aveva, lo si ricorda, integralmente saldato la fattura 14 agosto 1998 - siccome non accetta il modo di

fatturare dell' _____, ritenuto contrario alla LAMal e, in modo particolare, al principio della perequazione finanziaria (cfr. VII, p. 14 in fine). 2.6. Interessandosi ora alle modalità di fatturazione utilizzate dall' _____ - poiché è specificatamente su questo aspetto che verte il caso di specie - si osserva come le medesime trovino il loro fondamento nella cosiddetta Taxordnung der kantonalen Krankenhäusern del 1° aprile 1992, entrata in vigore il 1° luglio 1992 (doc. _). Secondo il §2, in caso di degenza, ai pazienti viene fatturata una tariffa di base (Grundtaxe), una tariffa integrativa (Zusatztaxe), i costi per l'insegnamento e la ricerca nonché gli onorari medici. Il §3 prevede che la Grundtaxe è destinata a coprire i costi per il vitto, l'alloggio, le cure mediche e paramediche ordinarie e gli investimenti. La Zusatztaxe , da parte sua, copre, fra l'altro, i costi relativi a prestazioni di cura particolarmente onerose (ad esempio, le cure intense oppure la sorveglianza speciale), a prestazioni diagnostiche e terapeutiche, ai medicinali e ai materiali (cfr. §3). Il conteggio della Zusatztaxe avviene, di principio, in applicazione del Catalogo delle prestazioni ospedaliere (CPO), dell'Elenco delle specialità (ES) e delle tariffe dell'Ordine dei medici del Canton _____ (§11). Giusta il §13, i pazienti _____ degenti nel reparto comune pagano una tariffa che copre il 50% dei costi computabili, mentre i pazienti "svizzeri", ossia quelli provenienti da altri cantoni (cfr. §9 lett. b), coprono - attraverso Grundtaxe e Zusatztaxe - l'integralità dei costi d'esercizio e d'investimento. Le questioni di dettaglio sono poi state regolate dalla Direzione della sanità del Canton _____ attraverso la Verfügung der Gesundheitsdirektion über den Vollzug der Taxordnung der kantonalen Krankenhäuser del 30 novembre 1994 (cfr. doc. _). In data 30 novembre 1995, il Consiglio di Stato _____ - preso atto del fatto che, a partire dal 1° gennaio 1996, ci si sarebbe trovati in regione aconvenzionale - ha stabilito, in ossequio all'art. 47 cpv. 1 LAMal, le tariffe giornaliere applicabili agli abitanti del Canton _____ (_____ Akutpatienten) degenti nel reparto comune di un ospedale pubblico o sussidiato dall'ente pubblico. Trattandosi, segnatamente, dell' _____, la diaria giornaliera forfetaria per i pazienti _____ è stata fissata a fr. 515.--. L'autorità cantonale ha parimenti provveduto a determinare la Grundtaxe applicabile ai pazienti "svizzeri" (fr. 998.--/g.). Il decreto 20 dicembre 1995 dell'Esecutivo cantonale è stato impugnato dalla Federazione degli assicuratori malattie del Canton _____ innanzi al Consiglio federale. Con decisione dell'agosto 1997 - parzialmente pubblicata in RAMI 1997 KV16, p. 343ss. - il Consiglio federale ha ridotto a fr. 450.-- la tariffa giornaliera valida per i pazienti _____ degenti nel reparto comune dell' _____, tariffa corrispondente ad un tasso di copertura del 46% (cfr. RAMI 1997 succitata, p. 367). Se ne deduce, pertanto, che il costo medio di una giornata di cura presso il reparto comune dell' _____ è pari a fr. 978.-- (fr. 450.-- + fr. 528.--). Ritornando al caso di specie, per i cinque giorni di degenza presso la Clinica oftalmologica, l' _____ ha esposto una Grundtaxe pari a fr. 998.--/giorno (quindi, complessivamente, un importo di fr. 4'990.--) e, nel quadro della Zusatztaxe , ha proceduto ad una fatturazione analitica delle prestazioni di punta offerte a X (cfr. doc. _). 2.7. L' _____, come già indicato in precedenza, critica il metodo di fatturazione - Grundtaxe/Zusatztaxe - applicato dall' _____. In primo luogo, l'importo fatturato globalmente per ogni giornata di cura, ovvero fr. 2'534.92 (fr. 12'674.60 : 5 giorni), risulterebbe essere "... assolutamente arbitrario e contrario al principio di economicità stabilito dalla LAMal ...", siccome "... la tariffa complessiva di fr. 978.-- stabilita dal Consiglio federale dopo attenta verifica dei conti da parte del Sorvegliante dei prezzi è una tariffa onnicomprensiva e considera quindi già i ricoveri che richiedono prestazioni di alta tecnologia" (cfr. VII, p. 12). Non sarebbe, insomma, più possibile procedere ad una

fatturazione analitica separata delle prestazioni di punta. Inoltre, a mente dell'autorità convenuta, l' _____ non avrebbe "... mai dato nessuna spiegazione (analitica) sulla giustificazione del forfait effettivamente applicato in base alla Verfügung di 998.-- fr./giorno, quando tutte le prestazioni medico-sanitarie e il materiale sanitario sono fatturati separatamente in base al CPO (Catalogo delle prestazioni ospedaliere) applicato per i pazienti di 1.a classe. Tolte le prestazioni medico-sanitarie non si riescono quindi a capire le ragioni di un importo così elevato quando il forfait degli ospedali dell' _____ è di ca. 650.-- fr./giorno (50/50 Cantone e CM) senza gli investimenti, ma comprese tutte le prestazioni medico sanitarie che _____ fattura separatamente" (cfr. VII, p. 13). In secondo luogo - premesso che, secondo l' _____, prendendo in considerazione i dati risultanti dalla decisione del Consiglio federale del 13 agosto 1997, il costo onnicomprensivo di una giornata di cura presso il reparto comune dell' _____ si eleverebbe a fr. 1'125.-- (fr. 978.-- + 15% quale supplemento per le spese di investimento) - violato sarebbe pure il principio della perequazione finanziaria fra Cantoni, istituito dall'art. 41 cpv. 3 LAMal e le cui finalità sono state diffusamente spiegate al consid. 2.4.: "Nel caso del Canton _____ questa parte [parte di costi che il Cantone in cui ha sede l'ospedale copre in caso di degenza di un suo cittadino, n.d.r.] corrisponde al 54% dei costi d'esercizio fatturabili, maggiorati dei costi d'investimento e di quelli per l'insegnamento e la ricerca. In teoria il Canton Ticino dovrebbe quindi assumersi questo importo (dedotti i costi per l'insegnamento e la ricerca che nulla hanno a che vedere con la degenza del paziente) quando il paziente ricoverato è ticinese. Come visto sub a) si tratterebbe di un importo di fr. 1'125.-- ./ fr. 450.-- (a carico dell'assicuratore di base) = fr. 675.-- giornalieri ca., corrispondenti al 60% del costo globale. In realtà, al Canton Ticino, e per esso all' _____, viene chiesto un importo complessivo di fr. 10'424.60 (fr. 2'084.90 giornalieri) equivalente all'82% dei costi di degenza della sig.ra _____. Ci troviamo pertanto chiaramente al di fuori della perequazione prevista dall'art. 41 cpv. 3 LAMal" (cfr. VII, p. 13). Questa Corte rileva che, nella DTF 123 V 290ss., il TFA ha avuto modo d'esprimere alcune interessanti considerazioni in merito alla nozione di "costi fatturati" di cui all'art. 41 cpv. 3 LAMal, così come riguardo ai requisiti che devono presentare le tariffe applicabili ai pazienti extra-cantonali: "... Zum anderen kann unter den "in Rechnung gestellten Kosten" klarerweise nur der Tarif für die allgemeine Abteilung des betreffenden Spitals bzw. bei Fehlen einer solchen Abteilung der entsprechende Referenztarif für ausserkantonale Patienten verstanden werden. Diese Tarife werden wie diejenigen für die Kantonseinwohner durch die Tarifparteien (Versicherer und Spital) vereinbart und durch die Regierung des Kantons, in dem das Spital liegt, genehmigt oder bei Fehlen eines Tarifvertrages durch diese festgesetzt (Art. 49 Abs. 1 KVG e contrario und Art. 47 Abs. 2 KVG; BBl 1992 I 176 oben, 180f.). Die Tarife für ausserkantonale Patienten sind also ebenfalls generell-abstrakter Natur und haben sich in Berücksichtigung des mit der Kostenübernahmepflicht des Wohnkantons nach Art. 41 Abs. 3 KVG bezweckten Lastenausgleichs nach dem ausdrücklich im Gesetz verankerten Gebot der Wirtschaftlichkeit der Behandlung (Art. 43 Abs 6 KVG; vgl. auch Art. 32 Abs. 1 und Art. 56 Abs. 1 KVG) zu richten (BBl 1992 I 129). Da diese Tarife im Unterschied zum alten Recht (Entscheidung des Bundesrates vom 27. April 1994 [VPB 59.20] und 8. November 1995 in Sachen Rehabilitationszentrum Basel für Querschnittgelähmte und Hirnverletzte gegen Regierungsrat des Kantons Solothurn) dem KVG unterstehen, ist auf sie das Preiseüberwachungsgesetz (PüG) anwendbar. Die zuständige Behörde hat somit den Preisüberwacher anzuhören bevor sie den Tarifentscheid fällt (Art. 14 Abs. 1 PüG). Sie

führt seine Stellungnahme im Entscheid an. Folgt sie ihr nicht, begründet die Behörde dies (Art. 14 Abs. 2 PüG). Damit "sollte es möglich sein, bei Bedarf auf ein massvolles Tarifgebaren der Tarifpartner hinzuwirken" (BBI 1992 I 180), dies nicht zuletzt auch im Interesse der an der Ausgestaltung der Tarifordnung nicht (direkt) Beteiligten, davon aber Betroffenen, wie namentlich die Versicherten (als Prämienzahler) und die anderen Kantone (als potentiell Differenzzahlungspflichtige gemäss Art. 41 Abs. 3 KVG). Mit dem Einbezug des Preisüberwachers in das Tariffestsetzungsverfahren wird sichergestellt, dass bei der Prüfung des Tarifvertrages auf seine Übereinstimmung mit dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit (Art. 46 Abs. 4 KVG) auch "allfällige übergeordnete öffentliche Interessen" berücksichtigt werden (Art. 14 Abs. 3 PüG), insbesondere die sozialpolitischen Rahmenbedingungen für Festsetzung oder Anpassung von Tarifen (BGE 123 V 287 Erw. 6b mit Hinweisen auf die Materialien und den in RKUV 1997 S. 122 ff. wiedergegebenen Entscheid des Bundesrates vom 15. Januar 1997 in Sachen Kantonale Arztgesellschaft Schaffhausen gegen Regierungsrat des Kantons Schaffhausen; vgl. auch Amtl. Bull. 1992 S. 1308, wo der Berichterstatter der ständerätlicher Kommission auf die Notwendigkeit hinweist, "dass die Kantone bei der Festsetzung der Tarife für ausserkantonale Patienten vernünftig sind")" (DTF succitata). Da quanto precede, emerge, segnatamente, che le tariffe fissate per i pazienti extra-cantionali devono ossequiare il precetto dell'economicità, tenuto convenientemente conto della perequazione finanziaria perseguita attraverso l'obbligo a carico del Cantone di domicilio di partecipare ai costi di degenza giusta l'art. 41 cpv. 3 LAMal. Il TFA ha, altresì, sottolineato come queste tariffe - a differenza di quanto succedeva nel passato - sottostanno, anch'esse, alla LAMal, di modo che torna pure applicabile la Legge federale sulla sorveglianza dei prezzi. Con le modalità di verifica ivi previste dovrebbe essere possibile incitare le parti alla convenzione ad un comportamento moderato e responsabile, e ciò, fra l'altro, nell'interesse di quegli attori non (direttamente) coinvolti nel processo di formazione dell'ordinamento tariffario, e qui si pensa, in particolare, agli assicurati (quali debitori dei premi assicurativi) ed agli altri cantoni (ponendo mente alla norma di cui al cpv. 3 dell'art. 41 LAMal). 2.8. Dopo attenta riflessione, a questa Corte appare fondata l'obiezione, sollevata dall'_____, secondo cui il metodo di fatturazione utilizzato dall'_____ è contrario alla legge e, come tale, non può trovare applicazione. In primo luogo, non può lasciare indifferenti la manifesta disproporzione esistente fra il costo medio di una giornata di cura presso il reparto comune del succitato stabilimento di cura (fr. 978.--/giorno secondo quanto stabilito dall'Esecutivo federale) e quanto invece viene fatturato qualora il paziente non risieda nel Canton _____ (in casu , fr. 2'534.92/giorno), tanto più che la cosiddetta Grundtaxe - destinata unicamente alla copertura dei costi di vitto ed alloggio, delle cure mediche e paramediche ordinarie e degli investimenti (cfr. §3 della Taxordnung der kantonalen Krankenhäusern del 1.4.1992) - si eleva ad un importo di fr. 998.--/giorno, quindi già di per sé superiore al costo medio di una giornata di cura (fr. 978.--/giorno, valore onnicomprensivo che considera già il costo di quei ricoveri che necessitano di prestazioni di alta tecnologia). Non va neppure dimenticato che il summenzionato importo di fr. 998.-- è stato stabilito unilateralmente dal Consiglio di Stato _____ in forza dell'art. 47 cpv. 1 LAMal, senza passare al vaglio del Sorvegliante dei prezzi, ragione per cui non vi è nessuna garanzia che la suddetta tariffa rispetti i principi legali d'equità e di economicità (cfr., al riguardo, consid. 2.7. in fine). A questo preciso riguardo, va ancora osservato che dalla corrispondenza intercorsa fra i Consiglieri di Stato _____ e _____, emerge che il Ticino ha più volte sollecitato una giustificazione analitica della Grundtaxe , senza

tuttavia ottenere alcun riscontro. Sulla mancanza di trasparenza dimostrata, all'occasione, dall'autorità _____ non si può certo transigere, ponendo mente, da un lato, all'entità stessa della tariffa, segnatamente, alla sua disproporzione rispetto al valore medio e, dall'altro, all'assenza di una verifica preliminare da parte del Sorvegliante dei prezzi. Vero è, infine, che la LAMal permette di derogare al principio secondo cui la remunerazione della cura ospedaliera deve aver luogo attraverso degli importi forfettari (cfr. art. 49 cpv. 2, 1a frase, LAMal). Nondimeno, le eccezioni - ovverosia la fatturazione separata di determinate prestazioni diagnostiche e terapeutiche - devono essere esplicitamente previste dalla convenzione tariffale (cfr., in questo senso, RAMI 2000 KV113, p. 126 consid. 4). Ciò non è qui manifestamente il caso. In secondo luogo, al consid. 2.4., si è già avuto modo d'indicare come lo scopo perseguito dalla summenzionata disposizione legislativa sia, principalmente, quello di porre a carico del Cantone di domicilio quella parte di costi di degenza coperta dal Cantone di sede dell'ospedale in virtù dell'art. 49 cpv. 1, 2a frase, LAMal. In sostanza, si è reputato che quei Cantoni che finanziano i propri stabilimenti di cura grazie alle imposte o mediante dei sussidi pubblici, debbano venir sgravati dai Cantoni di residenza dei pazienti. Ora, dalla decisione 13 agosto 1997 del Consiglio federale si evince che la tariffa forfettaria giornaliera di fr. 450.-- riconosciuta all' _____ per le degenze in camera comune di pazienti _____, corrisponde ad un tasso di copertura dei costi d'esercizio del 46%. L'Esecutivo federale ha, altresì, chiarito che l'asserzione concernente la quota di copertura di cui all'art. 49 cpv. 1, 2a frase LAMal, si riferisce, per l'essenziale, ai soli costi di gestione - ad esclusione dei costi determinati da un'eventuale sovraccapacità, delle spese d'investimento e dei costi per la formazione e la ricerca (cfr. art. 49 cpv. 1, 4a frase, LAMal) - e dev'essere interpretata nel senso che le tariffe ospedaliere possono coprire al massimo il 50% dei costi di gestione riconosciuti, mentre i Cantoni competenti, rispettivamente, la collettività, devono coprire almeno il 50% dei costi d'esercizio (cfr. RAMI 1997 succitata, p. 354). Se ne deduce, pertanto, che una giornata di degenza presso il reparto comune dell' _____ costa mediamente fr. 978.--. Questi costi devono venir coperti dal Canton _____ nella misura del 54%, ciò che equivale, finalmente, ad un importo giornaliero pari a fr. 528.--. Tenuto conto dello scopo perseguito dall'art. 41 cpv. 3 LAMal, così come espressamente raccomandato dalla giurisprudenza federale, la parte di costi a carico del Ticino - cantone di residenza di X - avrebbe dovuto ammontare ad un massimo di fr. 528.--/giorno, importo a cui vanno ancora aggiunte le spese d'investimento, completamente a carico del Cantone di sede dell'ospedale in forza dell'art. 49 cpv. 1, 4a frase, LAMal. Questa soluzione - che garantisce la totale copertura dei costi - si appalesa, d'altronde, come perfettamente conforme alle Direttive 7 giugno 1999 concernenti la procedura relativa ai sussidi dei cantoni in caso di degenza ospedaliera extra-cantonale giusta l'art. 41 cpv. 3 LAMal emanate dalla Conferenza dei direttori cantonali della sanità e, specificatamente, alla Direttiva n° 8 a mente della quale: " En l'absence de convention directement applicable, les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics appliquent jusqu'à nouvel avis, lors de la tarification de traitements dispensés sous le régime de l'assurance-maladie obligatoire et hors du canton de résidence du patient pour des raisons médicales, les dispositions tarifaires suivantes: (a) on renonce à la facturation à l'acte pour les traitement en division commune; (b) s'applique le tarif de la convention ou d'une convention hospitalière représentative passée avec des cantons tiers (convention de référence); majoré au maximum de 5% de la somme facturée pour les travaux administratifs supplémentaires. Lorsque, pour des raisons médicales, le traitement est dispensé hors du canton en division demi-privée ou privée d'un hôpital public ou

subventionné par les pouvoirs publics, le canton de résidence du patient prend en charge la différence qui en aurait résulté si le traitement avait eu lieu en division commune". Nel commento relativo alla suesposta direttiva, si legge in particolare che: " (8.12) On renoncera à la facture à l'acte, étant donné que, si l'on compare la somme facturée des différents éléments de prestation avec un forfait applicable aux assurés du canton de domicile de l'hôpital, la différence tarifaire à charge du canton de résidence de l'assuré serait disproportionnée en cas de traitement onéreux. (8.13) En l'absence de convention avec des canton tiers tenant lieu de convention de référence, les hôpitaux concernés appliquent le même type de forfait que celui appliqué aux assurés du canton de domicile de l'hôpital, le montant du forfait pouvant atteindre au maximum la couverture totale des coûts (coûts totaux moyens comprenant également les charges d'investissement). (...) " (la sottolineatura è del redattore). Parimenti condivisibile è l'opinione secondo la quale il Cantone di residenza del paziente non debba accollarsi "... i maggiori oneri dovuti a manchevolezze nella contabilità del proprietario dell'ospedale in questione. Il maggior onere dovuto a queste manchevolezze deve rimanere a carico di chi è responsabile di queste manchevolezze e quindi, nella fattispecie, del Canton _____ ..." (cfr. VII, p. 15). Effettivamente, il Consiglio federale ha fissato al 46% il tasso di copertura ex art. 49 cpv. 1, 2a frase LAMal e, di conseguenza, al 54% la quota a carico del Canton _____, in applicazione del principio secondo cui maggiore è la trasparenza dei costi esposta dagli ospedali, più elevato può essere il tasso di copertura (cfr. RAMI 1997 succitata, p. 357). Il Governo federale ha, da parte sua, constatato un'insufficiente trasparenza dei costi ed ha sottolineato che, sulla base dei dati contabili presentati, non è stato possibile determinare, conformemente alla LAMal ed alla Legge federale sulla sorveglianza dei prezzi, i costi computabili afferenti al reparto comune di ogni singolo ospedale (cfr. RAMI 1997 succitata, p. 366): "... Im Ergebnis ist festzuhalten, dass im vorliegenden Fall die Kostentransparenz in verschiedener Hinsicht nicht genügt und auf der basis der Finanzbuchhaltung die anrechenbaren Kosten der allgemeinen Abteilung der einzelnen Spitäler nicht im Sinne des KVG und des PüG bestimmt werden können. Namentlich können die Kosten nicht nach Abteilungen aufgeteilt werden, die Kennzahlen basieren auf den Kosten und Beständen aller drei Abteilungen, die Kosten aus Lehre und Forschung sind normativ und nicht nach dem effektiven Aufwand festgelegt worden, die Investitionen für Mobilien bis 3000 Franken können nicht qualifiziert werden, desgleichen nicht die Kostenunterschiede zwischen den einzelnen Abteilungen. ... Im vorliegenden Fall will der Regierungsrat bei den anrechenbaren Kosten mit den strittigen Pauschalen eine Deckungsquote von 49% erreichen. Diese Quote liegt nur 1% unter der maximalen Deckungsquote von 50%. Aus den vorstehenden Erwägungen (Ziff. II/7.1.2 hiervor) folgt nach Ansicht des Bundesrates, dass bei 49% Deckungsquote für die Berechnung der strittigen Pauschalen eine annähernd volle Kostentransparenz verlangt werden muss. Die Prüfung der strittigen Pauschalen hat ergeben, dass dieser hohe Grad von Transparenz nicht erreicht werden kann und insofern der rechtserhebliche Sachverhalt nicht vollständig festgestellt worden ist (Art. 49 Bst. b VwVG). Daher ist die Deckungsquote von 49% zu hoch angesetzt und verstösst gegen Artikel 49 Absatz 1 KVG (Art. 49 Bst. a VwVG). (...). ... Damit stellt sich die Frage, wie hoch die Deckungsquote für die neuen Pauschalen anzusetzen ist. Der Kanton _____ hat im Vergleich zu anderen Kantonen grössere Anstrengungen unternommen, um die Kostentransparenz zu verbessern und Überkapazitäten abzubauen. Der Preisüberwacher empfiehlt daher, im vorliegenden Fall bei Tagespauschalen von einer höheren Kostenbeteiligung der Krankenkassen anzugehen als in anderen Kantonen. Aufgrund der

immer noch mangelhaften Transparenz sollte aber höchstens eine Kostenbeteiligung (Deckungsquote) der Krankenkassen von 46% festgesetzt werden. Welche Deckungsquote unter diesen Umständen richtig ist, lässt sich nicht rechnerisch genau ermitteln (Ziff II/7.1.2 hiervor). Der Bundesrat berücksichtigt neben den Verhältnissen im Kanton _____ auch, wie sich die Kostentransparenz und die Kostenstruktur in anderen Kantonen präsentieren. Unter diesen Aspekten hält er im vorliegenden Fall eine Deckungsquote von 46% für angemessen " (cfr. RAMI 1997 succitata, p. 366s.). In esito a quanto precede - non apparendo affatto corretto che il Cantone di residenza debba essere ritenuto, per riflesso, responsabile delle deficienze insite nel sistema ospedaliero del Cantone di sede - è convinzione di questo TCA che si giustifichi considerare la situazione per così dire "ideale", ossia quella in cui la trasparenza dei costi è totale, quella in cui non vi è alcuna sovraccapacità, ecc.. Per questa ragione, non può che essere tutelata la tesi difesa dall'_____, secondo il quale, in casu , la parte di costi di degenza che deve andare a carico del Cantone Ticino in virtù dell'art. 41 cpv. 3 LAMal, va calcolata partendo da un tasso del 50%. Va da sé che la partecipazione ai costi degli assicuratori malattie resta del 46%, così come deciso dal Consiglio federale. Il restante 4% va senz'altro addossato al Canton _____, in ragione delle manchevolezze dimostrate. Ne discende che l'importo giornaliero di fr. 528.-- ha da essere ridotto a fr. 489.--. Per quel che concerne, infine, le spese d'investimento, l'autorità convenuta si è dichiarata disposta ad applicare una maggiorazione del 15% calcolata sul costo d'esercizio complessivo. Il tasso del 15% è stato stimato in base all'esperienza dell'_____. Approvato il principio secondo cui i costi d'investimento - interamente sopportati dal Cantone di sede dell'istituto di cura in forza dell'art. 49 cpv. 1, 4a frase LAMal - debbano essere considerati nella determinazione della quota a carico del Cantone di provenienza del paziente, lo scrivente Tribunale non vede motivi per doversi scostare dalla valutazione espressa dall'_____, tanto più che l'assicuratore ricorrente non ha affatto censurato la percentuale ritenuta. 2.9. Concludendo, alla luce degli argomenti sviluppati in precedenza, l'_____, a norma dell'art. 41 cpv. 3 LAMal, avrebbe dovuto partecipare ai costi generati dalla degenza 11-15 maggio 1998 di _____ presso la Clinica oftalmologica dell'_____, in ragione di un importo complessivo pari a fr. 3'180.-- ([489.-- + 147.--] x 5 g.). Beninteso, ciò non significa che - applicando in modo corretto la LAMal - i rimanenti costi vadano integralmente a carico della _____. Ciò nondimeno, quest'ultima, anziché saldare la nota fattura dell'_____ senza sollevare alcuna obiezione, avrebbe dovuto limitare il proprio obbligo contributivo (relativamente all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) ad un importo di fr. 450.--/giorno e chiedere che il resto venisse direttamente fatturato al Cantone Ticino, in applicazione dell'art. 41 cpv. 3 LAMal. La vertenza avrebbe, quindi, interessato l'_____, da un lato, e il Cantone di residenza dell'assicurata, dall'altro (STCA 30 ottobre 2000 in re _____ c. _____). 2.10. In esito a quanto statuito nella citata sentenza, per la degenza di _____ all'_____ l'_____ C deve essere condannato a rimborsare alla _____ l'importo di fr. 5080.- (489.- + 147.- x 8 giorni di degenza).