

TI_GERICHTE 36.2002.75 vom 19. Juni 2002

TI Tribunale d'appello, 2002-06-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2002.75

FR: TI_GERICHTE 36.2002.75 du 19 juin 2002

IT: TI_GERICHTE 36.2002.75 del 19 giugno 2002

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 24

LAMal " L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite negli articoli 25–31, secondo le condizioni di cui agli articoli 32–34." Secondo l'art. 25 cpv. 1 LAMal " 1 L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni atte a diagnosticare o a curare una malattia e i relativi postumi." Secondo quanto stabilito dal cpv. 2 dello stesso articolo, queste prestazioni comprendono, tra l'altro, gli esami, le terapie e le cure dispensate ambulatoriamente, al domicilio del paziente, in ospedale, parzialmente in ospedale o in una casa di cura dal medico, dal chiropratico e da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione medica (lett. a), le analisi, i medicinali, i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici prescritti dal medico (lett. b), un contributo alle spese di cure balneari prescritte dal medico (lett. c) i provvedimenti di riabilitazione medica, eseguiti o prescritti dal medico (lett. d), nonché la degenza nel reparto comune di un ospedale (lett. e). Sempre l'art. 25 prevede poi specificatamente la corresponsione all'assicurato di: " g. un contributo alle spese di trasporto necessarie dal profilo medico e alle spese di salvataggio;" Dal canto suo l'Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal) prevede all'art. 33 che: " Sentita la commissione competente, il dipartimento designa: (...) g. il contributo alle spese di trasporto e di salvataggio di cui all'articolo

E. 25

capoverso 2 lettera g della legge; i trasporti da un ospedale a un altro, necessari dal profilo medico, fanno parte del trattamento ospedaliero." Il DFI ha quindi adottato l'Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie il 29 settembre 1995 sulla scorta della delega contenuta nell'OAMal ed ha così definito il contributo per le spese di trasporto: " Art. 26 Contributo alle spese di trasporto 1 L'assicurazione assume il 50 per cento delle spese per trasporti indicati dal profilo medico al fine della somministrazione di cure da parte di un fornitore di prestazioni idoneo e che il paziente ha il diritto di scegliere, se il suo stato di salute non gli consente di utilizzare un altro mezzo di trasporto pubblico o privato. Il contributo massimo è di 500 franchi per anno civile. 2 Il trasporto dev'essere effettuato tramite un mezzo corrispondente alle esigenze mediche del caso." 2.6. Non va dimenticato che i presupposti dell'assunzione dei costi delle prestazioni definite dagli art 25ss sono specificati all'art. 32 LAMal, secondo cui " 1 Le prestazioni di cui agli articoli 25-31 devono essere efficaci, appropriate ed economiche. L'efficacia deve essere comprovata secondo metodi scientifici. 2 L'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni sono riesaminate periodicamente." Questi presupposti si

applicano a tutte le prestazioni fondate sulla LAMal (Eugster, Krankenversicherung, p. 52 N 100ss in U. Meyer-Blaser, Soziale Sicherheit, Basilea 1998). L'adeguatezza di una prestazione si valuta secondo criteri medici (Eugster, op. cit., p. 185).

2.7. Secondo l'art. 41 cpv. 1 prima frase LAMal l'assicurato ha la libera scelta tra i fornitori di prestazioni autorizzati e idonei alla cura della sua malattia. Giusta l'art. 49 cpv. 3 LAMal, in caso di degenza ospedaliera, la remunerazione è effettuata conformemente alla tariffa dell'ospedale ai sensi dell'art. 49 cpv. 1 e 2 finché il paziente, secondo l'indicazione medica, necessita di cure e assistenza o di riabilitazione medica in ospedale. Se questa condizione non è più soddisfatta, per la degenza ospedaliera è applicabile la tariffa secondo l'art. 50. Secondo questo disposto, in assenza di una convenzione prevedente remunerazioni forfetarie, l'assicuratore assume, per le degenze in caso di cura, le stesse prestazioni previste in caso di cura ambulatoriale e a domicilio.

2.8. Come indicato nelle considerazioni di fatto _____ chiede a _____ il pagamento di somme per partecipazioni a spese. Nei doc. _ e _ l'assicuratore fa riferimento a premio del mese di maggio indicato come inizialmente non versato (doc. _). Dagli atti dello stesso assicuratore appare (annesso al conteggio doc. _) che _____ ha pagato detto premio tramite BVR il 2 giugno 2001. Come indicato nelle considerazioni precedenti il premio è dovuto dall'assicurato fino a che dura l'affiliazione alla Cassa. Nel caso di specie nel conteggio del PE _____ non è compreso il premio del maggio 2001 comunque versato. A seguito del ricovero in ospedale del 13 dicembre 2000 _____ si è visto recapitare i conteggi doc. _ e _ di _____. Per il servizio dell'autolettiga della _____ è stata fatturata la somma di complessivi CHF 600.-. L'entità dell'importo fatturato non è stata posta in discussione né dall'assicurato né dall'assicuratore. Litigiosa appare invece la presa a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie della spesa per il 50%. _____, avendo una franchigia di CHF 1'200.-, indica come tale modo di procedere non appaia corretto e come detto importo debba essere assunto all'80% dell'intero importo dalla sua copertura complementare. Il ricorrente erra. In effetti a ragione la Cassa Malati, al ricevimento della fattura, ha applicato le norme legali obbligatorie volute dal legislatore che impongono l'assunzione del costo di trasporto sino all'ospedale, siccome indicato dal profilo medico, nella misura del 50%. Quindi rettamente l'importo di CHF 300.- è stato posto a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie, _____ non poteva operare diversamente. Come si vedrà nelle considerazioni successive unicamente la somma residua di CHF 300.- a carico dell'assicurato poteva quindi entrare in considerazione per la copertura complementare _____. La parte dell'importo a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie assomma quindi a CHF 300.-. Non è stato contestato da _____ che egli non avesse, nel corso dell'anno 2000 e sino al suo trasporto in ospedale, beneficiato di prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie. Ritenuta una franchigia di CHF 1'200.- (doc. _) ancora integra i CHF 300.- sono stati posti a carico del ricorrente a dipendenza della citata franchigia. Ne discende che _____ ha operato del tutto correttamente, cifrando in CHF 300.- il suo obbligo partecipativo secondo l'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie, ma imputando l'importo citato alla franchigia del signor _____. Nella misura in cui con il ricorso l'assicurato ha contestato la presa a carico del 50% dell'importo fatturato all'assicurazione delle cure medico sanitarie obbligatoria con carico della stessa alla franchigia lo stesso va respinto.

2.9. _____ contesta anche il conteggio relativo alle spese di ospedalizzazione sostenendo che tutte le spese debbono essere prese a carico della copertura complementare da lui conclusa. Come indicato in precedenza all'assicuratore è

fatto obbligo di prendersi carico delle spese per un ricovero ospedaliero in virtù dell'assicurazione delle cure medico ospedaliere obbligatorie. La parte dei costi non coperta dall'assicurazione di base obbligatoria può essere oggetto di una copertura complementare, escluse comunque le partecipazioni ai costi. Quest'ultime sono infatti obbligatorie. In altri termini non è possibile riassicurare franchigia ed il 10% dei costi eccedenti la franchigia a carico dell'assicurato (art. 62 cpv. 2 bis LAMal ed art. 64 cpv. 8 LAMal in vigore dal 1 ottobre 2000 e quindi applicabile al caso di specie). Nel caso di specie _____ si è vista recapitare una fattura di complessivi CHF 2'244.-- per la degenza in discussione ed ha considerato, in maniera erronea (a favore dell'assicurato che comunque va protetto nella sua buona fede come indica lo stesso assicuratore nei suoi allegati), una franchigia di CHF 230.- da imputare sulla spesa. Come rettamente rileva _____ nella sua risposta di causa il residuo della franchigia ammontava a CHF 900.- e tale cifra avrebbe dovuto essere posta a carico del signor _____. Come indicato la franchigia imputata, e che va qui confermata, è di CHF 230.-. Ne discende che sulla somma eccedente la franchigia (CHF 2'244.- - CHF 230.- = CHF 2'014.-) la partecipazione del signor _____ ammonta a CHF 201,40 pari al 10%. A questo importo va sommato il contributo di CHF 10.- per giorno di ricovero. Infatti l'art. 65 cpv. 5 precisa che gli assicurati pagano un contributo ai costi di degenza ospedaliera graduato secondo gli oneri familiari. Il Consiglio federale ne stabilisce l'ammontare. L'esecutivo federale ha concretizzato questa delega promulgando l'art. 104 OAMal, secondo cui " 1 Il contributo giornaliero ai costi di degenza ospedaliera previsto nell'articolo 64 capoverso 5 della legge ammonta a 10 franchi." _____ deve quindi corrispondere detto importo di complessivi CHF 60.- per i 6 giorni di ospedalizzazione. Ne discende che l'importo dovuto dall'_____ per l'ospedalizzazione è quello rettamente calcolato dall'amministrazione nel suo conteggio 27 aprile 2001, ossia: CHF 2'244 - 230 - 201,40 - 60 = CHF 1'756,60 Con il conseguente carico all'assicurato di CHF 491,40. La Cassa ha quindi operato correttamente, ha calcolato, secondo l'imposizione di legge, quanto dovuto secondo l'assicurazione di base prendendo in considerazione sia la partecipazione ai costi sia la franchigia, ancorché inferiore a quella ancora dovuta, ma - come detto - _____ va protetto nella sua buona fede ed ha diritto a ricevere più di quanto non avrebbe potuto pretendere. 2.10. La Cassa chiede inoltre il pagamento di spese amministrative e di sollecito. In una sentenza del 18 giugno 1999 pubblicata in DTF 125 V 276 il TFA ha ricordato che pure sotto l'imperio della nuova LAMal un assicuratore contro le malattie può esigere il pagamento in adeguata misura delle spese di diffida così come di spese supplementari cagionate da mora dell'assicurato al momento del versamento dei premi e della partecipazione ai costi, in quanto tali spese (alle quali si sarebbe ovviato in caso di versamento tempestivo) siano addebitabili a colpa dell'interessato e le disposizioni generali sui diritti e gli obblighi degli assicurati contemplino una regolamentazione al riguardo. Il TFA ha in particolare precisato: " Im gegensatz zu Art. 1 Abs. 2 KUVG, wonach sich die Krankenkassen nach ihrem Gutfinden einrichteten, soweit das Gesetz keine entgegengesetzten Vorschriften enthielt, fehlt im neuen Recht ein entsprechender Hinweis auf eine Autonomie der Versicherer. Das Gesetzmässigkeitsprinzip hat das Autonomieprinzip abgelöst, indem das KVG die Krankenpflegeversicherung in wesentlichen Bereichen vollständig und detailliert regelt (BGE 124 V 359 f. Erw 2d mit Hinweisen; zur sozialen Krankentaggeldversicherung vgl. Demgegenüber BGE 124 V 205 Erw. 3d). In Bereichen, in denen die gesetzliche Regelung nicht detailliert ist, sind kasseninterne Bestimmungen hingegen nicht von vornherein unzulässig (Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, S. 9; zurückhaltender Eugster,

Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), Rz. 5). Davon geht auch Art. 12 Abs. 2 lit. b KVV aus, wonach die Krankenkassen dem Anerkennungsgesuch an das Bundesamt für Sozialversicherung allfällige allgemeine Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Versicherten beizulegen haben. Bezüglich der Erhebung von Mahngebühren beim Verzug in der Zahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen vertritt Eugster (a.a.O., Rz 341) die Auffassung, dass autonome Regelungen der Versicherer zulässig sind, sofern die versicherte Person die (unnötigen) Kosten schuldhaft verursacht hat und die Entschädigung angemessen ist (anders bezüglich Kosten, die beim Gesetzesvollzug notwendigerweise entstehen; vgl. Hiezu auch RKUV 1992 Nr. K 891 S. 72 Erw. 2b betreffend KUVG sowie SVR 1994 BVG Nr. 18 S. 47 Erw. 4 betreffend BVG). Nachdem die Durchsetzung der finanziellen Verpflichtungen der Versicherten gegenüber den Versicherern weder gesetzlich noch ordnungsmässig ausführlich geregelt ist und die Erhebung von Mahngebühren nicht in gesetzliche Ansprüche eingreift, kann dieser Auffassung gefolgt werden. cc) Da Art. 12 Abs 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (der Kasse) ... die Erhebung von Umtriebsspesen bis zu einem Beitrag von Fr. 50.-- pro Fall bei Verletzung der Mitwirkungspflichten des Versicherten (Prämieninkasso/Leistungsauszahlung) ausdrücklich vorsieht und der Beschwerdeführer mehrmals gemahnt werden musste, erging der vorinstanzliche Entscheid, soweit er die Auferlegung von Mahn- und Umtriebsspesen in der Höhe von insgesamt Fr. 70.-- schützt, zu Recht." In concreto le CGA prevedono all'art. 16.1. che l'assicurato è tenuto al pagamento delle spese dovute all'emissione dei richiami e dalla costituzione in mora, rispettivamente di fr. 5.- e di fr. 25.-". Per cui, nel caso di specie, anche la richiesta delle spese di sollecito e amministrative va confermata per gli importi ricordati ed indicati nelle condizioni d'assicurazione e non per gli importi superiori – che non trovano giustificazioni nelle argomentazioni contenute nella risposta di causa – richiesti da _____ con la decisione su opposizione (doc. _ pag. 3: la Cassa chiede complessivamente 80.- di spese amministrative). Vanno anche riconosciute all'assicuratore le spese per l'incasso delle somme, ad esclusione, come detto, di altri importi non giustificati. Se ne deve concludere che l'assicurato deve versare all' _____ i seguenti importi: Partecipazioni alle spese di trasporto _____ CHF 300.-- (franchigia e aliquota come al conteggio 13 febbraio 2001 dell'assicuratore; cfr. c. 1) Partecipazione spese di ospedalizzazione _____ CHF 491,40 (franchigia, aliquota e contributo alle spese di degenza) Spese amministrative e di messa in mora _____ CHF 30.-- Per un totale di CHF 821,40 Cui vanno aggiunte le spese esecutive. 2.11. Per quanto concerne l'incasso forzato di simili somme, il TFA ha più volte dichiarato applicabile alle casse malati (DTF 121 V 109ss.; RAMI 1983, p. 294 = DTF 109 V 46; RCC 1984, p.197), la giurisprudenza secondo cui una cassa di compensazione può rigettare un'eventuale opposizione ad un P. E. con una decisione formale riferentesi precisamente all'esecuzione in corso, qualora avesse iniziato la procedura esecutiva per il recupero del credito senza prima aver formalmente deciso in merito alla propria pretesa. La Cassa malati, in tali casi, è dunque legittimata a rigettare l'opposizione ai sensi dell'art. 80 LEF. Alla luce degli argomenti sviluppati in precedenza, la decisione su opposizione impugnata merita parziale (cfr. 2.8.) tutela nella misura in cui, come sarà discusso nelle considerazioni seguenti, neppure nell'ottica delle prestazioni complementari _____ può ottenere dalla Cassa il versamento di ulteriori e maggiori prestazioni alla luce del suo ricovero dal 13 al 18 dicembre 2000 all' _____ e del trasporto al nosocomio con un mezzo di soccorso. Di conseguenza l'opposizione interposta al PE dell'UE di _____ n. _____ del 2 agosto 2001 è rigettata in via definitiva per

l'importo di CHF 821,40 comprese le spese amministrative. A tale importo si aggiungono le spese esecutive. B. Assicurazioni complementari 2.12. _____ sostiene, come anticipato, che i costi di trasporto ed ospedalizzazione avrebbero dovuto essere presi a carico della copertura complementare da lui conclusa _____ poiché tale assicurazione prevede la "copertura integrale delle spese di ospedalizzazione" e "l'80% delle spese di trasporto". Come indicato in precedenza _____ doveva applicare la legge e procedere al computo delle prestazioni in virtù dell'assicurazione obbligatoria. Solo per le prestazioni non coperte dalla base può intervenire una copertura complementare. Ancora una volta va ribadito che la LAMal, applicabile al momento del ricovero, all'art. 62 cpv. 2bis ed all'art. 64 cpv. 8 prevede che la partecipazione ai costi dovuti secondo l'assicurazione di base, non è riassicurabile. In particolare l'art. 64 cpv. 8 LAMal così recita: " Le partecipazioni ai costi non possono essere assicurate né presso una cassa malati né presso un istituto d'assicurazione privato. È parimenti vietato ad associazioni, fondazioni o altre istituzioni prevedere l'assunzione dei costi derivanti da simili forme di assicurazione. Questo divieto non si applica all'assunzione dei costi in virtù di disposizioni di diritto pubblico federale o cantonale." Da notare come, come rammentano le disposizioni finali della modificazione del 24 marzo 2000, che: " 1 Contratti, accordi o diritti statutari menzionati negli articoli ...62 capoverso 2 bis ... e 64 capoverso 8 ... decadono all'entrata in vigore della presente modifica nella misura in cui ne siano toccati." D'altra parte le condizioni contrattuali della copertura _____, valide per il periodo d'assicurazione di _____ e quindi applicabili al caso (cfr. doc. inc. _____), specificano in maniera precisa che le coperture (in particolare quelle relative alle cure ospedaliere) intervengono a complemento delle cure medico sanitarie obbligatoria. Ne discende che l'assicuratore ha operato correttamente procedendo al calcolo delle prestazioni dovute secondo l'assicurazione di base e quindi analizzando i suoi obblighi nell'ottica delle prestazioni contrattuali (complementari). Sia per i costi relativi al trasporto che per l'ospedalizzazione l'agire di _____ va confermato.

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