

TI_GERICHTE 36.2003.7 vom 23. September 2003

TI Tribunale d'appello, 2003-09-23, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2003.7

FR: TI_GERICHTE 36.2003.7 du 23 septembre 2003

IT: TI_GERICHTE 36.2003.7 del 23 settembre 2003

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 50

per cento 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. L'assicurata, a sostegno della sua tesi invoca la sentenza del TFA del 30 novembre 2001 pubblicata in DTF 127 V 422, dove l'Alta Corte ha stabilito che una persona ospedalizzata nel reparto privato o semiprivato di un ospedale pubblico del Cantone in cui risiede - o, per essa, il suo assicuratore malattia - può dal Cantone in questione pretendere la parte dei costi messi a carico del Cantone medesimo nel reparto comune di quell'ospedale. Nella citata sentenza i giudici federali hanno in particolare rammentato che " le litige ne porte donc pas sur le tarif applicable au traitement hospitalier d'une personne qui séjourne dans la division privée d'un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics - puisque les prestations de l'assurance obligatoire ne comprennent que le séjour en division commune d'un hôpital (art. 24 al. 2 let. e LAMal) - mais sur le point de savoir si un habitant du canton où s'appliquent les forfaits conventionnels prévus à l'art. 49 al. 1 LAMal - ou, en l'absence de convention, le tarif fixé par le gouvernement cantonal en application de l'art. 47 al. 1 LAMal - peut faire valoir à l'encontre de ce canton les mêmes droits qu'une personne qui séjourne dans la division commune, en particulier la limitation des forfaits à 50% au maximum des coûts imputables dans cette division. A cet égard, peu importe si l'habitant du canton est au bénéfice d'une assurance complémentaire au sens de l'art. 12 al. 2 LAMal. " (sottolineatura del redattore) Precedentemente con decisione del 16 dicembre 1997 pubblicata in DTF 123 V 290 il TFA aveva precisato che 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. L'Alta Corte ha inoltre affermato che 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). Spetta di massima ai Cantoni disciplinare la competenza e la procedura per far valere, se del caso giudizialmente, pretese nei confronti del Cantone di domicilio dell'assicurato in base all'articolo 41 cpv. 3 LAMal. Il TFA ha poi precisato che 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; è 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 sia stato reso necessario per motivi di ordine medico. Per determinare l'importo a carico del Cantone di domicilio, fanno stato le tariffe per il reparto comune valide per i pazienti provenienti da un altro Cantone, da un lato, e per gli abitanti di quello in cui è ubicato l'ospedale, d'altro lato.

2.4. Alla luce di quanto precede, emerge innanzitutto che debitore della prestazione chiesta dall'assicurata, di principio, è il Cantone, e non l'assicuratore. Tuttavia, come si vedrà successivamente, in seguito alla sentenza del 30 novembre 2001 del TFA, Cantoni e Santésuisse (organo di riferimento degli assicuratori malattia) hanno concluso un accordo al fine di agevolare la distribuzione dell'importo dovuto agli assicurati, nel senso che i Cantoni hanno versato una somma di fr. 250 milioni a Santésuisse per i ricoveri avvenuti nel 2001 da riversare ai propri affiliati. Va qui rilevato che sulla base della citata sentenza la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati, il 13 febbraio 2002, ha esaminato la fattispecie, proponendo di risolvere la problematica a livello legislativo per quanto concerne gli anni dal 2002 al 2004 e di prevedere la conclusione di accordi tra assicuratori e Cantoni per quanto riguarda gli anni precedenti (FF 2002, pag. 3888 seg). La Commissione affermato: " Nella seduta del 12/13 febbraio 2002 la Commissione della sicurezza sociale e della sanità (CSS) ha deciso all'unanimità con un'astensione di presentare un progetto di legge federale urgente che prevede disposizioni transitorie relative al finanziamento degli ospedali. Prima di giungere a questa decisione la commissione si è occupata a lungo della questione del contributo di base obbligatorio dei Cantoni per i costi dei titolari di un'assicurazione complementare, alla ricerca di una soluzione che non comportasse un intervento legislativo a livello federale. Durante la seduta della CSS del 9 aprile 2001, quando si poteva intravedere che i Cantoni e gli assicuratori non avrebbero raggiunto un'intesa a breve termine, si è discusso per la prima volta dell'ipotesi di un intervento legislativo. La commissione ha rinviato la decisione relativa a un'eventuale iniziativa commissionale e ha dato incarico alla propria sottocommissione LAMal di cercare il dialogo con i Cantoni e con gli assicuratori. Il 28 maggio 2001 la sottocommissione ha invitato le parti in causa a un colloquio. I rappresentanti dei cantoni e degli assicurati si dichiarano favorevoli a concordare una soluzione provvisoria valida fino all'entrata in vigore della 2a revisione della legge sull'assicurazione malattie. Successivamente, nel corso di numerose sedute la commissione è stata tenuta al corrente dell'andamento delle trattative. La commissione ha poi nuovamente invitato le parti in causa a un colloquio dopo che il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA) in una sentenza del 30 novembre 2001 relativa alla medesima questione aveva dato chiaramente ragione agli assicuratori e visto che nel frattempo le parti non erano ancora riuscite a concordare una soluzione provvisoria. Dato che le parti dichiararono di escludere la possibilità di trovare un accordo, la commissione giunse alla conclusione che prima dell'entrata in vigore della 2a revisione della legge sull'assicurazione malattie la situazione giuridica avrebbe potuto essere chiarita solo tramite un intervento legislativo a livello federale. La commissione ha invitato le parti in causa a trovare una soluzione forfetaria per il 2001. Se non dovessero giungere a un accordo essa si riserva di ritornare sulla sua decisione. Non sembra infatti molto sensato emanare una regolamentazione transitoria valida per il futuro mentre rimangono ancora irrisolte

importanti questioni finanziarie del passato. Le prestazioni degli ospedali vengono finanziate facendo capo a diverse fonti. La legge sull'assicurazione malattie, entrata in vigore nel 1996, stabilisce che l'assicurazione obbligatoria deve coprire al massimo il 50 per cento dei costi nei reparti comuni degli ospedali pubblici o sovvenzionati dall'ente pubblico (art. 49 cpv. 1). Per i pazienti assicurati nei reparti privati o semiprivati l'assicurazione complementare copre i costi supplementari derivanti dalla libera scelta del medico e dalle cure corrisposte dal primario. Gli ospedali pubblici o sovvenzionati coprono i costi rimanenti, compresi quelli derivanti dagli investimenti, facendo capo al Cantone oppure al Comune. Dopo l'entrata in vigore della LAMal i Cantoni e le casse malati si sono trovati in conflitto sull'interpretazione dell'obbligo di contribuire nei confronti dei pazienti titolari di un'assicurazione complementare. I cantoni ritenevano di dover contribuire solo per i pazienti assicurati in reparto comune, mentre gli assicuratori esigevano anche un contributo di base per i pazienti titolari di un'assicurazione complementare. In questo ambito il TFA ha emesso le sue prime sentenze il 16 e il 19 dicembre 1997 stabilendo che per le degenze fuori Cantone determinate da esigenze mediche in ospedali pubblici o sovvenzionati i Cantoni devono versare il proprio contributo indipendentemente dal tipo di reparto in cui è curato il paziente. Il Tribunale non si è però pronunciato sul contributo cantonale in caso di degenza in un reparto privato o semiprivato all'interno del Cantone. Il contributo per degenze fuori Cantone di pazienti che hanno concluso un'assicurazione complementare è regolato dall'accordo stipulato il 7 luglio 1998 tra la Conferenza dei direttori cantonali della sanità e il Concordato degli assicuratori malattia (CAMS, ora santésuisse). L'accordo prevede che in attesa di una regolamentazione definitiva gli assicuratori rinuncino a presentare ricorsi per i contributi cantonali per la degenza nel Cantone di pazienti detentori di un'assicurazione complementare. In linea di principio questo cosiddetto patto di non belligeranza era valido fino all'entrata in vigore delle nuove disposizioni della LAMal, al più tardi però fino al 31 dicembre 2000, con la possibilità di prorogarlo di un anno. Nel Messaggio del 18 settembre 2000 concernente la seconda revisione parziale della LAMal il Consiglio federale, basandosi sulle sentenze del TFA, propone che le degenze in ospedale vengano finanziate per metà ciascuno dall'assicurazione malattia obbligatoria e dal cantone di residenza del paziente, a condizione che l'ospedale in questione rientri nella pianificazione ospedaliera del Cantone di residenza. In seguito gli assicuratori non hanno voluto prorarre la durata del patto di non belligeranza. Ma alla fine del 2000 le Camere avevano appena cominciato l'esame del messaggio e si poteva presagire che l'entrata in vigore della revisione avrebbe ancora richiesto tempo. I Cantoni e gli assicuratori ripresero quindi le trattative e proposero una soluzione transitoria che però non riuscì a raggiungere il quorum necessario fra i Cantoni. (...) Il 30 novembre 2001 il TFA ha emesso per la prima volta una sentenza sulla problematica dei contributi cantonali per la degenza all'interno dei Cantoni di pazienti titolari di un'assicurazione complementare. Il caso era stato portato in tribunale da un assicuratore che non aveva aderito al patto di non belligeranza e la sentenza ha stabilito che i Cantoni devono partecipare anche ai costi di degenza nel cantone dei pazienti assicurati in reparto privato o semiprivato degli ospedali pubblici o sovvenzionati. Il contributo deve corrispondere ai costi non coperti dall'assicurazione obbligatoria nel caso di un paziente ricoverato nel reparto comune del medesimo ospedale. Il Tribunale ritiene in particolare che la denominazione "reparto comune" contenuta nell'articolo 49 capoverso 1 della LAMal non si riferisce a determinati reparti d'ospedale, ma sia invece da ricondurre a un concetto funzionale. Quindi in caso di degenza in un ospedale pubblico o sovvenzionato del Cantone di residenza tutti i pazienti hanno diritto al contributo cantonale,

indipendentemente dalla copertura assicurativa. Questa sentenza comporta costi supplementari per i Cantoni e riduce i costi per le assicurazioni complementari che finora avevano finanziato le degenze nei reparti privati e semiprivati del Cantone, ad eccezione dei casi coperti dal contributo di base dell'assicurazione obbligatoria. In caso di una sua attuazione immediata e integrale si stima che per i Cantoni i costi supplementari risulterebbero ben difficilmente sopportabili in quanto dovrebbero raggiungere una cifra compresa fra i 700 milioni e poco meno di un miliardo di franchi. In generale infatti questi costi non figurano nei preventivi e nei piani finanziari. La commissione ritiene quindi che fino all'entrata in vigore della revisione della LAMal vada trovata una soluzione transitoria che attenui gli oneri a carico dei Cantoni. Il tribunale di massima istanza ha dovuto decidere in base alla legge indipendentemente da considerazioni di politica finanziaria e sociale, mentre il legislativo federale deve tenere conto anche di questi aspetti. Il Parlamento intende quindi intervenire con dei correttivi a breve scadenza per evitare che sorgano ulteriori conflitti fra i Cantoni e gli assicuratori." Sulla base del predetto rapporto è stata adottata la legge federale sull'adeguamento dei contributi cantonali per le cure stazionarie all'interno dei Cantoni in base alla legge federale sull'assicurazione malattie del 21 giugno 2002, entrata in vigore retroattivamente il 1° gennaio 2002 sulla base di una perizia dell'8 febbraio 2002 commissionata dall'Ufficio federale di giustizia ("Avis de droit à l'intention de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-CE), Office fédéral de la justice.). La legge, contro cui è stato lanciato un referendum, è stata approvata dal popolo con il 77,4% dei voti favorevoli ed una partecipazione del 28%, il 9 febbraio 2003 (FF 2003 pag. 2713). La legge, composta da tre articoli, prevede quanto segue: "art. 1 1 In deroga all'articolo 49 capoversi 1 e 2 della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie i Cantoni partecipano nella seguente misura alla copertura dei costi delle cure stazionarie prestate sul loro territorio nei reparti semiprivati o privati di ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico: a. a partire dal 1° gennaio 2002, 60 per cento delle tariffe richieste dal singolo ospedale agli assicuratori per la degenza nel reparto comune di persone residenti nel Cantone; b. a partire dal 1° gennaio 2003, 80 per cento delle tariffe richieste dal singolo ospedale agli assicuratori per la degenza nel reparto comune di persone residenti nel Cantone; c. a partire dal 1° gennaio 2004, 100 per cento delle tariffe richieste dal singolo ospedale agli assicuratori per la degenza nel reparto comune di persone residenti nel Cantone. 2 Per il calcolo della partecipazione cantonale fa stato il giorno dell'entrata in ospedale. Art. 2 1 Gli ospedali inoltrano le fatture agli assicuratori dopo aver dedotto la partecipazione cantonale. 2 Le modalità del conteggio fra Cantoni e assicuratori sono di competenza cantonale. Art. 3 1 La presente legge è dichiarata urgente conformemente all'articolo 165 capoverso 1 della Costituzione federale e sottostà al referendum facoltativo in virtù dell'articolo 141 capoverso 1 lettera b della Costituzione federale. 2 Essa entra retroattivamente in vigore il 1° gennaio 2002 con effetto sino al 31 dicembre 2004." La legge non prevede nulla a proposito degli anni 2001 e precedenti. A questo proposito, Santésuisse (ndr: ossia la federazione delle casse malati) con comunicato del 13 febbraio 2002, ha affermato: " (...) L'arrêt du TFA déploie ses effets, en principe depuis le 1.1.1996, date de l'entrée en vigueur de la LAMal. Les assureurs ont, cependant, accepté de ne pas réclamer cette part par le biais judiciaire, partant de l'idée que les cantons afficheraient une attitude ouverte s'agissant de la mise en place, dans le cadre de la 2eme révision de la LAMal, d'un nouveau mode de financement des hôpitaux. La LFU ne contient pas de clause de rétroactivité. Dès lors demeure ouvert le montant dû pour 2001, comme celui destiné aux assureurs qui n'ont pas

signé l'accord moratoire valant pour les années 1996-2000. Il s'agira de négocier avec les cantons un montant forfaitaire. La CDS (nдр: Conferenza dei direttori cantonali della Sanità) et Santéuisse y travaillent." Il 2 luglio 2002 Santéuisse ha affermato: " La conclusion de l'accord relatif au financement des hôpitaux entre la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) et Santéuisse est à présent chose faite. Cet accord régleme nte l'arrangement extrajudiciaire sur le financement des traitements intracantonaux et stationnaires de patients privés et semi-privés dans les hôpitaux publics et subventionnés par les pouvoirs publics pour l'année 2001. Un nombre minimum d'assureurs-maladie et de cantons doivent adhérer à cet accord, afin que ce dernier puisse entrer en vigueur. Le quorum prévu dans le cas des assureurs-maladie, prévoyant l'adhésion des assureurs avec une part de marché d'au moins 85%, a été incontestablement atteint. De leur côté, les cantons avaient déjà annoncé leur adhésion au mois d'avril dernier. Conformément à l'accord, les cantons s'engagent à s'acquitter auprès des assureurs-maladie et suivant leurs exigences d'un forfait de 250 millions de francs pour l'année 2001. Les assureurs-maladie s'engagent pour leur part à renoncer à faire valoir leurs exigences par voie judiciaire." Con scritto del 9 ottobre 2002 l'Ufficio federale delle assicurazioni private ha ricordato agli assicuratori le modalità di versamento dell'importo percepito a favore degli assicurati (cfr. doc. _), rilevando tra l'altro: " ...) 1. Die Ausschüttung der Sockelbeiträge reduziert nachträglich den Schadensatz bzw. die Combined Ratio in den betroffenen Tarifen. Diese Reduktion bedeutet somit eine Tarifänderung (Senkung) a posteriori. Tarifänderungen in der Krankenversicherung sind nach Art. 8 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG; SR 961.01) in Verbindung mit Art. 19 VAG und Art. 26 Abs. 2 lit. b der Schadenversicherungsverordnung (SchVV; SR 961.711) genehmigungspflichtig. Es soll daher keine Ausschüttung von Sockelbeiträgen an die Versicherten stattfinden ohne vorherige Genehmigung durch unser Amt. 2. In Ziff. 8 der Vereinbarung verpflichten sich die Krankenversicherer, gegenüber den jeweils zuständigen Bundesaufsichtsbehörden (vorliegend: BPV) aufzuzeigen, dass die erhaltenen Beiträge der Kantone vollumfänglich den Zusatzversicherten zugutekommen. Diese Verpflichtung korreliert mit der generellen Auskunftspflicht nach Art. 23 VAG. II Rahmenbedingungen 1. Wer ist berechtigt in zeitlicher, sachlicher und örtlicher Hinsicht? a) Zeitlich (Stichtag): Personen, die am 31.12.01 im Rahmen eines von den Sockelbeiträgen betroffenen Vertrages versichert waren. Mit diesem Stichtag ist dafür gesorgt, dass jene Versicherten von der Rückerstattung profitieren können, die durch das bisherige Fehlen der kantonalen Finanzierung benachteiligt waren. b) Sachlich: Die Versicherten eines Spitalzusatz-Versicherungsvertrages halbprivat oder privat. c) Oertlich (Differenzierung nach Kantonen): Kantonale Unterschiede, die sich aus der Verteilung der Pauschale gemäss Vereinbarung ergeben können, sind zu beachten. Das Ausschüttungskonzept (s. nachfolgend Ziff. 6) hat daher nach dem Wohnsitzkanton des Versicherten zu differenzieren. (...) 6. Zeitlicher Ablauf / Ausschüttungsplan a) Grundsatz Keine Ausschüttung an die Versicherten ohne vorherige Genehmigung des Ausschüttungsplanes durch unser Amt. b) Einreichung des Ausschüttungsplanes Sobald der Versicherer über den ihm zustehenden Anteil aus dem Pauschalbetrag gemäss Ziff. 4 der Vereinbarung verfügt; hat er einen definitiven Ausschüttungsplan zu erstellen und dem BPV zur Genehmigung einzureichen. Spätester Zeitpunkt für die Einreichung dieses Planes ist der 31.3.2003. c) Inhalt des Ausschüttungsplanes Der Plan muss folgende Angaben enthalten: - Sockelbeiträge, welche dem Versicherer pro Kanton ausgeschüttet werden; - Anzahl Versicherte, die pro Kanton von den Sockelbeiträgen profitieren werden (Total,

Kinder/Jugendliche und Erwachsene); - Konkrete Ausschüttungsbeträge für die einzelnen Versicherten differenziert nach Kanton sowie nach der Lösung gemäss Ziff. 2.a) oder allenfalls Ziff. 21) hievor; - Angabe des Zeitraumes nach Genehmigung des Planes durch das BPV, innert welchem der Versicherer seinen Versicherten die Sockelbeiträge ausbezahlen wird sowie die konkrete Auszahlungsweise. - Falls die Lösung gemäss Ziff. 21) hievor gewählt wird: Nachweis, dass eine Benachteiligung von Versicherten mit Spitalfranchise vernachlässigt werden kann. - Falls Administrativkosten erhoben werden: Detaillierter Nachweis. d) Auszahlung der Sockelbeiträge an die Versicherten Diese hat nach Genehmigung des Ausschüttungsplanes zu erfolgen. Der Versicherer hält sich dabei an den Zeitraum und die Auszahlungsweise, wie er sie selbst im Ausschüttungsplan angegeben hat. e) Vollzugsmeldung über die erfolgte Ausschüttung Der Versicherer informiert das BPV über den Abschluss der Ausschüttung. Er nennt den Betrag, der allenfalls nicht ausgeschüttet werden konnte, und stellt ihn separat zurück (Konto, Depot) als Reserve für etwaige, verspätete Forderungen von Versicherten. Zu einem späteren Zeitpunkt wird im Einvernehmen mit dem BPV über die Verwendung nicht beanspruchter Gelder zu entscheiden sein." Infine, il 10 ottobre 2002, Santésuisse ha affermato: " Der Pauschalbeitrag der Kantone von 250 Mio Franken an die Krankenversicherer für die Behandlungen von privat und halbprivat versicherten Patienten in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern im Jahre 2001 ist inzwischen auf das Konto von santésuisse überwiesen worden. Zur temporären Anlage dieses Pauschalbeitrags, zum Verteilungsschlüssel und zur Möglichkeit des Vorbezugs eines Teils der Summe, die einem Versicherer zusteht, hat der Verwaltungsrat aufgrund der Anträge der zuständigen Arbeitsgruppe an seiner Sitzung vom 02. Oktober 2002 die folgenden Beschlüsse gefasst: 1. Verteilschlüssel · Grundlage für den Verteilschlüssel bildet die Anzahl Spieltage bzw. -nächte pro Kanton gemäss den eingesandten Kontrolllisten der Versicherer. Da bekannt ist, wieviel jeder Kanton an die Pauschalsumme von 250 Mio Franken bezahlt hat, kann nach Abzug der Rückstellungen für Versicherer, die dem Abkommen mit der SDK nicht beigetreten sind, der den Versicherern zustehende Betrag pro Spieltag (bzw. -nacht) berechnet werden. · Die Rückstellungen für Forderungen der Versicherer, die dem Abkommen mit der SDK nicht beigetreten sind, sollen Kantonseide gebildet werden. Massgebend sollen dabei die von diesen Versicherern in den einzelnen Kantonen ausgewiesenen Spieltage bzw. -nächte für Privat- und Halbprivat-Versicherte in öffentlichen Spitälern sein. Erhält santésuisse (bzw. die Kontrollstelle Ferax) die entsprechenden Angaben nicht, so muss eine Ersatzlösung gefunden werden (z.B. die Anzahl Spitalzusatzversicherte pro Kanton). 2. Anlage des Pauschalbeitrags der Kantone Grundsätzlich bezahlt santésuisse die den Versicherern aus der Pauschalsumme der Kantone zustehenden Beiträge im Januar 2003 aus. Die gesamte Pauschalsumme soll während dreier Monate angelegt werden, um Honorar und Spesen der Kontrolleure (Kontrollstelle Ferax) zu decken. 3. Modalitäten des Vorbezugs Den Versicherern wird jedoch die Möglichkeit eingeräumt, eine Tranche (bis 70 %) des ihnen zustehenden Betrags von der Pauschalsumme der Kantone vorzuziehen. Das früheste Datum für den Vorbezug ist der 12. November 2002. Versicherer, die von dieser Möglichkeit Gebrauch machen wollen, müssen dies bis am 18. Oktober 2002 mit einer entsprechenden Eingabe bei der Direktion von santésuisse anmelden. Vom vorgezogenen Betrag wird für die Frist des Vorbezugs ein marktüblicher Zins (1,75%) abgezogen. Die Kontrollstelle Ferax stellt aufgrund einer provisorischen Rechnung fest, wie hoch der Betrag ist, der den Versicherern, die einen Vorbezug wünschen, zusteht. Die Eingabe für den Vorbezug sollte folgende

Angaben enthalten: - die Höhe der beantragten Tranche (Prozentsatz des dem Versicherer zustehenden Gesamtbetrags); - das Einverständnis mit dem Zinssatz von 1,75 %; - das Einverständnis mit der provisorischen Berechnung der Höhe der Tranche durch die Kontrollstelle Ferax; - das Datum des Vorbezugs (der Oberweisung); - die Bankverbindung mit BC-Nummer und Bankkontonummer für die Überweisung." (doc. _)

2.5. Alla luce di quanto sopra esposto, emerge che in seguito alla sentenza del 30 novembre 2001 del TFA, per quanto concerne il 2001, i Cantoni e Santésuisse hanno concluso un accordo tramite il quale i primi hanno deciso di versare alla seconda un importo di fr. 250 milioni a tacitazione del debito derivante dai ricoveri in camera privata e semiprivata nel 2001. L'importo, ridistribuito agli assicuratori sulla base della chiave di riparto figurante nello scritto del 10 ottobre 2002, sarà versato agli assicurati dopo che il progetto di ripartizione del singolo assicuratore sarà stato approvato dall'UFAP, ossia dall'Ufficio federale delle assicurazioni private. Va qui rammentato che per l'art. 20 LSA (legge federale sulla sorveglianza degli istituti di assicurazione privati; RS 961.01), l'autorità di sorveglianza esamina, nella procedura d'approvazione e in base ai calcoli tariffali presentati dagli istituti d'assicurazione, se i premi previsti sono stabiliti entro limiti assicuranti, da un lato, la solvibilità dei singoli istituti d'assicurazione e, dall'altro, la protezione degli assicurati contro gli abusi. Per l'art. 43 cpv. 1 LSA la sorveglianza e la facoltà decisionale incombono all'Ufficio federale delle assicurazioni private in tutti i casi in cui non è stato esplicitamente dichiarato competente il Dipartimento federale di giustizia e polizia. Per l'art. 45a LSA la commissione di ricorso in materia di sorveglianza delle assicurazioni private giudica in prima istanza i ricorsi contro le decisioni prese dall'Ufficio delle assicurazioni e dal Dipartimento federale di giustizia e polizia in applicazione delle legge e di altri atti legislativi in materia di sorveglianza degli assicuratori. Le sue decisioni sono impugnabili con ricorso di diritto amministrativo al Tribunale federale. L'art. 46 cpv. 3 prevede che nel Foglio federale sono comunicate le decisioni prese sulle tariffe concernenti contratti d'assicurazione in corso. Questa comunicazione vale, per gli assicurati come notificazione della decisione secondo l'articolo 36 della legge federale sulla procedura amministrativa. I ricorsi devono essere presentati entro i successivi trenta giorni. Durante il termine di ricorso le decisioni possono essere consultate presso l'Ufficio federale delle assicurazioni private. Nel Foglio Federale N. 30 del 5 agosto 2003 a pag. 4653 l'Ufficio federale delle assicurazioni private comunica di aver approvato con decisioni del 24 luglio 2003 e 29 luglio 2003 i progetti d'istituti d'assicurazione privati sull'uso dei contributi cantonali per le cure stazionarie all'interno dei Cantoni di pazienti privati e semi-privati per l'anno 2001 per quanto concerne la Cassa malati _____s, la Cassa malati _____ e la Cassa malati _____, in virtù degli art. 46 cpv. 3 della legge federale del 23 giugno 1978 sulla sorveglianza degli istituti d'assicurazione privati (RS 961.01, e art. 36 lett. c e d della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (RS 172.021). Questa comunicazione vale per gli assicurati come notificazione della decisione. Gli assicurati che hanno diritto di ricorrere in virtù dell'articolo 48 della legge federale sulla procedura amministrativa possono impugnare le decisioni d'approvazione mediante un ricorso presentato alla Commissione federale di ricorso in materia di sorveglianza delle assicurazioni private a Berna. 2.6. Per cui in concreto la richiesta dell'interessata tendente a condannare _____ al versamento della quota parte cantonale è irricevibile. Infatti, competente per decidere circa la correttezza della ripartizione dell'importo di fr. 250'000'000 versato dai Cantoni agli assicuratori è l'UFAP, che deve approvare i progetti delle Casse malati. La richiesta dell'assicurata al TCA è pertanto irrita. L'interessata potrà,

se la pubblicazione sul Foglio Federale non è già avvenuta, ricorrere alla Commissione federale di ricorso in materia di sorveglianza delle assicurazioni private se non sarà d'accordo con la ripartizione del contributo cantonale proposta dell'_____ e approvata dall'UFAP. 2.7. Secondo l'art. 47 cpv. 4 LSA, i tribunali svizzeri devono trasmettere gratuitamente all'autorità di sorveglianza una copia di tutte le sentenze civili concernenti disposizioni del diritto in materia di contratto d'assicurazione. Con lettera del 14 agosto 2003 l'UFAP ha chiesto al TCA di trasmettergli tutte le sentenze inerenti il diritto privato emesse nel 2002, precisando che l'ufficio federale delle assicurazioni private non ha la facoltà di ricorrere contro le sentenze. Alla luce della LSA e dello scritto dell'UFAP, s'impone la notifica anche della presente sentenza all'autorità di sorveglianza.

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