

TI_GERICHTE 36.2004.15 vom 13. Januar 2004

TI Tribunale d'appello, 2004-01-13, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2004.15

FR: TI_GERICHTE 36.2004.15 du 13 janvier 2004

IT: TI_GERICHTE 36.2004.15 del 13 gennaio 2004

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 3

Im vorliegenden Fall ist zu prüfen, ob auch der Versicherte eine Forderung der Kasse gegen ihn durch Verrechnung mit seiner eigenen Leistungsforderung tilgen kann. Kasse und Vorinstanz haben dies verneint, was die Beschwerdeführer als Rechtsungleichheit rügen. In dem in RSKV 1970 Nr. 78 S. 184 publizierten Urteil hat das Eidg. Versicherungsgericht das Recht des Versicherten zur Verrechnung gegenüber einer öffentlichen Krankenkasse verneint. Es stützte sich dabei auf Art. 125 Ziff. 3 OR, wonach Verpflichtungen gegenüber dem Gemeinwesen gegen dessen Willen nicht durch Verrechnung getilgt werden können. Da die damals betroffene öffentliche Krankenkasse als Teil einer Stadtverwaltung, somit eines Gemeinwesens, betrachtet wurde und da sich die Kasse mit der Verrechnung nicht einverstanden erklärt hatte, wurde der Verrechnungsanspruch des Versicherten verneint (Erw. 4 des zitierten Urteils). - Das in RSKV 1980 Nr. 411 S. 125 veröffentlichte Urteil hatte den Fall eines Versicherten zum Gegenstand, welcher die Verrechnung gegenüber einer Krankenkasse geltend machte, die als Genossenschaft organisiert war. Das Gericht erachtete die Verrechnung durch den Versicherten hier als zulässig, weil sich die Kasse als Genossenschaft nicht auf Art. 125 Ziff. 3 OR berufen könne (Erw. 2b des Urteils). Diese unterschiedliche Handhabung der Verrechnungsmöglichkeit, je nachdem ob die Verrechnung gegenüber einer privatrechtlich oder einer öffentlichrechtlich organisierten Krankenkasse geltend gemacht wird, vermag indessen nicht zu befriedigen. Bekanntlich weisen die Rechtsverhältnisse in einer privatrechtlich organisierten Krankenkasse sowohl zivilrechtliche als auch öffentlichrechtliche Elemente auf. Die letzteren überwiegen jedenfalls dort, wo es um die der Krankenkasse übertragene öffentliche Aufgabe geht, nämlich die Durchführung der sozialen Krankenversicherung durch Erbringung von Leistungen einerseits und deren Finanzierung durch Beiträge der Versicherten andererseits. In diesem Rahmen ist es unerheblich, ob eine Krankenkasse privatrechtlich oder öffentlichrechtlich organisiert ist. Die Rechtsstellung des Versicherten bezüglich seines Versicherungsverhältnisses darf nicht von der Organisationsform der Kasse abhängen. Wie bereits dargelegt, ist in den meisten Sozialversicherungs- gesetzen des Bundes das Verrechnungsrecht geregelt. Übereinstimmend wird dieses Recht jeweils nur der Verwaltung eingeräumt; die gesetzlichen Formulierungen schliessen ein Verrechnungsrecht des Versicherten aus. Der Grund für diese übereinstimmenden Regelungen liegt darin, dass nur die Verwaltung befugt ist, Verfügungen zu erlassen, d.h. einseitig und hoheitlich über Rechte und Pflichten der Versicherten zu befinden (vgl. Art. 5 VwVG) . Hieraus ergibt sich die einseitige Zuerkennung des Verrechnungsrechtes an die Verwaltung. Das hat

insbesondere auch für die Krankenversicherung zu gelten. Würde man in diesem Bereich das Verrechnungsrecht auch dem Versicherten zugestehen, so hätte es dieser in der Hand, zunächst von sich aus zu bestimmen, welche Kassenleistungen er für richtig hält, und damit die Krankenkasse zu veranlassen, eine Beitragsverfügung zu erlassen, bei der die Beiträge an sich gar nicht streitig sind, sondern eben die Leistungen. Zudem liegt es im Interesse der Vereinheitlichung des Sozialversicherungsrechts, auch in der Krankenversicherung das Recht zur Verrechnung einseitig nur den - öffentlichen und privaten - Krankenkassen einzuräumen. In diesem Sinn eist die bisherige Rechtsprechung zu ändern." (DTF 110 V 183) In una successiva sentenza del 15 giugno 1992, pubblicata in RAMI 1992, pag. 138, l'Alta Corte, in un caso concernente le indennità giornaliere, facendo riferimento alla giurisprudenza sopra indicata, ha ribadito che, pena la disattenzione del principio della mutualità e la creazione di una disparità di trattamento difficilmente ammissibile in seno alla cassa malati, solo l'assicurato che paga regolarmente le quote può pretendere prestazioni. Infine, in una sentenza del 30 aprile 1996 il TFA, riferendosi alle sopra citate decisioni, ha lasciato irrisolto il tema di sapere se al ricorrente fosse consentito di estinguere un proprio debito invocando la compensazione, considerato come il credito della cassa era ormai perento (DTF 122 V 331). La dottrina, a proposito della compensazione dei premi con le prestazioni dovute dall'assicuratore malattia, ricorda che, in mancanza di regolamentazione, la compensazione, nell'ambito della LAMI, poteva essere invocata unicamente dall'assicuratore e non dall'assicurato. Neppure la LAMal, e la relativa ordinanza, contengono disposizioni in merito. Secondo la dottrina la precedente giurisprudenza conserva la sua validità anche nel nuovo regime (Jean-Louis Duc, *Non-paiement des primes de l'assurance-maladie obligatoire et suspension du droit aux prestations selon la LAMal; compensation dans le cadre de la LAMal*, in *Recueil de travaux en l'honneur de la Société Suisse de droit des assurances*, ed. IRAL, Losanna 1997, pag. 469 e seg.). In queste circostanze, considerata la giurisprudenza applicabile in concreto e la dottrina, a mente del TCA la richiesta dell'assicurata tendente alla compensazione della franchigia e delle partecipazioni ai costi con le pretese avanzate non possono trovare accoglimento (cfr. anche in tal senso STCA del 23 aprile 2002 nella causa __, _____). Come visto in precedenza, con il 1° gennaio 2003 è entrata in vigore la LPGA. A proposito della compensazione Kieser, *ATSG-Kommentar*, 2003, a pag. 13, n. 22 ad "Vorbemerkung", ricorda: " Art. 34 E ATSG sah eine - als <<multilaterale>> Möglichkeit bezeichnete (vgl. *BERICHT UND ENTWURF*, 48) - Verrechnung vor (vgl. *BBI* 1991 II 258). In der parlamentarischen Debatte blieb unklar, ob die Bestimmung es erlauben würde, den Kostenersatz für eine Sachleistung in die Verrechnung einzubeziehen; sodann wurde es abgelehnt, dass von einem Arbeitgeber nicht entrichtete Beiträge und Prämien mit Leistungen an die versicherte Person verrechnet werden können; in der nationalrätlichen Kommission wurde angesichts dieser Streitpunkte die Bestimmung gestrichen (vgl. *BBI* 1999 4581). Damit bleibt es in der Sozialversicherung bei einer zweibelegenen Umschreibung der Verrechnung, der im übrigen auch von Gerichtspraxis der Vorzug gegeben wird (*BGE* 125 V 323 f.). Einzig in Art. 20 Abs. 2 ATSG wird ein - eingeschränkter - Verrechnungsausschluss festgelegt." Per cui, l'entrata in vigore della LPGA, non ha modificato nulla riguardo alla tematica che qui ci interessa. Va poi abbondanzialmente rammentato che l'Alta Corte in una sentenza del 22 ottobre 2002 nella causa B. (K 102/00, pubblicata in *SVR* 6/2003, KV nr. 15, pag. 57) ha fissato i limiti entro i quali la compensazione da parte dell'assicuratore è possibile. In particolare i giudici federali hanno stabilito che " la giurisprudenza federale sull'ammissibilità per la Cassa malati di

procedere alla compensazione va compresa nel senso che essa è possibile solo posteriormente alla messa in atto, da parte dell'assicuratore malattia, della procedura di cui all'art. 9 cpv. 1 OAMal." Infine, posto che la compensazione non è ammessa, per quanto concerne il pagamento delle prestazioni derivanti dall'assicurazione malattia di base (LAMal), che l'assicurata afferma non essere ancora state pagate, va rilevato che se intende chiederne il rimborso, deve trasmettere le fatture alla Cassa (se non sono ancora state trasmesse) e domandare l'emanazione di una decisione formale che potrà essere oggetto di opposizione (cfr. art. 52 LPGA) e, successivamente, se del caso, di ricorso al TCA (cfr. art. 60 LPGA).

2.6. La Cassa ha chiesto inoltre all'assicurata fr. 35 di spese di sollecito e gli interessi di mora al 5% dal 9 dicembre 2002 sulla franchigia e la partecipazione ai costi (cfr. decisione su opposizione e precetto esecutivo, doc. _). 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 "condizioni dell'assicurazione obbligatoria delle

cure medico-sanitarie" dell'assicurazione di base, sono silenti circa la riscossione di spese in caso di ritardo nel pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi (cfr. in particolare il doc. _ dove sotto il titolo "mora dell'assicurato", non viene indicato alcunché circa eventuali spese di sollecito). Per cui, in assenza di una norma esplicita, le spese non possono essere richieste. Su questo punto la decisione va modificata. Per quanto concerne invece il riconoscimento delle spese esecutive, giova ricordare che esse non formano oggetto della sentenza di rigetto, ma seguono le sorti dell'esecuzione per la quale è stato concesso il rigetto senza che sia necessaria una esplicita pronuncia di merito (RAMI 2003 pag. 226, SZS 2001 pag. 568 consid. 5 con riferimenti; Panchaud/Caprez, La mainlevée de l'opposition, §164, pag. 414; K. Ammon, Grundriss des Schuldbetreibungs- und konkursrechts, Berna 1983, p. 106). 2.7. Per quanto concerne gli interessi, va rilevato quanto segue. Fino al 31 dicembre 2002, secondo la costante giurisprudenza del TFA, nel settore delle assicurazioni sociali per principio non venivano versati interessi di mora, a meno che la legge non lo prevedesse espressamente (cfr. STCA del 19 gennaio 2000 nella causa A., inc. _____; DTF 119 V 134, 119 V 79 e 113 V 50 con riferimenti). Questo principio conosceva delle eccezioni. Infatti, il TFA ha riconosciuto il diritto ad interessi moratori allorché si riscontravano " circostanze particolari ". Queste circostanze sono state considerate realizzate in presenza di manovre illecite o dilatorie degli organi amministrativi (DTF 101 V 118). In DTF 108 V 19 consid. 4b (= RCC 1983 pag. 156 consid. 4b) l'Alto tribunale, dopo avere confermato la propria prassi, ha aggiunto che per poter attribuire eccezionalmente interessi moratori in assenza di base legale oltre all'atto illecito era ancora necessario un agire colposo da parte dell'amministrazione (o di un'autorità di ricorso, cfr. anche DTF 117 V 352 consid. 3, 116 V 327). Il TFA ha tuttavia rifiutato il versamento generalizzato di interessi. Tale impostazione è fondata sulla circostanza che nel diritto delle assicurazioni sociali il riconoscimento di interessi moratori è giustificato, come in passato, soltanto in via eccezionale e in casi isolati che particolarmente urtano il senso del diritto (DTF 113 V 50 consid. 2a, RCC 1990 pag. 47 consid. 3). In DTF 101 V 114 il TFA ha inoltre rilevato come " quant à l'assuré, la règle de l'égalité des parties commande de le dispenser lui aussi du paiement des intérêts de retard lorsqu'il a défendu ce qu'il estimait être son droit. " La possibilità di chiedere gli interessi, introdotta nel 1996 in ambito LAMal, nella prima versione dell'art. 9 cpv. 2 OAMal, è stata abrogata con effetto dal 1.1.1998 (Gerhard Eugster, Krankenversicherung, pag. 185, nota 828). Con il 1° gennaio 2003 è entrata in vigore la legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali. La LPGa all'art. 26 cpv. 1 prevede che i crediti di contributi dovuti o di contributi indebitamente riscossi sottostanno rispettivamente a interessi di mora o remunerativi. Il Consiglio federale può prevedere eccezioni per importi esigui e termini di breve durata. Il TCA contesta che attualmente nell'ordinanza non è stato previsto alcun limite. Per il cpv. 2 dell'art. 26 LPGa sempre che l'assicurato si sia pienamente attenuto all'obbligo di collaborare, l'assicurazione sociale deve interessi di mora sulle sue prestazioni dopo 24 mesi dalla nascita del diritto, ma al più presto 12 mesi dopo che si è fatto valere il diritto. 2.8. Va innanzitutto esaminato se l'art. 26 LPGa, applicabile in caso di ritardo nel pagamento dei premi (cfr. Kieser, ATSG-Kommentar, Zurigo 2003, ad art. 26 pag. 296 n. 7), trova applicazione anche quando la franchigia e la partecipazioni ai costi sono pagate tardivamente. Kieser, a proposito dei contributi soggetti ad interessi di mora, rileva (op. cit. pag. 296, n. 7): " Welche Bereiche zu den Beiträgen zu rechnen sind und ob insbesondere die vom Einzelgesetz als Prämie bezeichnete Geldzahlung ebenfalls dazuzählen ist, legt das ATSG nicht ausdrücklich fest. Es wird aber aus verschiedenen Ueberlegungen erkennbar,

dass der Gesetzgeber damit sämtliche Zahlungen meint, welche der Versicherung als Folge der Versicherungsunterstellung und im Hinblick auf das versicherte Risiko zu entrichten sind. So trug der (frühere) 2. Abschnitt des 2. Kapitels ursprünglich den Titel <<Versicherungs- und Beitragsbereich>> (vgl. BBl 1991 II 188; dazu BBl 1999 4543), wobei offensichtlich sämtliche Sozialversicherungszweige gemeint waren. Ferner wird vereinzelt von <<Prämien>> gesprochen, wo offenbar auch Beiträge gemeint sind (vgl. BBl 1999 4581). Schliesslich ist zu berücksichtigen, dass die Literatur betont, dass mit Beitrag und Prämie <<das gleiche gemeint ist>> (vgl. LOCHER, Grundriss, 133). Deshalb ist - unabhängig von der Bezeichnung als Beitrag oder als Prämie - davon auszugehen, dass art. 26 Abs. 1 ATSG alle entsprechende Zahlungen erfasst." Circa le modifiche inerenti l'assicurazione malattia Kieser, op. cit., pag. 309, n. 32, afferma: " Das bisherige Recht sah für ausstehende Prämien oder für Prämienrückerstattungen (vgl. dazu SVR 1994 Kv nr. 21) grundsätzlich keine Verzugszinspflicht vor; bei einem bestehenden Zahlungsverzug wurde die früher gegebene Verzugszinspflicht mit Wirkung ab 1. Januar 1998 aufgehoben (vgl. dazu Eugster, Krankenversicherung, Rz. 339, v.a. Fn. 828). Lediglich für den Fall, dass die versicherte Person unterlassen hat, das Ende der Unfalldeckung der Krankenversicherung zu melden, sieht Art. 10 Abs. 2 KVG für nachträglich zu erhebenden Prämien eine Verzugszinspflicht vor (vgl. dazu BBl 1999 4580 sowie Zürcher, Verzugszinsen, 146 f.). Mit der Einführung einer allgemeinen Verzugszinspflicht für Beitragsforderungen unterliegen die bei Fälligkeit nicht entrichteten Prämien grundsätzlich der Verzugszinspflicht. Weil es sich bei den Prämien in der Regel um <<geringe Beträge>> im Sinne von Art. 26 Abs. 1 ATSG handelt, wäre auf dem Verordnungsweg eine Ausnahme von der Verzugszinspflicht vorzunehmen (vgl. dazu auch Protokoll der ständerätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 6. September 1999, 14, wo betont wurde, dass sich entsprechende Ausnahmen aufdrängen); daran fehlt es bislang (vgl. im übrigen Art. 90 f. KVV). Da die Krankenkassen in aller Regel die Leistungen innerhalb weniger als zwölf Monaten nach der Geltendmachung erbringen, wird im Leistungsbereich die Verzugszinspflicht keine Bedeutung erlangen. Soweit der Krankenversicherer die Übernahme der Kosten für die Leistungen aufschieben darf (vgl. dazu Art. 90 Abs. 4 KVV), kann sich bei später eintretender Leistungspflicht eine Verzugszinspflicht nicht ergeben, da in diesen Fällen die versicherte Person die sie treffenden Pflichten (Prämienbezahlung) nicht erfüllt hat." Eugster, " ATSG und Krankenversicherung: Streifzug durch Art. 1-55 ATSG ", in SZS 2003, pag. 213 segg., in particolare pag. 225, da parte sua afferma: " Während nach dem bisherigen Recht bei ausstehenden Prämien grundsätzlich kein Verzugszins geschuldet war (SVR 2001 KV Nr. 31, in BGE 125 V 276 nicht publ. E. 2a), unterliegen mit Art. 26 Abs. 1 ATSG fällige Prämienforderungen und Prämienrückerstattungsansprüche neu der Verzugszinspflicht. Eine versicherte Person, die bis zum reglementarisch festgelegten Fälligkeitstermin nicht leitet, befindet sich automatisch im Zahlungsverzug. Eine Mahnung des Prämienzahlungsausstandes ist nicht Voraussetzung des rechts auf Erhebung von Verzugszinsen. Entgegen der Auffassung von Kieser (ATSG-Kommentar, Art. 26 Rz. 32) handelt es sich bei Prämien nicht um <<geringe Beträge>> im Sinne von Art. 26 Abs. 1 Satz 2 ATSG, da ausstehende Prämien für Hunderte oder Tausende von Franken keine Seltenheit sind." Nel Rapporto della Commissione del Consiglio nazionale della sicurezza sociale e della sanità (FF 1999), a pag. 3949 si afferma: " (...) La Commissione ritiene che gli interessi di mora siano opportuni in caso di ritardo sia per i contributi che per le prestazioni. Non vi è alcun motivo di far valere tale normativa solo per uno di questi aspetti. Interessi di mora possono benissimo essere giustificati in caso

di restituzione di contributi. La Commissione propone pertanto di disciplinare nel capoverso 1 l'aspetto dei contributi e nel capoverso 2 l'aspetto delle prestazioni. Capoverso 1: va sancito soltanto l'obbligo di versare interessi. Nell'ambito dei contributi le singole leggi sono talmente differenti che il principio di base va concretizzato nella legge. Non è possibile raggiungere un'armonizzazione, in quanto le scadenze dei contributi non sono armonizzabili. Conferendo al Consiglio federale la competenza di stabilire deroghe per importi esigui si tiene conto della normativa esistente nell'AVS a livello di ordinanza (nessun obbligo di pagare interessi di mora per importi inferiori a 3000 franchi o per i periodi inferiori a due mesi: art. 41bis e 42ter OAVS). (...) Sinora la LAMal non contempla l'obbligo di riscuotere interessi di mora sui premi, sicché questa normativa sarebbe nuova. Soltanto l'articolo 10 LAMal prevede interessi di mora per premi in relazione con la fine della sospensione dell'assicurazione contro gli infortuni. Tale disposizione va mantenuta immutata parallelamente alla LPGa quale norma concernente una fattispecie particolare." Va ancora rammentato che con il 1° gennaio 2003 è entrata in vigore una modifica dell'art. 90 OAMal (il cui titolo è: riscossione dei premi), il quale, al cpv. 2, prevede che il tasso per gli interessi di mora sui premi scaduti ai sensi dell'articolo 26 capoverso 1 LPGa è del 5 per cento l'anno. Il cpv. 3, prima frase, prevede che se, nonostante diffida, l'assicurato non paga premi o partecipazioni ai costi scaduti, l'assicuratore deve promuovere una procedura esecutiva. A questo proposito va sottolineato da una parte che le disposizioni sui premi dell'art. 90 OAMal, entrate in vigore il 1° gennaio 2003, fanno riferimento, ai cpv. 3 e

E. 4

anche alle partecipazioni ai costi. Inoltre, le disposizioni sulla franchigia, si trovano, nell'ordinanza, nel capitolo 2 intitolato "Premi degli assicurati", nella Sezione 2 "Forme particolari di assicurazione". Infine, la norma dell'art. 90 OAMal fa parte della sezione 1 intitolata "Disposizioni generali". Per cui, a mente del TCA, gli interessi vanno calcolati sia sui premi, come prevede espressamente l'ordinanza, che sulla franchigia e la partecipazione ai costi, come emerge dalla sistematica dell'ordinanza e poiché si tratta di contributi all'assicurazione malattia regolati nelle norme relative ai premi. 2.9. Va ora esaminato a partire da quale momento gli interessi sono dovuti. A proposito del diritto transitorio Kieser, op. cit., pag. 306 n. 26 ad art. 26, in materia di prestazioni, rileva: "Die Neueinführung des Verzugszinses erfordert übergangsrechtliche Entscheidungen. Dabei muss insbesondere entschieden werden, welches der massgebende, die Bestimmung des anwendbaren Rechts steuernde Tatbestand ist. Bei Verzugszinsen ist dies grundsätzlich derjenige Zeitpunkt, in welchem die verspätete geschuldete Leistung erbracht wird. Entsprechend hat die Rechtsprechung festgelegt, dass die Frist zur Geltendmachung des Verzugszinses erst in demjenigen Zeitpunkt zu laufen beginnt, in welchem die (verspätete) Leistung eingeht (BGE 119 V 239 f.). Art. 26 ATSG ist deshalb anwendbar, wenn die (verspätete) Leistung nach dem Inkrafttreten des Gesetzes erfolgt. Allerdings ist bei der Berechnung des Zinses nur die Zeit ab dem Inkrafttreten des Gesetzes zu berücksichtigen (vgl. ATSG-Kommentar, Art. 82 Rz. 9)." In concreto la Cassa ha chiesto il pagamento degli interessi dal 9 dicembre 2002, con un precetto esecutivo del 16 gennaio 2003 su partecipazioni ai costi e franchigia del 2001 e 2002. Alla luce di quanto sopra esposto, in concreto, prima del 1° gennaio 2003 la Cassa non poteva chiedere il pagamento di interessi di mora (Gerhard Eugster, Krankenversicherung, pag. 185, nota 828, Ueli Kieser, ATSG Kommentar, ad art. 26, in particolare pag. 309, DTF 101 V 114, DTF 108 V 13). Gli interessi, al 5%, possono invece essere chiesti con effetto dal 1.1.2003 (cfr. anche e contrario il Bollettino n° 122 dell'UFAS all'attenzione delle casse di compensazione AVS

del 10 gennaio 2003, dove, in materia di prestazioni, gli interessi sono calcolati dal 1.1.2003 anche se la prestazione è dovuta precedentemente all'entrata in vigore della LPGa). In simili condizioni, su questo punto il ricorso va parzialmente accolto e la decisione va modificata di conseguenza. 2.10. Per quanto concerne l'incasso forzato di somme quali quelle in discussione, 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 il ricorso va parzialmente accolto. La decisione va modificata nel senso che le spese di fr. 35 non sono dovute, mentre gli interessi di mora vanno calcolati unicamente dal 1.1.2003. L'opposizione è tolta limitatamente all'importo di fr. 278,65, oltre agli interessi al 5% dal 1.1.2003. 2.11. Infine, l'assicurata chiede di poter beneficiare delle ripetibili. Secondo l'art. 61 lett. g LPGa il ricorrente che vince la causa ha diritto al rimborso delle ripetibili secondo quanto stabilito dal Tribunale delle assicurazioni. L'importo è determinato senza tener conto del valore litigioso, ma secondo l'importanza della lite e la complessità del procedimento. La disposizione transitoria dell'art. 82 cpv. 2 LPGa stabilisce poi che i Cantoni devono adeguare la loro legislazione alla presente legge entro cinque anni a partire dalla sua entrata in vigore. Fino a quel momento sono valide le prescrizioni cantonali in vigore precedentemente (cfr. DTF 129 V 115). Chiamata a pronunciarsi su un ricorso inoltrato da una cassa di disoccupazione contro il dispositivo di una decisione con la quale il Tribunale amministrativo del Canton Zugo l'aveva obbligata al versamento di una somma a titolo di ripetibili, alla luce delle prescrizioni cantonali applicabili, l'Alta Corte, in una decisione del 20 agosto 2003 nella causa B., C 56/03, ha, in particolare, sviluppato le seguenti considerazioni: " (...) 1.1 Vor Inkrafttreten des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 am 1. Januar 2003 war der Anspruch auf Parteientschädigung für das kantonale Beschwerdeverfahren auf dem Gebiete der Arbeitslosenversicherung, ebenso wie im Bereich der beruflichen Vorsorge, nicht bundes-, sondern kantonrechtlich geregelt (bis 31. Dezember 2002 in Kraft gewesener Art. 103 Abs. 6 AVIG). Nach früherer Rechtsprechung trat das Eidgenössische Versicherungsgericht daher auf Verwaltungsgerichtsbeschwerden gegen einen aus diesen Sozialversicherungszweigen stammenden kantonalen Parteikostenentscheid mangels bundesrechtlicher Anspruchsgrundlage nicht ein (BGE 112 V 111 ff.; ARV 1990 Nr. 11 S. 63). In BGE 126 V 143 ist das Gericht von dieser Praxis abgerückt und hat neu - zwecks Wahrung des Sachzusammenhangs und der Einheit des Prozesses auf dem Gebiete der Sozialversicherung - seine sachliche Zuständigkeit zur Überprüfung auch rein kantonrechtlich begründeter Prozess(kosten)entscheide bejaht (BGE 126 V 143, insb. 147 ff. Erw. 2b). Mit Inkrafttreten des ATSG ist diese Rechtsprechung für das Arbeitslosenversicherungsrecht - soweit ein angefochtener Entscheid zum Anspruch auf Parteientschädigung im kantonalen Verfahren nach dem 31. Dezember 2002 ergangen ist (vgl. zur Publikation in der Amtlichen Sammlung bestimmtes Urteil T. vom 23. Januar 2003 [H 255/02] Erw. 2.2) - nur noch von beschränkter Tragweite, wie sich aus nachstehender Erwägung ergibt. 1.2 Neu verankert Art. 61 lit. g Satz 1 ATSG für sämtliche von diesem Gesetz erfassten Regelungsgebiete, einschliesslich die Arbeitslosenversicherung (Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 AVIG in der seit 1.

Januar 2003 geltenden Fassung), einen Anspruch der obsiegenden Beschwerde führenden Person auf Ersatz der Parteikosten. Nach der Rechtsprechung ist diese geänderte prozessrechtliche Norm des Bundesrechts - im Unterschied zu den mit dem ATSG geänderten materiellrechtlichen Vorschriften - ab dem Tag dessen Inkrafttretens am 1. Januar 2003 sofort anwendbar geworden; vorbehalten bleiben anders lautende Übergangsbestimmungen (BGE 129 V 115 Erw. 2.2, 117 V 93 Erw. 6b, 112 V 360 Erw. 4a; RKUV 1998 Nr. KV 37 S. 316 Erw. 3b; Urteil E. vom 20. März 2003 [I 238/02] Erw. 1.2). Von den im ATSG enthaltenen Übergangsregelungen ist allein Art. 82 Abs. 2 ATSG verfahrensrechtlicher Natur. Danach haben die Kantone ihre Bestimmungen über die Rechtspflege diesem Gesetz innerhalb von fünf Jahren nach seinem Inkrafttreten anzupassen; bis dahin gelten die bisherigen kantonalen Vorschriften. § 28 Abs. 2 des Zuger Gesetzes über den Rechtsschutz in Verwaltungssachen vom 1. April 1976 (Verwaltungsrechtspflegegesetz; Bereinigte Gesetzessammlung 162.1) sieht vor, dass im Rechtsmittelverfahren der ganz oder teilweise obsiegenden Partei eine Parteientschädigung nach Massgabe ihres Obsiegens zuzusprechen ist, ohne einzelne Gebiete des Verwaltungs-, insbesondere des Sozialversicherungsrechts hievon auszunehmen. Materiellrechtlich genügt die kantonale Regelung damit den bundesrechtlichen Vorgaben des Art. 61 lit. g Satz 1 ATSG. Hinsichtlich des grundsätzlichen Anspruchs der obsiegenden Partei auf Parteientschädigung (auch) im Arbeitslosenversicherungsprozess ist der zugerische Gesetzgeber mithin zu keiner Anpassung des Verwaltungsrechtspflegegesetzes innert fünf Jahren gehalten, womit der übergangsrechtliche Art. 82 Abs. 2 ATSG hier - wovon im vorliegenden Fall auch die Vorinstanz ausgegangen ist - keine eigenständige Rechtswirkung entfaltet, die der sofortigen Anwendbarkeit des Art. 61 lit. g Satz 1 ATSG entgegensteht. (...)" (cfr. STFA del 20 agosto 2003 nella causa B., C 56/03, consid. 1) Secondo l'art. 22 della legge di procedura per le cause davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni (LPTCA), il ricorrente che vince la causa ha diritto nella misura stabilita dal giudice al rimborso delle spese processuali, dei disborsi e delle spese di patrocinio (cpv. 1). L'importo delle ripetibili è determinato in relazione alla fattispecie ed alla difficoltà del processo, senza tener conto del valore litigioso (cpv. 2). Ora, visto il tenore della disposizione cantonale suenunciata e alla luce della giurisprudenza federale appena illustrata, anche nel nostro Cantone, la regolamentazione cantonale non deve essere adeguata all'art. 61 lett. g LPGA che è dunque immediatamente applicabile (cfr. STCA del 24 novembre 2003, nella causa C., inc. _____). Per quanto concerne l'indennità per ripetibili, essa può venire assegnata, di regola, solo al ricorrente vittorioso patrocinato in causa (cfr. art. 22 LPTCA; vedasi per la regola e le eccezioni: DTF 112 V 86 consid. 4, DTF 110 V 81 consid. 7, DTF 105 V 89 consid. 4, DTF 105 Ia 122, DTF 99 Ia 580 consid. 4; Susanne Leuzinger-Naef, "Bundesrechtliche Verfahrensanforderungen betreffend Verfahrenskosten, Parteientschädigung und unentgeltliche Rechtsbeistand im Sozialversicherungsrecht", in SZS 1991 pag. 180 ss). L'Alta corte federale riconosce eccezionalmente ad una parte vittoriosa non rappresentata il diritto ad ottenere un'indennità per ripetibili per l'attività da lei svolta solo se la causa è complessa, gli interessi in gioco sono importanti, il lavoro svolto ha impedito notevolmente l'attività professionale o ha comportato una perdita di guadagno e se gli sforzi profusi sono ragionevolmente proporzionati ai risultati ottenuti (DTF 113 Ib 356 consid. 6b, DTF 110 V 81 consid. 7, DTF 110 V 133 consid. 4a; Poudret, Commentaire de la loi fédérale d'organisation judiciaire, no. 1 ad art. 159; T. Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1997, pag. 394). Ancora recentemente con sentenza pubblicata in Pratique VSI 2004 pag.

60 = DTF 119 V 113, il TFA ha affermato: "

E. 4.1

Selon la jurisprudence, l'avocat qui procède en sa propre cause, n'a qu'exceptionnellement droit à des dépens (ATF 110 V 132 consid. 4a = RCC 1984 p. 280 consid. 4a). Les conditions énoncées dans l'ATF 110 V 134 consid. 4d = RCC 1984 p. 281 (affaire complexe dont l'enjeu est important; grande quantité de travail; rapport raisonnable entre le travail effectué et le résultat de la défense des intérêts) doivent être remplies cumulativement. Ce n'est qu'exceptionnellement que les mandataires professionnels qui ont un intérêt personnel à l'issue du procès ont droit à des dépens. Une telle hypothèse doit être admise lorsque l'octroi litigieux de prestations diminue leur devoir d'assistance (art. 328 CC) (arrêt non publié T. du 21 juin 1999, I 601/98), lorsqu'ils représentent un enfant mineur en tant que détenteur de l'autorité parentale (art. 296 ss) (RCC 1984, p. 290 consid. 3) ou lorsqu'ils agissent pour leur conjoint dans le cadre du devoir d'assistance du droit matrimonial (art. 159 al. 3 CC) (RCC 1985 p. 483 consid. 4)." Nel caso di specie non vi è diritto a ripetibili poiché l'assicurata non ha dovuto agire in una causa difficile la cui posta in gioco era importante.

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