

TI_GERICHTE 36.2005.143 vom 7. Februar 2006

TI Tribunale d'appello, 2006-02-07, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2005.143

FR: TI_GERICHTE 36.2005.143 du 7 février 2006

IT: TI_GERICHTE 36.2005.143 del 7 febbraio 2006

Regeste

Incasso premi e partecipazioni da parte dell'assicuratore che pretende anche spese amministrative per le procedure. Prova delle pretese. Mancata prova adeguata e rinuncia a parte delle pretese.

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 07.02.2006 36.2005.143 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 07.02.2006 36.2005.143 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 07.02.2006 36.2005.143

Incasso premi e partecipazioni da parte dell'assicuratore che pretende anche spese amministrative per le procedure. Prova delle pretese. Mancata prova adeguata e rinuncia a parte delle pretese.

Raccomandata Incarto n. 36.2005.143 ir / td Lugano 7 febbraio 2006 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Ivano Ranzanici statuendo sul ricorso del 30 settembre 2005 di RI 1 contro la decisione su opposizione del 1° settembre 2005 emanata da CO 1 in materia di assicurazione sociale contro le malattie ritenuto, in fatto A. Con decisione su opposizione 1° settembre 2005 CO 1 ha respinto l'opposizione interposta dall'assicurato contro decisione con cui lo stesso è stato riconosciuto debitore dell'assicuratore sociale per le seguenti fatture: fattura n° 42262869 del 15.03.2004 per CHF 682.50 fattura n° 42602966 del 09.04.2004 per CHF 527.00 fattura n° 45534627 del 12.11.2004 per CHF 527.00 fattura n° 46672223 del 12.11.2004 per CHF 31.65 oltre a spese amministrative per CHF 130.00 per un totale di CHF 1'898.15 In pari tempo CO 1 ha rigettato l'opposizione interposta dall'assicurato al PE _____ del 22 maggio 2005. B. Avverso tale decisione RI 1 si aggrava al Tribunale Cantonale delle Assicurazioni indicando che CO 1 avrebbe manifestato la sua disponibilità ad attendere il 2005 per l'incasso delle fatture, con rifiuto di accettazione di pagamenti rateali. RI 1 contesta sostanzialmente la percezione delle spese cifrate in CHF 130.--. Nelle sue conclusioni l'assicurato chiede dette spese siano tolte e postula il riconoscimento delle spese indebite sin qui pagate, con protesta di ripetibili. C. Nel suo allegato di risposta CO 1 rammenta che RI 1 è assicurato presso di lei, che il premio 2004 ammontava a CHF 224.-- mensili con franchigia facoltativa di CHF 1'500.--. _____ e _____ erano pure assicurati presso CO 1 nel 2004 con premi cifrati in CHF 227.-- rispettivamente 79.--. CO 1 rammenta di avere atteso sino al 2005 il pagamento, di avere poi operato i richiami delle fatture e di avere avviato la procedura esecutiva comprendente una fattura - per CHF 31.65 - del 2005. L'assicuratore rammenta l'obbligo dell'assicurato di far fronte a premi e partecipazioni ed il diritto di percepire, per l'amministrazione, le spese di procedura ai sensi delle condizioni contrattuali. Nelle conclusioni CO 1 postula la

reiezione dell'impugnativa. Al ricorrente è stata concessa facoltà di ulteriormente esprimersi e di chiedere l'assunzione di specifiche prove. Nel corso dell'istruttoria il giudice delegato del Tribunale Cantonale delle Assicurazioni ha chiesto ad CO 1 la produzione degli elementi comprovanti il proprio diritto a fronte della presentazione di documentazione illeggibile (estratti informatici). L'ulteriore documentazione trasmessa dall'assicuratore il 9 dicembre 2005 non è stata ritenuta chiara e ad CO 1 è stato ulteriormente concesso un termine per la "trasmissione ordinata di tutti gli elementi utili alla valutazione del caso" considerato che gli estratti informatici "... sono del tutto incomprensibili ed inutilizzabili". Al ricorrente è stata comunque chiesta la produzione di documentazione completa ed analoga. Il 22 dicembre 2005 la Direzione Generale dell'assicurazione ha nuovamente trasmesso copia di estratti informatici. Dal canto suo RI 1 ha prodotto il 3 gennaio 2006 documentazione utile al chiarimento del caso. Nella sua missiva il signor RI 1 evidenzia: " a) l'assenza di contestazione - salvo per le spese amministrative - dei conteggi: 42602966, 45534627 e 46672223, la contestazione delle spese per CHF 130.-- ritenute non pretendibili e comunque eccessive; b) la pretesa di cui al conteggio 42262869 viene ulteriormente contestata con le motivazioni che si desumono dalla lettera che annetto." A tale comunicazione CO 1 ha reagito con scritto 24 gennaio 2006 con cui ha implicitamente ammesso assenza di elementi per suffragare la fattura di CHF 682.50, rinunciando alla stessa ed a parte delle spese chieste. in diritto in ordine 1. La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi degli articoli 26 c cpv. 2 della Legge organica giudiziaria civile e penale e 2 cpv. 1 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale delle assicurazioni (cfr. STFA del 21 luglio 2003 nella causa N., I 707/00; STFA del 18 febbraio 2002 nella causa H., H 335/00; STFA del 4 febbraio 2002 nella causa B., H 212/00; STFA del 29 gennaio 2002 nella causa R. e R., H 220/00; STFA del 10 ottobre 2001 nella causa F., U 347/98 pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA del 22 dicembre 2000 nella causa H., H 304/99; STFA del 26 ottobre 1999 nella causa C., I 623/98). 2. Dal 1° gennaio 2003 è in vigore la LPGA che trova integrale applicazione, per il rinvio dell'art. 1 LAMal ed entro i limiti dello stesso, nel caso concreto siccome sia il preteso credito che le decisioni emesse sono successive all'entrata in vigore del complesso normativo. nel merito 3. L'art. 61 LAMal prevede che l'assicurato è tenuto al pagamento dei premi fintanto che dura l'affiliazione (artt. 89-92 OAMal; cfr. STFA del 30 giugno 1998 nella causa M. e P. c. C.M.H.). Il pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi da parte dell'assicurato è necessario per il finanziamento dell'assicurazione malattia (art. 60 LAMal) e quindi per l'esecuzione della legge; secondo la volontà del legislatore gli assicuratori malattia devono quindi far valere le proprie pretese in via esecutiva secondo la LEF (art. 88 cpv. 1 e 2 LAMal; art. 80 LAMal; DTF 125 V 273 consid. 6c). Giusta l'art. 61 cpv. 1 LAMal, l'assicuratore stabilisce l'ammontare dei premi dei propri assicurati e, salvo eccezioni, riscuote dai propri assicurati premi uguali. L'assicuratore può graduare i premi se è provato che i costi differiscono secondo i Cantoni e le regioni. Determinante è il luogo di domicilio dell'assicurato. L'Ufficio federale stabilisce in modo unitario le regioni per l'insieme degli assicuratori (cpv. 2). Per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 18 anni, l'assicuratore deve fissare un premio più basso rispetto a quello degli assicurati d'età superiore (adulti). Egli è legittimato a fare altrettanto nel caso di assicurati che non hanno ancora compiuto 25 anni (cpv. 3). Il Consiglio federale può stabilire le riduzioni di premio di cui al cpv. 3 (cpv. 3bis). L'ammontare dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure

medico-sanitarie deve essere approvato dal Consiglio federale. Prima dell'approvazione, i Cantoni possono prendere posizione in merito alle tariffe dei premi previste per la loro popolazione; la procedura d'approvazione non deve esserne ritardata (cpv. 5). L'art. 90 OAMal prevede che di regola i premi devono essere pagati mensilmente. A norma dell'art. 64 cpv. 1 LAMal, inoltre, gli assicurati partecipano ai costi delle prestazioni ottenute. La partecipazione ai costi comprende un importo fisso per anno (franchigia) e il 10 per cento dei costi eccedenti la franchigia (aliquota percentuale) (cpv. 2). Gli assicurati pagano inoltre un contributo ai costi di degenza ospedaliera, graduato secondo gli oneri familiari (cpv. 5). Secondo l'art. 103 cpv. 1 OAMal, la franchigia prevista nell'articolo 64 cpv. 2 lett. a della legge ammonta a Fr. 230.- per anno civile dal 1° gennaio 1998 (cfr. RU 1997 2435, in precedenza Fr. 150.-). L'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale secondo l'articolo 64 cpv. 2 lett. b della legge ammonta a Fr. 600.- per gli assicurati adulti ed a Fr. 300.- per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 18 anni (cpv. 2). Per la riscossione della franchigia e dell'aliquota percentuale è determinante la data della cura (cpv. 3). Per l'anno 2005 gli importi sono stati ulteriormente cambiati. A norma dell'art. 93 cpv. 1 OAMal, oltre all'assicurazione ordinaria delle cure medico-sanitarie, gli assicuratori possono esercitare un'assicurazione per la quale gli assicurati possono scegliere una franchigia superiore a quella prevista nell'articolo 103 capoverso 1 (franchigie opzionali). Le franchigie opzionali ammontano a partire dal 1° gennaio 1998 a Fr. 400.-, Fr. 600.-, Fr. 1200.- ed a Fr. 1500.- (cfr. RU 1997 pag. 2435; in precedenza a Fr. 300.-, Fr. 600.-, Fr. 1200.- ed a Fr. 1500.-) per gli assicurati adulti ed a Fr. 150.-, Fr. 300.- ed a Fr. 375.- per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 18 anni. L'assicuratore che esercita questa forma d'assicurazione deve offrire tutte le franchigie opzionali. Anche in questo caso gli importi per il 2005 sono stati ulteriormente modificati.

4. Nel caso concreto il ricorrente ha contestato il credito di CO 1 per le fatture evocate ed in particolare l'obbligo di versare CHF 130.-- a titolo di spese. CO 1 ha chiesto a RI 1 sia debitore di CO 1 per i seguenti importi: fattura n° 42262869 del 15.03.2004 per CHF 682.50 fattura n° 42602966 del 09.04.2004 per CHF 527.00 fattura n° 45534627 del 12.11.2004 per CHF 527.00 fattura n° 46672223 del 12.11.2004 per CHF 31.65 oltre a spese amministrative per CHF 130.00 per un totale di CHF 1'898.15 5. A seguito dell'istruttoria condotta è emerso come i crediti di CO 1 fatturati con i numeri 42602966, 45534627 e 46672223 non sono più contestati dall'assicurato (doc. XVI) ed in sé adeguatamente comprovati dalla documentazione sia dell'assicuratore che dall'assicurato stesso. La giurisprudenza del TFA in merito agli elementi atti a comprovare il credito dell'assicuratore (TFA 17 agosto 2005 in re V.) così si è espressa: " Come ricordato dal primo giudice, il Tribunale federale delle assicurazioni ha recentemente avuto modo di esprimersi a proposito del sostrato probatorio necessario per accertare esistenza ed estensione dei crediti oggetto di una procedura esecutiva e per permettere il rigetto definitivo dell'opposizione nell'ambito dell'incasso di pretese da partecipazione ai costi (RAMI 2003 no. KV 252 pag. 227; cfr. inoltre pure DTF 119 V 331 seg. consid. 2b in merito ai principi procedurali applicabili in materia). Così, questa Corte ha statuito che in una procedura amministrativa di natura assicurativo-sociale ai sensi dell' art. 79 cpv. 1 LEF , i semplici conteggi di prestazioni e di partecipazione ai costi - anche qualora dovessero indicare data e numero della fattura - non costituiscono di per sé, da soli, una prova sufficiente a determinare il rigetto dell'opposizione potendosi sempre ancora, malgrado il riferimento al fornitore della prestazione e al periodo di trattamento, verificare un errore nella trascrizione delle fatture oppure potendo essere fatta valere una richiesta di

partecipazione ai costi per prestazioni non sottoposte a tale obbligo. Di conseguenza, dal momento che l'assicuratore malattia, nei suoi provvedimenti concernenti richieste per partecipazioni ai costi, non solo rende una decisione di merito sull'onere pecuniario di una persona assicurata, bensì, in qualità di istanza competente, è pure abilitato a respingere le opposizioni a un precetto esecutivo - e a determinare così la prosecuzione dell'esecuzione senza dovere promuovere una procedura di rigetto dell'opposizione ai sensi dell' art. 80 LEF (DTF 119 V 331 seg. consid. 2b con riferimenti) -, il giudice delle assicurazioni sociali è tenuto a controllare in modo completo, in sede ricorsuale, simili domande. Sempre secondo giurisprudenza, l'assicuratore competente è obbligato a costituire un incarto completo contenente tutti i documenti pertinenti (DTF 124 V 372 ; RAMI 1999 no. U 344 pag. 416) - incombenza, questa, che la LPGA ha generalizzato con l'obbligo, sancito dall'art. 47, di registrare per ogni procedura in materia di assicurazioni sociali in modo sistematico tutti i documenti suscettibili di essere determinanti - e a organizzarsi in modo tale da potere documentare adeguatamente il fondamento delle proprie richieste. (...) In concreto, la X. ha eccepito - con un'argomentazione, considerati i molteplici strumenti messi a disposizione dalla tecnologia moderna, a dir poco opinabile - di non potere riprodurre le polizze relative al contratto di assicurazione concluso (...) e ha trasmesso al loro posto degli estratti informatici interni contenenti abbreviazioni e codici di difficile se non addirittura (parzialmente) impossibile lettura. (...) il Tribunale federale delle assicurazioni ha già avuto modo di censurare simile modo di procedere, rilevando che la produzione di siffatta documentazione non è di per sé idonea a dimostrare sufficientemente i fatti rilevanti (cfr. ad es. le sentenze del 18 febbraio 2002 in re T. e S., K 132/01, consid. 3b/cc, e del 28 marzo 2001 in re A. e B., K 144/99)." Ora da quanto precede discende l'obbligo per il Tribunale di accertare d'ufficio i fatti, di postulare anche all'assicurato la produzione dei conteggi in discussione alla luce dell'obbligo di collaborare che incombe alle parti. Si rammenta qui comunque che la mancanza di prova ripercuote le sue conseguenze sulla parte che intende dedurre un diritto dalla circostanza di fatto che non viene provata (cfr. KV 252 in RAMI 2003 pag. 227). L'art. 8 CC prevede che ove la legge non disponga altrimenti, chi vuol dedurre il suo diritto da una circostanza di fatto da lui asserita deve fornirne la prova. A livello cantonale, l'art. 183 CPC, a cui rimanda l'art. 23 della Legge di procedura per le cause davanti al TCA (LP TCA), riprende per intero il testo federale e ciò nell'ottica della verosimiglianza preponderante valida nelle assicurazioni sociali secondo consolidata giurisprudenza. Più generalmente nell'ambito delle assicurazioni sociali, il giudice deve applicare la massima d'ufficio e quindi ricercare autonomamente i fatti ed applicare il diritto. Questo principio non è tuttavia assoluto, poiché non svincola comunque le parti dal fardello della prova, ossia dalle conseguenze in caso di mancato apporto della prova necessaria. Infatti, come precisato dal TFA al considerando 3b della sentenza del 18 settembre 2001 nella causa B. (K 202/00), " (...) Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4; comp. ATF 125 III 238 consid. 4a à propos de l'art. 274d al. 3 CO). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve: en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344, p. 418 consid. 3). Au demeurant, il n'existe

pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (RAMA 1999 n° U 349, p. 478 consid. 2b; DTA 1998 n° 48, p. 284). (...). ". Nelle assicurazioni sociali, come detto, il giudice si basa, per la sua decisione, salvo disposizione contraria della legge, sui fatti che, non potendo essere stabiliti in maniera irrefutabile, appaiono come i più verosimili. Non è quindi sufficiente che un fatto possa essere considerato quale un'ipotesi possibile. Fra tutti gli elementi di fatto allegati, il giudice deve ritenere soltanto quelli che sembrano più probabili, ricordando che non esiste, nel diritto delle assicurazioni sociali, il principio secondo il quale l'amministrazione e il giudice dovrebbero statuire, nel dubbio, a favore dell'assicurato (STFA del 18 settembre 2001 nella causa B., K 202/00; DTF 115 V 142 consid. 8b; DTF 113 V 312 consid. 3a e 322 consid. 2a; DTF 112 V 32 consid. 1a; RCC 1986 pag. 201 consid. 2c; RCC 1984 pag. 468 consid. 3b; RCC 1983 pag. 249; RAMI 1985 pag. 21; RAMI 1984 pag. 269 consid. 1; STFA del 27 agosto 1992 nella causa M.). 6. In corso di procedura, come indicato, l'amministrazione ha implicitamente ammesso di non esser in grado di produrre i documenti necessari a comprovare il suo diritto sulla pretesa fatturata con il numero 42262869 cui ha rinunciato. Essa ha, conseguentemente, rinunciato a parte delle ulteriori spese fatturate (CHF 30.-). L'assicurato ha aderito a tale presa di posizione. 7. Per quanto attiene alla percezione delle spese va rammentato come 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. L'Alta Corte ha in particolare precisato: " (...) Im Gegensatz zu Art. 1 Abs. 2 KUVG, wonach sich die Krankenkassen nach ihrem Gutfinden einrichten, soweit das Gesetz keine entgegenstehenden 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 Anerkennungs-gesuch 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. (...). ". 8. In concreto le condizioni d'assicurazione CO 1, art. 31 n° 3 prevedono espressamente che l'assicuratore ha facoltà di fatturare all'assicurato le spese da lei assunte relative alle procedure di richiamo, d'esecuzione e di recupero dei suoi crediti. Stante quanto precede, alla luce dei richiami ripetuti contenuti agli atti l'importo richiesto da CO 1 appare ancora proporzionato e deve essere riconosciuto, fatti salvi i CHF 30.- cui l'amministrazione ha correttamente rinunciato per la rinuncia al credito di CHF 682.50. Alla luce di quanto precede il ricorso va parzialmente accolto. RI 1 deve essere condannato a versare ad CO 1 l'importo di cui alle fatture 42602966 (CHF 527.-), 45534627 (CHF 527.-) e 46672223 (CHF 31.65) oltre a CHF 100.- per le spese. Per tale importo il rigetto dell'opposizione è confermato. Non si fa carico di tassa di giustizia e spese e non si riconoscono ripetibili. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1.- Il ricorso é parzialmente accolto nel senso delle considerazioni. 1.1.- Di conseguenza RI 1 è condannato a pagare alla Cassa Malati CO 1 l'importo di complessivi CHF 1'185.65. 1.2.- Per l'importo di cui sub 1.1. è rigettata l'opposizione al PE _____ del 20 maggio 2005 emesso dall'UE di _____. 2.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. 3.- Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso di diritto amministrativo al Tribunale federale delle assicurazioni, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. terzi implicati Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il giudice delegato Il segretario
Ivano Ranzanici Fabio Zocchetti

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