

TI_GERICHTE 36.2006.90 vom 19. Dezember 2005

TI Tribunale d'appello, 2005-12-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2006.90_d20051219

FR: TI_GERICHTE 36.2006.90 du 19 décembre 2005

IT: TI_GERICHTE 36.2006.90 del 19 dicembre 2005

Regeste

Contestazione dell'aumento dei premi dell'assicurazione malattie obbligatoria. Limite del potere d'esame da parte del Tribunale. Esame della conformità della clausola tariffaria ai principi della ripartizione delle spese e dell'autofinanziamento conformemente a quanto prevedono LAMal e OAMal.

Erwägungen

E. 2

L'assicurato afferma che la documentazione trasmessa alle parti è anonimizzata e non è pertanto possibile sapere se quanto indicato dalle autorità cantonali si riferisca alla sua cassa malati. Egli sostiene di aver diritto di ricevere i documenti completi. Come già evidenziato nel decreto del 5 ottobre 2006 dell'inc. 36.2006.19, impugnato al TFA (cfr. consid. H) e sfociato nella sentenza dell'8 febbraio 2007 (ricevuta dal TCA il 26 febbraio 2007, K 127/06), l'IAS, con scritto del 27 marzo 2006, nella causa parallela ha informato il TCA che: " Attraverso questa nota aggiuntiva intendiamo solo specificare che gli Allegati A, D1 e D2 contengono dati estremamente sensibili, che certamente sono utili al TCA per il giudizio di merito, ma che, in ragione dei dati riservati riguardanti diversi assicuratori malattie (e non solo quelli chiamati in causa nelle vertenze in narrativa), non dovrebbero essere messi a disposizione delle parti (almeno non nella forma integrale come inviata a questo Tribunale). Si richiama in particolare, al riguardo, lo stretto vincolo di legge di cui All'art. 21a cpv. 1 LAMal per quanto attiene all'utilizzo dei dati raccolti presso gli assicuratori malattie. Si precisa inoltre, sempre a questo titolo, che nemmeno gli assicuratori che sono stati oggetto di analisi finanziaria da parte nostra sono in possesso – o a conoscenza – dei dettagli inseriti nello studio cantonale presentato in forma esclusiva all'UFSP. In questo senso si specifica meglio il passaggio seguente, contenuto nel già citato nostro scritto 22 marzo 2006: "Il documento in rassegna è stato presentato esclusivamente all'UFSP, ma non è documento pubblico; e ciò in considerazione delle esigenze di stretta tutela dei dati estremamente sensibili dei singoli assicuratori malattie." (...) Si richiama inoltre, anche su questo aspetto, l'art. 21a LAMal, nella piena consapevolezza che codesto Tribunale saprà di certo tenerne in debita considerazione in rapporto all'allestimento della documentazione consultabile dalle parti in causa" (doc. XVII, inc. 36.2006.19). L'art. 21a cpv. 1 LAMal prevede che i Cantoni possono chiedere agli assicuratori gli stessi documenti ufficiali di cui l'autorità federale ha bisogno per approvare le tariffe dei premi. Possono utilizzarli soltanto per elaborare un parere secondo l'articolo 61 capoverso 4 o per informare gli assicurati sulla giustificazione dei premi approvati. Come rammenta il TFA in DTF 131 V 66 (citata anche nella recente sentenza dell'8 febbraio 2007, K 127/06, consid. 4.2), " la production des comptes des assureurs peut poser des problèmes procéduraux très délicats au regard des droits des parties (droit de l'assuré de consulter les pièces, d'en

effectuer des copies) ou du droit au secret des affaires (le risque étant que la comptabilité de l'assureur se retrouve chez un concurrent). C'est pourquoi la plupart des questions auxquelles le juge pourrait être amené à donner des réponses dans le cadre du contrôle qui lui incombe peuvent s'appuyer sur le témoignage (écrit ou oral) de l'organe de révision (art. 86 OAMal), dont l'indépendance est présumée de par la loi. ” N el caso concreto agli atti vi è uno scritto dell'organo di revisione che attesta quanto richiesto dalla giurisprudenza del TFA pubblicata in DTF 131 V 66, che impone a questo Tribunale di sentire oralmente o per iscritto l'organo di revisione e dare alle parti la facoltà di esprimersi in merito (doc. 6/9). L'organo di revisione ha attestato quanto richiesto dalla giurisprudenza in maniera completa senza rivelare segreti d'affari o aspetti economici (6/9) e su questo documento le parti hanno potuto esprimersi. La documentazione prodotta dall'IAS, su stessa richiesta dell'autorità cantonale, è invece stata anonimizzata per evitare che dati economici sensibili possano essere resi accessibili a terzi, ciò nel solco della giurisprudenza del TFA pubblicata in DTF 131 V 66 seg.. In queste condizioni, ritenuto che il ricorrente ha avuto accesso alla documentazione anonimizzata, questo Tribunale non trasmette al ricorrente la documentazione non anonimizzata, neppure limitatamente alle parti concernenti CO 1 _____, prioritaria essendo la riservatezza dei dati. Nel merito 3. Per l'art. 60 cpv. 1 LAMal l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è finanziata secondo il sistema della ripartizione delle spese. Gli assicuratori costituiscono riserve sufficienti per sopperire ai costi delle malattie già insorte e garantire la solvibilità a lungo termine. A norma dell'art. 60 cpv. 2 LAMal il finanziamento dev'essere autosufficiente. Nel bilancio, gli assicuratori devono esporre separatamente gli accantonamenti e le riserve per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Gli assicuratori tengono un conto d'esercizio distinto per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. L'anno contabile corrisponde all'anno civile. I premi e le prestazioni concernenti i casi di malattia e d'infortunio devono essere indicati separatamente (art. 60 cpv. 3 LAMal). Per l'art. 60 cpv. 4 LAMal, il Consiglio federale emana le necessarie disposizioni, segnatamente sulla tenuta della contabilità, l'esposizione e il controllo dei conti, la costituzione delle riserve e i collocamenti di capitale. Come emerge dal Messaggio del 6 novembre 1991 del Consiglio federale, FF 1992 I 65, in particolare pag. 96 e seguenti (commento all'art. 52 LAMal; ora art. 60), il legislatore ha deciso di mantenere il sistema della ripartizione delle spese, in vigore vigente LAMI: " Il sistema della ripartizione delle spese attualmente in vigore nell'assicurazione malattia sociale va mantenuto. Ciò significa che le spese correnti devono di regola essere coperte dalle entrate correnti. Gli assicuratori devono dunque fissare i loro premi in modo da poter coprire le prestazioni dovute per uno stesso periodo. Il bilancio annuo permetterà di constatare se si procede effettivamente in questo modo. Tuttavia, gli assicuratori dovranno pure costituire riserve sulla base delle loro entrate. Si distinguono due specie di riserve: le riserve per malattie già manifestatesi, vale a dire per gli impegni esistenti che non sono ancora soddisfatti al momento della presentazione dei conti (provvigioni) e le riserve che devono generalmente garantire a lungo termine gli impegni e la solvibilità dell'assicuratore. Dal principio menzionato al capoverso 2 (secondo il quale il finanziamento deve essere autonomo) risulta chiaramente che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico- sanitarie può essere finanziata solo dalle entrate provenienti da questa stessa assicurazione e che gli assicuratori devono distinguere il finanziamento di questo tipo d'assicurazione da quello di altre assicurazioni da essi praticate. Per questo motivo è prescritto che, nel bilancio che l'assicuratore deve stabilire per l'insieme delle sue attività, le riserve destinate all'assicurazione obbligatoria delle cure medico- sanitarie devono figurare

separatamente dalle altre riserve nella colonna dei passivi. Non si esige invece che l'assicuratore giustifichi separatamente i suoi attivi (titoli, ecc.) riferibili ai diversi rami d'assicurazione. Contrariamente alla precedente registrazione al bilancio, comprendente l'insieme delle attività dell'assicuratore, il capoverso 3 esige un conto d'esercizio speciale per l'assicurazione obbligatoria delle cure sanitarie. Ciò non presenta problemi particolari per le parti contabili più importanti, vale a dire i premi e le prestazioni. Quanto alle entrate e alle spese che non possono essere nettamente separate dalle altre assicurazioni (interessi, spese d'amministrazione), l'assicuratore può procedere ad approssimazioni circa la loro ripartizione, comunque corrispondenti alla realtà. Il capoverso 4 precisa che spetta al Consiglio federale emanare le disposizioni necessarie riguardanti il sistema di finanziamento e l'esposizione dei conti. Queste disposizioni concernono in particolare la tenuta della contabilità, l'esposizione dei conti (struttura dei conti, ecc.), il controllo dei conti (organi di controllo dell'assicuratore, controlli eseguiti dall'autorità di vigilanza), la costituzione delle riserve (importi, principi di valutazione) e gli investimenti di capitale." A questo proposito l'art. 78 cpv. 1 OAMal prevede che gli assicuratori devono garantire l'equilibrio tra le entrate e le uscite per un periodo di finanziamento di due anni. Devono inoltre disporre costantemente di una riserva di sicurezza. Per l'art. 78 cpv. 4 OAMal la riserva di sicurezza dell'assicuratore deve, secondo l'effettivo dei membri dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, corrispondere per esercizio annuo almeno al 20% dei premi dovuti fino a 250'000 assicurati e al 15% oltre i 250'000 assicurati. L'art. 78 cpv. 5 OAMal prevede che gli assicuratori con meno di 50'000 assicurati devono riassicurarsi. E' fatta salva l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera.

E. 2.2

Des principes posés par le Tribunal fédéral des assurances en matière de contrôle d'une clause tarifaire de l'assurance-maladie, il ressort que l'audition de l'organe de révision de la caisse-maladie concernée permet en principe au juge de se prononcer en connaissance de cause sur les points qu'il doit examiner dans ce contexte. En règle générale, d'autres mesures d'instruction ne devraient pas se révéler nécessaires, à moins que les réponses de l'organe de révision soient lacunaires ou contradictoires, voire apparaissent contraires à d'autres éléments du dossier. On rappellera à cet égard que le juge est appelé à faire preuve d'une grande retenue lors du contrôle d'une décision prise en application d'une clause tarifaire dans une situation concrète, compte tenu notamment de la liberté d'appréciation étendue de l'OFSP (autrefois l'OFAS) dans l'approbation des primes et du Conseil fédéral en tant qu'autorité de recours interne à l'administration (ATF 131 V 74 consid. 5.2.2). Ainsi, un examen qui s'étendrait de manière générale aux tarifs de primes élaborés par un assureur-maladie dans son ensemble dépasserait le cadre de la vérification prévue. Les mesures d'instruction doivent bien plutôt rester en proportion avec le litige dans le cas concret et avec la retenue que s'impose le juge en ce domaine. Cela étant, le point de savoir si une autre mesure d'instruction s'impose dans un cas concret, en plus de l'audition de l'organe de révision, dépend des circonstances particulières de la cause et relève de la libre appréciation de la juridiction cantonale appelée à statuer. En vertu de la maxime d'office prévue par l'art. 61 let. c LPGA - applicable *ratione temporis* à la procédure devant le Tribunal administratif genevois, dont la décision a été rendue après le 1er janvier 2003 -, le tribunal établi avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Aussi, appartient-il à l'autorité cantonale de recours d'apprécier quelles mesures d'instruction sont (encore)

nécessaires à l'établissement des faits et, partant, à l'examen des questions juridiques à trancher. En l'occurrence, sur le vu des liens entre _____ (et 13 autres caisses-maladie) et l'association Groupe Y. _____, ainsi que la structure particulière de celle-ci - motivation qui apparaît suffisante dans le cadre de l'administration des preuves menée en l'occurrence - le juge du Tribunal administratif genevois délégué à l'instruction a estimé nécessaire d'entendre le réviseur du groupe." Nella sentenza appena citata il TFA ha peraltro ricordato che: " le caractère obligatoire de l'assurance-maladie au sens de la LAMal n'exclut pas la concurrence entre les institutions qui la pratiquent, surtout dans un système qui maintient la pluralité des assureurs et la fixation des primes par l'assureur, la concurrence devant se traduire par la réduction des différences de primes pour les ramener à un niveau déterminé par une gestion efficace, une administration performante et un contrôle étendu des coûts (cf. Message du Conseil fédéral du 6 novembre 1991 concernant la révision de l'assurance-maladie, FF 1992 77 ss, p. 109 et 117 sv.)." 6. Al fine di effettuare verifiche necessarie, il TCA, in una causa parallela (inc. 36.2006.19), ha interpellato l'UFSP. All'UFSP è stato chiesto quanto segue: " 1. Quale documentazione deve presentare la Cassa malati per l'approvazione, da parte vostra, dell'ammontare dei premi di ogni singolo Cantone (cfr. anche art. 85 OAMal)? 2. Quali formulari allestiti da Voi devono essere compilati dalle Casse (vi chiediamo di trasmettercene una copia)? 3. Che tipo di esame effettuate? Vengono esaminati sistematicamente tutti i documenti oppure viene eseguito un controllo a campione? 4. Avete la possibilità di effettuare accertamenti? In caso di risposta affermativa, quale tipo di accertamenti eseguite e in quali occasioni vengono effettuati? 5. In seguito al controllo dei conti della Cassa malati X, avete riscontrato delle anomalie? In particolare siete dovuti intervenire per modificare l'ammontare dei premi proposti per gli assicurati del Canton Ticino? 6. L'autorità cantonale competente del Canton Ticino vi ha fatto pervenire osservazioni e/o contestazioni circa l'aumento dei premi 2006 dell'assicuratore X? In caso di risposta affermativa, quali censure sono state sollevate dal Canton Ticino? Quali risposte avete dato? 7. Che tipo di rapporto devono trasmettere gli organi di revisione delle Casse all'UFSP? In particolare, esistono dei formulari da compilare per attestare la correttezza dei conti degli assicuratori? Nel caso concreto, avete riscontrato anomalie per quanto concerne i conti di X (se sì, quali e che tipo di interventi avete effettuato)? 8. Con quale atto amministrativo approvate l'ammontare dei premi di una cassa malati? In particolare emettete una decisione formale impugnabile (vogliate trasmettere una copia di tale atto per la Cassa malati X)? 9. Eventuali osservazioni." (Doc. allegato al doc. VIII) Con scritto del 12 giugno 2006 l'UFSP ha così risposto: " 1. L'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) controlla l'evoluzione finanziaria degli assicuratori in base ai conti di chiusura definitivi dell'anno precedente, alle proiezioni dell'anno corrente e al preventivo dell'anno venturo. Gli assicuratori gestiscono tali dati separatamente per ogni Cantone. Questo per garantire che i premi pagati in un determinato Cantone vengano impiegati a copertura delle spese ivi generate. 2. Per quanto riguarda il rendiconto, l'UFSP raccoglie i dati mediante formulari di rilevamento (ve di formulario di rilevamento EF1 23 per l'anno 2005; allegato 1 a in tedesco e 1 b in francese; il formulario non è stato tradotto in italiano) e mediante un programma di gestione dati per le proposte di premio (vedi rilevamento per l'approvazione dei premi del 2006, allegato 2a in tedesco e 2b per il francese; attenzione: il formulario può essere stampato solo se contiene da te; quelli forniti sono quindi fittizi). 3. Nella procedura di approvazione dei premi, in linea di massima è l'assicuratore ad essere responsabile della determinazione dei premi e di conseguenza anche della propria situazione finanziaria. L'UFSP attribuisce

particolare importanza all'esame dei premi sulla base dei seguenti fattori: sicurezza finanziaria degli assicuratori, protezione degli interessi degli assicurati e osservanza delle basi legali per il finanziamento nonché per la determinazione dei premi nell'ambito dell'assicurazione malattie sociale. L'Ufficio verifica che tutti i premi rispettino le disposizioni legali, in particolare quelle riguardanti le riduzioni, ed esamina dettagliatamente i preventivi. Nel l'esame attribuisce particolare importanza anche ai costi amministrativi nonché alla situazione relativa alle riserve delle singole casse. 4. Se l'UFSP riscontra lacune nell'allestimento del preventivo (in riferimento sia all'esattezza sia alle modalità), ne informa gli assicuratori. Se l'UFSP riscontra irregolarità nella determinazione dei premi invita gli assicuratori ad effettuare le dovute rettifiche. Se un assicuratore constata che la propria situazione finanziaria è cambiata dopo l'approvazione dei premi, è tenuto ad informare l'UFSP della nuova situazione finanziaria nonché delle differenze intervenute nel preventivo, proponendo nel contempo misure per ovviare ai cambiamenti intervenuti. 5. I premi e il preventivo per il 2006 inoltrati X - tra le cui prestazioni figura l'assicurazione malattie sociale - e approvati dall'UFSP, rispettano le disposizioni legali concernenti il finanziamento e la determinazione dei premi. Fanno stato i premi approvati dall'UFSP alla fine di settembre.

E. 4

Giusta l'art. 61 LAMal, l'assicuratore stabilisce l'ammontare dei premi dei propri assicurati. Sempreché la legge non preveda eccezioni, l'assicuratore riscuote dai propri assicurati premi uguali (cpv. 1). 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 (minorenni), 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 capoverso 3 (cpv. 3bis). Per gli assicurati residenti in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia i premi sono calcolati in funzione dello Stato di residenza. Il Consiglio federale emana prescrizioni sulla determinazione e l'incasso dei premi di questi assicurati (cpv. 4). 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). Per l'art. 81 cpv. 1 OAMal gli assicuratori tengono una contabilità distinta per l'assicurazione sociale malattie. Gli oneri e i proventi devono essere contabilizzati separatamente per: a. l'assicurazione obbligatoria ordinaria delle cure medico-sanitarie; b. ogni forma particolare d'assicurazione ai sensi dell'art. 62 della legge; c. l'assicurazione indennità giornaliera. A norma del cpv. 2 gli assicuratori che tengono una contabilità distinta per l'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera (art. 75 cpv. 2 LAMal), devono poter presentare i risultati annui di ogni contratto collettivo. L'UFSP può dare istruzioni circa la tenuta della contabilità. In mancanza d'istruzioni, sono applicabili gli articoli 662a e 957 a 963 CO (art. 81 cpv. 3 OAMal). Per l'applicazione dell'assicurazione malattie sociale, gli assicuratori approntano in comune un piano contabile uniforme e regole uniformi per la tenuta della contabilità che sottopongono per approvazione all'UFSP. Se approvati, essi vincolano tutti gli assicuratori. Se gli assicuratori non possono accordarsi in merito, il dipartimento, sentito il Dipartimento federale di giustizia e polizia, emana le

necessarie direttive (art. 82 OAMal). Ogni assicuratore deve costituire accantonamenti per casi di assicurazione non liquidati, concernenti: a. l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie; b. l'assicurazione d'indennità giornaliera. Nel conto d'esercizio corrente, gli assicuratori rettificano gli accantonamenti esposti a bilancio se non corrispondono ai bisogni effettivi calcolati secondo i costi dell'anno precedente (art. 83 OAMal). Per l'art. 84 cpv. 1 OAMal i costi di amministrazione dell'assicurazione malattie devono essere ripartiti tra: a. l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie; b. l'assicurazione d'indennità giornaliera; c. le assicurazioni complementari e le altre forme d'assicurazione. Questa ripartizione va effettuata secondo gli oneri effettivi (art. 84 cpv. 2 OAMal). Gli assicuratori devono presentare all'UFSP, entro il 30 aprile dell'anno seguente, il bilancio, i conti di esercizio e il rapporto di gestione relativi all'anno contabile precedente. La risoluzione di approvazione dei conti da parte dell'organo competente dell'assicuratore può essere trasmessa più tardi, ma non oltre il 30 giugno (art. 85 cpv. 1 OAMal). Per l'art. 85 cpv. 2 OAMal gli assicuratori devono presentare all'UFSP, entro il 31 luglio dell'anno contabile corrente, il preventivo per l'anno contabile seguente. Il bilancio, i conti d'esercizio e il preventivo vanno presentati mediante i formulari stabiliti dall'UFSP (art. 85 cpv. 3 OAMal). A norma dell'art. 85a cpv. 1 OAMal ogni anno gli assicuratori pubblicano un documento che comprende in particolare il rapporto di gestione sull'esercizio trascorso, i dati principali per ramo assicurativo e i dati di cui all'articolo 31 capoverso 2. Essi mettono il documento a disposizione di ogni persona interessata (art. 85a cpv. 2 OAMal). Per l'art. 86 cpv. 1 OAMal ogni assicuratore designa un organo di revisione esterno e indipendente, che disponga di approfondite conoscenze nel campo dell'assicurazione malattie. Possono fungere da organo di revisione: a. i revisori con particolari qualifiche professionali ai sensi dell'articolo 727b CO e relative disposizioni d'applicazione; b. per gli assicuratori con meno di 10000 assicurati: anche le persone seguenti se hanno esercitato durante almeno 5 anni: 1. contabili con diploma federale, 2. fiduciari con diploma federale. 3. titolari di un attestato di capacità estero, equipollente a quello di cui ai numeri 1 e 2, purché dispongano di un'esperienza pratica corrispondente e delle necessarie conoscenze di diritto svizzero in materia di revisione d'impresе svizzere; c. per le casse malati di diritto pubblico cantonale: anche i servizi ufficiali di controllo delle finanze. Per l'art. 86 cpv. 3 OAMal l'organo di revisione e i propri collaboratori sono tenuti a mantenere il segreto sulle constatazioni fatte durante le revisioni. Secondo l'art. 86 cpv. 4 OAMal la responsabilità dell'organo di revisione soggiace alle disposizioni applicabili alle società cooperative concessionarie di assicurazione (art. 920 CO). Se, malgrado intimazione, l'assicuratore non ha designato alcun organo di revisione, quest'ultimo è scelto dall'UFSP (art. 86 cpv. 5 OAMal). Se un organo di revisione non adempie più le esigenze di cui ai capoversi 1,2 e 3 oppure se assolve il proprio compito soltanto in parte o non lo assolve affatto, l'assicuratore deve designarne un altro (art. 86 cpv. 6 OAMal). L'UFSP può impartire agli assicuratori istruzioni circa il mandato da conferire all'organo di revisione (art. 86 cpv. 7 OAMal). L'art. 87 OAMal prevede al cpv. 1 che l'organo di revisione verifica ogni anno se la contabilità, i conti annui e le statistiche sono formalmente e materialmente conformi alle esigenze legali (revisione annua). Esamina inoltre se l'amministrazione offre tutte le garanzie d'una gestione corretta e regolare, segnatamente se la sua organizzazione è adeguata e se si attiene alle disposizioni legali e interne (cpv. 1). L'organo di revisione può effettuare revisioni intermedie in loco e senza preavviso, segnatamente in caso di dubbi riguardo la tenuta dei conti e l'amministrazione (art. 87 cpv. 2 OAMal). Per l'art. 88 cpv. 1 LAMal l'organo di revisione stende un rapporto su ogni revisione annua e su ogni revisione intermedia. Questi

rapporti indicano la data e l'entità delle revisioni, le constatazioni fatte e le conseguenze da trarne. Un esemplare completo e identico di ogni rapporto dev'essere trasmesso sia al competente organo dell'assicuratore sia all'UFSP. Il rapporto sulla revisione annua va trasmesso all'UFSP entro il 30 giugno dell'anno seguente e i rapporti sulle revisioni intermedie entro tre mesi dalle corrispettive effettuazioni (art. 88 cpv. 2 OAMal). L'organo di revisione, se constata mancanze, irregolarità, anomalie o altri fatti che rendono dubbia la sicurezza finanziaria dell'assicuratore o la capacità dello stesso di adempiere i suoi compiti, invia senza indugio il proprio rapporto alla direzione dell'assicuratore e all'UFSP (art. 88 cpv. 3 OAMal). L'UFSP può impartire istruzioni relative alla forma e al contenuto dei rapporti e rinviare all'organo di revisione i rapporti non corrispondenti alle previste esigenze (art. 88 cpv. 4 OAMal). 5. A proposito del potere di esame dei Tribunali circa l'ammontare dei premi, il TFA, in una sentenza del 1. febbraio 2005 (K 45/03), pubblicata in DTF 131 V 66, ha stabilito che i diritti garantiti dall'art. 6 n. 1 CEDU non autorizzano uno Stato contraente a sottrarre a ogni controllo giudiziario la validità di una clausola tariffaria dell'assicurazione malattia obbligatoria se un assicurato è toccato da una decisione presa in applicazione di questa clausola in una situazione concreta. Ai consid. 5.2 – 5.3 della sentenza citata l'Alta Corte ha posto i limiti dell'estensione del controllo giudiziario di una clausola tariffaria applicata in una fattispecie concreta. Infine al consid. 5.4 la nostra Massima Istanza ha precisato che la limitazione del potere d'esame giudiziario a un controllo di legalità della clausola tariffaria litigiosa è conforme alle esigenze poste dalla CEDU. Il TFA ha affermato: " 5.1 Le droit d'accès au juge consacré à l' art.

E. 6

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 (art. 61 cpv. 5 LAMal). Il Cantone Ticino ha preso posizione nei confronti dell'UFSP in merito alle proposte di premio del 2006. L'UFSP ha tenuto conto delle osservazioni presentate dal Cantone Ticino nel quadro dell'approvazione dei premi ed ha risposto alle autorità cantonali competenti.

E. 7

L'organo di revisione legale verifica, giusta l'articolo 87 OAMal e le relative disposizioni del diritto delle obbligazioni, se la contabilità e i conti annui sono formalmente e materialmente conformi alle esigenze legali. Le verifiche costituiscono l'oggetto di un rapporto di revisione, come previsto all'articolo 88 OAMal. I rapporti ordinari contengono il rapporto sulla revisione e il questionario EF4 fornito dall'UFSP (vedi formulario per la verifica dei conti annuali 2005, alle gato 3a in tedesco, 3b in francese) in riferimento alle regole di finanziamento specifiche della LAMal. I documenti trasmessi dall'organo di revisione dell'X non sono stati contestati dall'UFSP. 8. Gli assicuratori propongono all'UFSP i premi che desiderano riscuotere a partire da un determinato momento. L'UFSP li verifica e, se del caso, li contesta. Assicuratori e UFSP riescono, di regola, ad accordarsi, dopodiché l'UFSP conferma per scritto l'approvazione all'assicuratore (vedi approvazione della tariffe dei premi 2006 emessa in data 23 settembre 2005, allegato 4). Con la sua decisione 18 AMal del 22 ottobre 1997 (RAMI 1997, p. 399 segg.) il Consiglio federale ha sancito che i provvedimenti dell'UFAS (oggi dell'UFSP) in materia di approvazione delle tariffe dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie vanno intesi come decisioni, giusta l'articolo 5 capoverso 1 della legge federale del 20 dicembre 1968

sulla procedura amministrativa (PA; RS 172.021). L'autorità può rinunciare a indicare i motivi e il rimedio giuridico allorché la decisione sia interamente conforme alle domande delle parti e nessuna parte chieda la motivazione (art. 35 cpv. 3 PA). In base a questa disposizione, l'UFSP ritiene che i premi approvati sono passati in giudicato se l'assicuratore non li contesta entro un determinato termine a partire dalla ricezione dell'approvazione scritta. Se l'UFSP e gli assicuratori non trovano un accordo, l'UFSP motiva la propria approvazione ed indica i rimedi giuridici.

E. 9

Osservazioni Il Tribunale federale delle assicurazioni si è espresso in merito con la sua decisione K 45/03 del 1° febbraio 2005 (DTF 131 V 66) sull'estensione del controllo giudiziario di una clausola tariffaria applicata in una fattispecie: « Dans le cadre du contrôle de la légalité de la clause tarifaire en question, le juge doit examiner si celle-ci est conforme au système de la répartition des dépenses (art. 60 al. 1 LAMal) et au principe du financement autonome de l'assurance obligatoire des soins (art. 60 al. 2 et 3 LAMal). En particulier, il lui incombe de vérifier si la clause contestée repose, en ce qui concerne les charges et les produits, sur une comptabilité distincte pour l'assurance-maladie sociale et, dans ce cadre, une comptabilité séparée pour l'assurance obligatoire ordinaire des soins, pour les formes particulières d'assurance au sens de l'art. 62 LAMal et pour l'assurance d'indemnités journalières (art. 81 al. 1 OAMal). L'exigence d'une comptabilité distincte doit être contrôlée également en ce qui concerne les frais d'administration (art. 84 OAMal, Erw. 5.3). » Sulla base di quanto precede, sorgono le seguenti domande: 1. La clausola tariffaria applicata per il 2006 da parte X agli assicurati era conforme al sistema di ripartizione delle spese? 2. Tale clausola tariffaria era conforme al principio del finanziamento autonomo dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie? In particolare : a. La clausola contestata si basava, in rapporto agli oneri e ai proventi, su una contabilità distinta dell'assicurazione malattie sociale e, in questo quadro, su tre contabilità separate, la prima concernente l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, la seconda concernente le forme particolari d'assicurazione ai sensi dell'articolo 62 LA Mal e la terza concernente l'assicurazione d'indennità giornaliera (art. 81 OAMal)? b. L'esigenza di una contabilità distinta è stata ugualmente rispettata relativamente ai costi di amministrazione (art. 84 OAMal)? Inoltre, nella decisione summenzionata il TFA sancisce: « La plupart des questions auxquelles le juge pourrait être amené à donner des réponses dans le cadre du contrôle qui lui incombe peuvent s'appuyer sur le témoignage (écrit ou oral) de l'organe de révision (art. 86 OAMal), dont l'indépendance est présumée de par la loi (Erv. 5.3). » In base a queste considerazioni, l'UFSP ritiene che il tribunale possa trasmettere le domande summenzionate all'organo di revisione e ottenere da esso la documentazione necessaria. In via di principio, tali domande trovano risposta nei rapporti degli organi di revisione e nei documenti delle casse malati. Il tribunale dovrebbe ricevere conferma in questo senso non solo dall'autorità di vigilanza, ma anche dall'organo di revisione legale." (Doc. XXII) Preso atto di questa risposta, il 19 giugno 2006 il TCA ha ancora chiesto all'UFSP: " 1. Alla risposta 6 indicate di aver tenuto conto delle osservazioni presentate dal Cantone Ticino nel quadro dell'approvazione dei premi e di aver risposto alle autorità cantonali competenti. Vi chiediamo di precisare in che modo avete tenuto conto delle osservazioni e di trasmetterci la risposta inviata alle autorità cantonali. 2. Alla risposta 8 indicate che gli assicuratori possono contestare la decisione dell'UFSP in caso di divergenze sull'aumento dei premi. Questa decisione viene notificata anche ai Cantoni? I Cantoni possono ricorrere contro la vostra decisione?" (Doc. XXIII) Il 24 luglio 2006 l'UFSP ha risposto: " Ad 1 La presa di

posizione del Cantone Ticino è da ritenersi molto dettagliata e contiene, oltre a considerazioni di carattere generale sull'evoluzione dei costi nel Cantone, anche indicazioni specifiche sulla situazione cantonale dei singoli assicuratori. Nel quadro dell'approvazione dei premi, il contributo che i Cantoni possono fornire all'UFSP nell'ambito della valutazione della determinazione dei premi dei singoli assicuratori è solo parziale. Infatti, determinanti per tale valutazione sono, oltre ai risultati d'esercizio raggiunti dall'azienda nel singolo Cantone, anche e soprattutto la sicurezza finanziaria dell'azienda nella sua globalità. Se ad esempio le riserve di un assicuratore sono al di sotto della soglia minima, occorrerà dare la massima priorità alla ricostituzione di tali riserve, aumentando i premi in tutti i Cantoni. L'UFSP dispone di dati precisi concernenti la società nella sua totalità per ogni singolo assicuratore e Cantone, condizione essenziale per valutare le possibilità dell'assicuratore nel quadro della determinazione dei premi. Pertanto, l'UFSP valuta le prese di posizione cantonali pressoché unicamente in riferimento agli sviluppi globali in seno al Cantone interessato, il che implica, tuttavia, la necessità d'intervenire presso i singoli assicuratori, anche ai sensi della presa di posizione cantonale. L'UFSP ha quindi tenuto conto di tale presa di posizione nella misura in cui a medio termine sarà possibile raggiungere mediante interventi opportuni nell'ambito della determinazione dei premi da parte dell'assicuratore - e nei limiti delle possibilità della società - un rapporto equilibrato tra premi e costi. Va qui ricordato che i premi non vengono determinati dalle autorità, bensì dalle singole compagnie assicurative (Gebhard Eugster, in *Diritto amministrativo federale*, pubblicato da H. Koller et al., Basilea 1998, capitolo 2: Assicurazione malattie, n. di rubrica 329). Gli assicuratori sono stati tenuti a confrontare, a medio termine, i loro risultati individuali cantonali. In tal modo la situazione globale della copertura assicurativa a lungo termine del Cantone Ticino è risultata relativamente equilibrata rispetto alla media svizzera già nell'ambito della determinazione dei premi degli ultimi anni. Ad 2 Premettiamo che l'UFSP procede raramente all'approvazione dei premi sotto forma di una decisione accompagnata da rimedi giuridici. Finora l'UFSP (rispettivamente, fino alla fine del 2003, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali) non ha consentito ai Cantoni di esprimersi in merito a tali decisioni. Riteniamo infatti che ai Cantoni non vada riconosciuto lo statuto di parte ai sensi dell'articolo 38 della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA). Prima dell'approvazione dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie da parte dell'UFSP, i Cantoni possono prendere posizione in merito alle tariffe dei premi previste per la loro popolazione (art. 61 cpv. 5 LAMal). Siamo dell'opinione che questa disposizione dia il diritto ai Cantoni di prendere posizione in merito, ma non di ricorrere legalmente contro la decisione di approvazione dei premi." (Doc. XXVI) Al citato scritto l'UFSP ha allegato la risposta data al Canton Ticino, che ha il seguente tenore: " La ringraziamo per averci fatto pervenire il Suo parere scritto in merito alle proposte relative ai premi per il 2006 nel Cantone Ticino. Abbiamo preso atto delle Sue osservazioni e ne abbiamo tenuto conto nelle nostre analisi e nelle trattative con gli assicuratori. Nella procedura di approvazione dei premi, in linea di massima è l'assicuratore ad essere responsabile della determinazione dei premi e di conseguenza anche della propria situazione finanziaria. Agli organi di revisione delle singole compagnie assicurative spetta il compito di verificare che la contabilità sia tenuta regolarmente, conformemente alle disposizioni legali vigenti e ai regolamenti amministrativi. L'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) attribuisce particolare importanza all'esame dei premi sulla base dei seguenti fattori: sicurezza finanziaria degli assicuratori, protezione degli interessi degli assicurati e osservanza delle basi legali per il finanziamento nonché per la determinazione

dei premi nell'ambito dell'assicurazione malattie sociale. Le lacune nell'allestimento del preventivo (sia per quanto concerne l'esattezza sia per quanto riguarda le modalità) constatate dall'UFSP sono segnalate agli assicuratori. Se si verificano irregolarità nella determinazione dei premi gli assicuratori sono invitati ad effettuare le dovute rettifiche. Se un assicuratore constata che dopo l'approvazione dei premi 2006 la sua situazione finanziaria è mutata, è tenuto a presentare all'UFSP un rapporto in merito alla situazione finanziaria attuale e alle differenze rispetto alle cifre preventivate e a sottoporgli nel contempo i provvedimenti che intende adottare. Nella nostra analisi è attribuita particolare importanza anche ai costi amministrativi nonché alla situazione relativa alle riserve delle singole casse. Se per il 2006 l'entità dell'abbassamento dei premi per i bambini, sancito obbligatoriamente dall'articolo 61 capoverso 3 LAMal, sarà mantenuta tale o leggermente aumentata, la riduzione per i giovani adulti, non obbligatoria secondo l'articolo succitato, sarà più attenuata di quanto si potesse ritenere alla luce della tendenza delineatasi nel corso degli anni precedenti. Per l'approvazione dei premi 2006, le basi per la determinazione dei premi sono costituite, in linea di massima, dai risultati del 2004, che in ultima analisi si rispecchiano nel livello delle riserve, dalle cifre ottenute dalle estrapolazioni del 2005 e dai preventivi per il 2006. Oltre all'evoluzione dei costi e alla situazione relativa alle riserve occorre tuttavia tener conto anche della situazione individuale dei singoli assicuratori-malattie. Di conseguenza la struttura dei premi è condizionata anche dalla struttura dei rischi, dall'attrattiva dei premi all'interno del mercato nonché dalle modifiche pronosticate della loro entità. Gli assicuratori-malattie sono obbligati a dichiarare lo stato delle riserve sulla base di un calcolo effettuato per ogni Cantone affinché l'autorità di vigilanza possa controllare l'andamento degli utili e delle perdite. In questo modo è possibile evitare il sovvenzionamento trasversale tra i Cantoni." (Doc. XXVIbis) Con scritto 25 agosto 2006 l'UFSP ha confermato che quanto indicato vale anche per CO 1 (allegato IX al doc. VIII). Da parte sua l'organo di revisione ha così risposto ad una serie di domande che il TCA gli ha posto (cfr. Doc. 6): " 1. Die CO 1 betreibt die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG und die CO 1 die Zusatzversicherung nach VVG. Unsere Prüfung als Revisionstelle im Sinne des Obligationenrechts (Art. 727 ff OR) der CO 1 und der CO 1 erfolgte mit dem Ziel, ein Urteil darüber abzugeben, ob die Buchführung und die Jahresrechnung (bei der CO 1 wurde zusätzlich die Geschäftsführung nach Art. 87 KVV geprüft) sowie der Antrag über die Verwendung des Bilanzgewinnes dem schweizerischen Gesetz und den Statuten entsprechen. Mit unseren Berichten vom 13. Februar 2006 an die jeweiligen Generalversammlungen haben wir die Jahresrechnungen für jede Gesellschaft für das am 31. Dezember 2005 abgeschlossene Geschäftsjahr zur Genehmigung empfohlen. 2. Die Buchführung der CO 1 erfolgt getrennt für die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG sowie für die Einzeltaggeldversicherung nach KVG, d.h die Komponenten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG sowie der Einzeltaggeldversicherung nach KVG sind eindeutig bezeichnet und separierbar. 3. Die CO 1 bietet besondere Versicherungsformen nach Art. 62 KVG an. Allgemein bietet die CO 1 die besonderen Versicherungsformen in der Form der HMO-Gesundheitszentren, der Hausarztmodelle, von _____ und von _____ (Callcenter) an. Im Kanton Tessin werden aber nur das _____ und die _____ angeboten. Die Buchführung erfolgt pro besondere Versicherungsform separat, d. h. die Komponenten der einzelnen besonderen Versicherungsformen sind eindeutig bezeichnet und separierbar. Im Grundsatz werden die Verwaltungskosten den einzelnen Versicherungen (vgl. Ziffer 1, 2, 3) direkt zugewiesen.

(...) 5. Die CO 1 und die CO 1 stellten uns bisher alle Aufzeichnungen, Unterlagen und sonstigen Informationen zur Verfügung, die wir für unsere Prüfung der Jahresrechnung verlangten. Als Teil der Prüfung holen wir bei den Verantwortlichen der CO 1 und der CO 1 eine schriftliche Bestätigung (Vollständigkeitserklärung) über die im Rahmen der Prüfung gegebenen Auskünfte ein. Unsere Prüfung der Jahresrechnung 2005 der CO 1 und die CO 1 erfolgte nach den Schweizer Prüfungsstandards, wonach eine Prüfung so zu planen und durchzuführen ist, dass wesentliche Fehlaussagen in der Jahresrechnung mit angemessener Sicherheit erkannt werden. Wir prüften die Posten und Angaben der Jahresrechnung mittels Analysen und Erhebungen auf der Basis von Stichproben. Ferner beurteilten wir die Anwendung der massgebenden Rechnungslegungsgrundsätze, die wesentlichen Bewertungsentscheide sowie Darstellung der Jahresrechnung als Ganzes. Bei der Prüfung der Geschäftsführung der CO 1 wird beurteilt, ob die Voraussetzungen für eine gesetzes- und statutenkonforme Geschäftsführung gegeben sind; dabei handelt es sich nicht um eine Zweckmässigkeitsprüfung. 6. Für die Beurteilung und die Genehmigung der Prämientarife ist das Bundesamt für Gesundheit zuständig. Im Rahmen unseres Prüfauftrages wird von uns diesbezüglich keine Beurteilung vorgenommen. Wir prüfen lediglich anhand von Stichproben, ob die Genehmigung vorliegt und ob Prämien basierend auf den genehmigten Tarifen in Rechnung gestellt werden. 7. Den Umfang und Inhalt unserer Berichterstattung an das Bundesamt für Gesundheit, EF 4 Fragebogen zur Prüfung der Jahresrechnung 2005, entnehmen Sie bitte der Beilage 2. Eine formelle Genehmigung unserer Berichterstattung durch das Bundesamt für Gesundheit ist nicht vorgesehen. Unsere Berichterstattung erfolgte fristgerecht. Wir haben keine Beanstandungen oder Fragen vom Bundesamt für Gesundheit erhalten. Die gemachten Angaben basieren auf den durchgeführten Prüfungstätigkeiten als Revisionsstelle der CO 1 und der CO 1 im Sinne des Obligationenrechts (Art. 727 ff. OR). Entsprechend stützen wir uns auf die Angaben der revidierten Gesellschaften und die Erhebungen auf der Basis von Stichproben. Es wurden keine zusätzlichen Untersuchungen im Zusammenhang mit den obenstehenden Fragen durchgeführt.“ (doc. 6/9) 7. Chiamato ora a pronunciarsi questo Tribunale, preso atto delle risposte fornite dall'organo di revisione della Cassa e dall'UFSP, richiamato il limitato poter d'esame di cui dispone (cfr. consid. 5), non può che confermare la correttezza del premio stabilito dall'assicuratore. Come visto, nella sentenza del 1. febbraio 2005 pubblicata in DTF 131 V 66 l'Alta Corte se, da una parte, ha stabilito che i diritti garantiti dall'art. 6 CEDU non autorizzano uno Stato a sottrarre la validità di una clausola tariffaria dell'assicurazione malattia obbligatoria al controllo giudiziario quando l'assicurato è toccato da una decisione presa in applicazione di questa clausola in una situazione concreta (consid. 4-4.3), d'altra parte, ha sottolineato che non è contrario all'art. 6 CEDU, tenuto conto del margine d'apprezzamento di cui dispongono gli Stati contraenti, limitare il potere d'esame del giudice chiamato a decidere circa la validità della clausola tariffaria particolare (DTF 131 V 66 consid. 5.1). In concreto il TCA, interpellando l'UFSP, l'IAS e l'organo di revisione della Cassa, ha esaminato se il premio litigioso è stato calcolato conformemente a quanto previsto dalla legge, in particolare se l'assicurazione è finanziata secondo il sistema della ripartizione delle spese (ossia se le spese correnti sono coperte dalle entrate correnti), se è stato calcolato in base al principio del finanziamento autonomo dell'assicurazione obbligatoria di base (art. 60 cpv. 2 e 3 LAMal), ossia su una contabilità separata per l'assicurazione obbligatoria di base, per le forme particolari d'assicurazione ai sensi dell'art. 62 LAMal e per l'assicurazione d'indennità giornaliera (art. 81 cpv. 1 OAMal) e se esiste una contabilità separata per quanto concerne le spese amministrative (art. 84 OAMal). Dalle risposte fornite dall'organo

di revisione emerge che l'assicuratore ha una contabilità separata per l'assicurazione obbligatoria di base e l'assicurazione complementare, per l'assicurazione obbligatoria di base e l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera, per ogni tipo di prodotto incluse le forme particolari nei sensi dell'art. 62 LAMal, che i costi di amministrazione vengono suddivisi come richiesto dall'art. 84 OAMal, che la contabilità e il conto annuale sono conformi alle disposizioni legali svizzere e statutarie e che la verifica è stata effettuata conformemente alle norme dei principi di revisione svizzeri, le quali richiedono che la stessa venga pianificata ed effettuata in maniera tale che anomalie significative nel conto annuale possano essere identificate con un grado di sicurezza accettabile. Anche l'UFSP ha certificato che i premi e il preventivo per il 2006 inoltrati dall'assicuratore, tra le cui prestazioni figura l'assicurazione malattie sociale, rispettano le disposizioni legali concernenti il finanziamento (secondo il sistema della ripartizione delle spese; cfr. anche domande 8, documenti EF 4 e EF 123 scaricabili da www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/01156/01157/index.html?lang=fr), e la determinazione dei premi e sono di conseguenza stati approvati dall'autorità federale (sui compiti dell'UFSP, cfr. R. Nyffeler, "Surveillance de l'assurance maladie sociale" in *Securité sociale* 3/2006 pag. 153 seg.). Inoltre, dalla documentazione allegata, emerge che l'autorità federale procede ad un minuzioso controllo dei conti della Cassa malati sulla base di precise risposte fornite dall'organo di revisione, la cui indipendenza è presunta dalla legge. In particolare, come emerge dal formulario EF4 (scaricabile da www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/01156/01157/index.html?lang=fr), l'organo di revisione deve compilare il questionario per la verifica dei conti annuali, dove sono poste decine di domande sulla tenuta della contabilità dell'assicuratore nell'ambito dell'assicurazione sociale di base che permettono all'UFSP di approvare, o rifiutare, l'aumento dei premi. In queste condizioni, alla luce delle risposte fornite dall'UFSP e dall'organo di revisione, che attestano la correttezza del calcolo del premio 2006 di CO 1, il quale è stato effettuato secondo i requisiti posti dalla LAMal e dall'OAMal, nonché secondo i principi contabili riconosciuti in Svizzera, considerato che il ricorrente non fornisce argomentazioni atte a sovvertire queste conclusioni, questo Tribunale deve concludere che l'ammontare del premio chiesto all'assicurato per il 2006 merita conferma. Neppure lo studio prodotto dall'IAS e relativo all'analisi dettagliata dei dati contabili di 16 assicuratori malattie operanti nel Canton Ticino è d'aiuto al ricorrente. Infatti, come visto, le osservazioni dell'amministrazione cantonale sono state prese in considerazione dall'UFSP (cfr. risposta alla domanda 6). L'autorità federale rileva inoltre che determinante per la valutazione dei premi non sono solo i risultati d'esercizio raggiunti dall'azienda nel singolo Cantone, ma anche la sicurezza finanziaria dell'azienda nella sua globalità. Per cui se le riserve di un assicuratore sono al di sotto della soglia minima, va data la priorità alla ricostituzione delle riserve aumentando i premi in tutti i Cantoni. L'autorità federale rammenta di disporre di dati precisi concernenti le società nella sua totalità per ogni singolo assicuratore e Cantone, condizione essenziale per valutare le possibilità dell'assicuratore nel quadro della determinazione dei premi e ricorda che gli assicuratori sono stati tenuti a confrontare, a medio termine, i loro risultati individuali cantonali. Nel caso di specie l'UFSP ha precisato che i documenti trasmessi dall'organo di revisione della CO 1 non sono stati da lui contestati (risposta 7 e allegato IX al doc. VIII). In questo contesto va ancora ricordato come a seguito di un intervento in Consiglio Nazionale del 3 ottobre 2005 relativo all'aumento significativo dei premi di cassa malati per il 2006 nel nostro Cantone il Consiglio Federale ha, per bocca del responsabile del Dipartimento, indicato come: " Il est

vrai que les tarifs des primes pour l'assurance-maladie obligatoire soumis pour approbation à l'Office fédéral de la santé publique par les caisses-maladie sont en général plus élevés que les prévisions de coûts. En effet, les assureurs, qui par définition doivent être prudents, tiennent compte, en plus de l'évolution prévisible des coûts, de l'état de leurs réserves cantonales, de leur porte-feuille d'assurés et des frais administratifs nécessaires. Ils doivent aussi veiller au maintien des provisions suffisantes. Il appartient à l'Office fédéral de la santé publique de contrôler les propositions des assureurs. A cet effet, l'office se base sur leurs prévisions, mais aussi sur les remarques des cantons et les tendances prévisionnelles. Il veille en particulier à ce que des subventionnements croisés de canton à canton soient exclus. Il empêche des accroissements inutiles de réserves, veille à ce que les montants des frais administratifs ne dépassent pas les normes usuelles et protège les assurés contre d'éventuels abus dans la fixation des primes. Dans le cadre de la procédure d'approbation des primes 2006, l'Office fédéral de la santé publique a examiné l'évolution financière des assureurs sur la base des résultats définitifs de l'année 2004, des extrapolations 2005 et des budgets 2006. Compte tenu de l'ensemble des critères analysés, une augmentation des primes de 5,4 pour cent dans le canton du Tessin, basée sur une augmentation moyenne prévue des coûts de 5,2 pour cent, se justifie. Il semblerait de plus que les réserves calculatoires pour le canton du Tessin atteindront dans la plupart des caisses-maladie les taux nécessaires grâce aux résultats de 2004, et probablement de 2005." (cfr. BU CN 2005 pag. 1325) A seguito di postulato del 6 ottobre 2005 (05.3625. "Per una migliore informazione degli assicurati"), il Consiglio federale, nel settembre 2006, ha elaborato un dettagliato Rapporto di 46 pagine intitolato "Determinazione e approvazione dei premi nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie". Le conclusioni riguardanti l'approvazione dei premi da parte dell'UFSP sono state così riassunte: " Secondo il Consiglio federale, i dati ai quali si riferisce l'approvazione dei premi da parte dell'autorità di vigilanza e l'analisi di questi dati sono trasparenti e adeguati. Sia la procedura attuale sia le descritte verifiche e i descritti criteri decisionali applicati dall'autorità di vigilanza consentono sostanzialmente di raggiungere gli obiettivi dell'approvazione dei premi, ossia la determinazione dei premi corrispondente ai costi generati, la solvibilità degli assicuratori-malattie e l'applicazione uniforme delle disposizioni legali applicabili alla determinazione dei premi e alle riduzioni di premio, senza limitare inutilmente il margine discrezionale di cui dispongono assicuratori per la determinazione dei premi, necessario alla concorrenza. Da quando è stata introdotta la LAMal, nel 1996, la prassi seguita dall'autorità di vigilanza in materia di controllo e approvazione dei premi è stata più volte oggetto di verifiche da esperti esterni. Le raccomandazioni formulate nelle varie ricerche sono state attuate nell'ambito del continuo sviluppo della procedura di verifica, sicché la procedura oggi applicata all'approvazione dei premi è efficace e pragmatica. Per tutte queste ragioni, il Consiglio federale non ravvisa alcuna necessità di intervento relativamente alle disposizioni legali su cui essa poggia." (pag. 5) A proposito dell'informazione degli assicurati in merito al finanziamento e alla determinazione dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie il Consiglio federale, nel suo Rapporto, ha invece rilevato: " La trasparenza del finanziamento, della determinazione dei premi nonché dell'evoluzione dei premi in una prospettiva globale e per ciascun assicuratore è garantita in misura sufficiente dalle pubblicazioni dell'UFSP e da quelle degli assicuratori. La concorrenza tra assicuratori è garantita dal libero passaggio integrale concesso agli assicurati, dalla notifica del nuovo premio da parte degli assicuratori e dalla confrontabilità dei premi. La necessaria trasparenza è garantita agli assicurati dalla notifica del nuovo

premio da parte degli assicuratori e dalla confrontabilità del premio per tutte le forme assicurative offerte da tutti gli assicuratori. Per queste ragioni, il Consiglio federale non ravvisa alcuna necessità di intervento per quanto riguarda l'informazione degli assicurati e non propone alcuna misura di carattere organizzativo o legislativo." (pag. 6) In conclusione, come più volte rammentato, il potere di verifica del Tribunale è assai limitato (cfr. DTF 131 V 6). Inoltre, come rileva l'UFSP, "nella procedura di approvazione dei premi, in linea di massima è l'assicuratore ad essere responsabile della determinazione dei premi e di conseguenza anche della propria situazione finanziaria. Agli organi di revisione delle singole compagnie assicurative spetta il compito di verificare che la contabilità sia tenuta regolarmente, conformemente alle disposizioni legali vigenti e ai regolamenti amministrativi." (Doc. C). Nell'evenienza concreta, sulla base delle verifiche esperite e dalle informazioni fornite dall'organo di revisione e dall'UFSP, questa Corte ha preso atto di come la clausola tariffaria in questione applicata agli assicurati della CO 1 per il 2006 tenga conto dei principi della ripartizione delle spese e dell'autofinanziamento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Di conseguenza la decisione su opposizione impugnata deve essere confermata. 8. L'assicurato ha chiesto l'allestimento di una perizia contabile, o, in via subordinata, di sentire come testi i funzionari dell'amministrazione cantonale che si occupano dell'analisi della contabilità delle casse malati. L'insorgente chiede inoltre se non sia il caso di "ordinare la "chiamata in causa di terzi" ai sensi dell'art. 19 a" della LPTCA, in particolare dell'UFSP affinché, alla luce della perizia, modifichi o confermi la decisione di approvazione dei premi 2006. Questo Tribunale, che del resto ha dichiarato chiusa l'istruttoria con scritto 27 febbraio 2007 (doc. XIX), rinuncia all'assunzione delle prove richieste ed alla chiamata in causa dell'UFSP. Infatti le risposte scritte dell'UFSP, che fa riferimento a numerosa documentazione (in particolare i formulari EF 123 ed EF 4), e l'attestato dell'organo di revisione della Cassa, sono sufficienti per decidere la causa in esame. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). In concreto, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita dall'esame degli atti dell'incarto per cui rinuncia all'assunzione di ulteriori prove.

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