

## **TI\_GERICHTE 36.2010.99 vom 2. Februar 2011**

TI Tribunale d'appello, 2011-02-02, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2010.99](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2010.99)

FR: TI\_GERICHTE 36.2010.99 du 2 février 2011

IT: TI\_GERICHTE 36.2010.99 del 2 febbraio 2011

### **Regeste**

Fatturazione giudicata dall'assicuratore troppo elevata. Il tribunale cantonale delle assicurazioni non è competente perché la lite concerne in realtà il fornitore di prestazioni e l'assicuratore. Quest'ultimo deve rappresentare l'assicurato innanzi il Tribunale arbitrale

### **Erwägungen**

#### **E. 5.1**

Im vorliegenden Fall gilt das System des Tiers garant (Art. 42 Abs. 1 und 89 Abs. 3 KVG); dies bedeutet nach dem klaren Wortlaut von Art. 42 Abs. 1 KVG, dass die Versicherten den Leistungserbringern die Vergütung der Leistung schulden, weil Versicherer und Leistungserbringer nicht vereinbart haben, dass der Versicherer diese im System des Tiers payant direkt schuldet. Die Versicherten haben in diesem Fall gegenüber dem Versicherer einen Anspruch auf Rückerstattung (BGE 131 V 191 E. 5 S. 195). Die eine Voraussetzung für den Vertretungsanspruch der Beschwerdeführerin gegenüber der Wincare ist damit erfüllt. Zu prüfen bleibt, ob es sich bei der in Frage stehenden Streitigkeit um eine solche zwischen Versicherer und Leistungserbringer handelt, die nach Art. 89 Abs. 1 KVG die Zuständigkeit des kantonalen Schiedsgerichts begründet.

#### **E. 5.2**

Die Vorinstanz verneint das Vorliegen einer Streitigkeit zwischen Versicherer und Leistungserbringer hauptsächlich mit der Begründung, die Wincare sei ihren Zahlungspflichten nachgekommen, indem sie die der Beschwerdeführerin nach Pflegebedürftigkeitsgrad abgestuften Tagespauschalen gemäss vertraglicher Vereinbarung vergütet habe. Mit dieser Sichtweise verkennt das kantonale Gericht, dass es nicht seine, sondern eben gerade die Aufgabe des Schiedsgerichts nach Art. 89 KVG ist, darüber zu entscheiden, ob das APH X. \_\_\_\_\_ korrekt Rechnung gestellt hat und der Versicherer die gesetzlichen und vertraglichen Leistungen im Zusammenhang mit dem Heimaufenthalt der Beschwerdeführerin erbracht hat, was in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde insoweit in Frage gestellt wird, als die Versicherte geltend macht, dem Heim zu hohe Pflegebeiträge bezahlt zu haben; dafür stehe ihr ein Rückforderungsanspruch zu, wobei die Wincare sie im entsprechenden Schiedsgerichtsverfahren gegen das Heim zu vertreten habe. Zwar erscheint es auf den ersten Blick fraglich, ob unter den dargelegten Umständen von einer Streitigkeit zwischen Versicherer und Leistungserbringer gesprochen werden kann, handelt es sich vordergründig doch um einen (streitigen) Anspruch der Versicherten gegen das APH X. \_\_\_\_\_. Eine solche Betrachtungsweise würde indessen dem System des Tiers garant nicht gerecht, bei welchem das Schiedsgerichtsverfahren mit Vertretung der versicherten Person durch den Krankenversicherer nach Art. 89 Abs. 1 und 3 KVG gilt. Dass zunächst die versicherte Person dem Leistungserbringer die Vergütung schuldet (E. 5.1 hievor), ist eben gerade Voraussetzung für den Vertretungsanspruch und kann nicht als Argument für

die Auffassung verwendet werden, die Versicherte habe keinen Anspruch auf Vertretung durch die Wincare. Im vorliegenden Fall ist eine Rückerstattung von angeblich überhöhten Pflögetaxen durch das APH X.\_\_\_\_\_ streitig, welche dieses nach Auffassung der Beschwerdeführerin in Verletzung der tarifvertraglichen Abmachungen in Rechnung gestellt hat. In diesem Streit stehen sich Krankenversicherer und Leistungserbringer gegenüber, stellt sich doch die Frage, ob das APH X.\_\_\_\_\_ entsprechend der Behauptung der Beschwerdeführerin den Tarifschutz verletzt hat, wonach die Leistungserbringer sich an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten müssen und für Leistungen nach diesem Gesetz keine weitergehenden Vergütungen berechnen dürfen (Art. 44 Abs. 1 KVG). Dies wiederum betrifft die Wincare als Tiersgarant, auch wenn die Versicherte die Vergütung geschuldet hat.

### **E. 5.3**

Somit ergibt sich, dass die kumulativ erforderlichen Voraussetzungen für eine Vertretung der Beschwerdeführerin durch die Wincare im Verfahren vor dem kantonalen Schiedsgericht gemäss Art. 89 Abs. 3 KVG erfüllt sind.” (sottolineatura del redattore) In una recente sentenza 9C\_687/2010 del 30 dicembre 2010, il Tribunale federale, in un caso relativo all’applicazione di una posizione del TarMed, ha stabilito che competente per decidere nel merito della vertenza è il Tribunale arbitrale e non il Tribunale delle assicurazioni. In quel caso l’Alta Corte è stata chiamata a statuire su un ricorso dell’assicuratore che contestava una sentenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni del Canton Zurigo, il quale, entrando nel merito dell’impugnativa, aveva esaminato se la Cassa malati doveva assumersi tutte le posizioni figuranti nella nota d’onorario di un medico. Dai fatti emerge che l’assicurata si era sottoposta ad una visita presso uno specialista FMH in ortopedia. L’assicuratore, dopo aver esaminato nel dettaglio la nota d’onorario, aveva negato all’interessata il rimborso dell’importo complessivo di fr. 1'293.45, riconoscendole unicamente fr. 523.85. La Cassa aveva evidenziato la non conformità della nota d’onorario con il tariffario vigente, rilevando di aver già informato in passato lo specialista circa il fatto che il suo studio medico non emetteva onorari corretti. Dopo essersi rivolta invano all’Ombudsman delle assicurazioni sociali e sentendosi abbandonata, l’assicurata ha chiesto alla Cassa l’emanazione di una decisione formale. L’assicuratore ha emesso la decisione richiesta, spiegando che potevano essere riconosciute solo le posizioni TarMed per un totale di fr. 523.85 in luogo dei fr. 1'293.45 fatturati. Il ricorso contro la successiva decisione su opposizione è stato parzialmente accolto dal Tribunale delle assicurazioni del Canton Zurigo il quale ha condannato l’assicuratore a versare un importo supplementare di fr. 266.50. Il TF, adito dall’assicuratore, ha annullato la pronunzia cantonale e la decisione impugnata ed ha imposto alla Cassa di rappresentare l’assicurata innanzi al Tribunale arbitrale nella controversia contro il medico specialista. Questa soluzione s’impone anche nella presente procedura. In concreto si tratta infatti di una contestazione in merito all’applicazione di una tariffa tra assicuratore e fornitore di prestazioni (cfr. Eugster, Bundesgesetz über die Krankenversicherung, 2010, S. 544, n. 10-13), dove trova applicazione il sistema del terzo garante, poiché l’assicurata è debitrice della remunerazione nei confronti del fornitore di prestazioni. In questo caso l’assicurata ha diritto di essere rimborsata dal suo assicuratore (art. 42 cpv. 1 LPGA). Ciò vale anche se nel caso di specie l’insorgente fa valere la sua buona fede sostenendo di aver ricevuto una garanzia dal proprio assicuratore circa la copertura dei costi dell’intervento come da preventivo del Prof. Dr. med. \_\_\_\_\_ del 22 giugno 2009, dove figurava anche la posizione 23.0440 (doc. 1). Infatti, oggetto del contendere non è tanto (o solo) quello di

sapere se, in funzione della garanzia fornita dall'assicuratore, i costi dell'intervento del 4 agosto 2009 vanno assunti dalla Cassa. La controversia porta piuttosto sulla questione di sapere se per il tipo di intervento per il quale è stata data la garanzia, la fatturazione è avvenuta correttamente, e meglio se anche la posizione TarMed 23.0440, deve essere rimborsata dall'assicuratore. In altre parole si tratta di una vertenza che porta sulla questione di sapere se un intervento, che viene coperto dalla LAMal e i cui costi, di principio, sono a carico dell'assicuratore convenuto, è stato fatturato correttamente. Del resto, se è vero che copia dello scritto dell'8 luglio 2009 della CO 1 trasmesso al Prof. Dr. med. \_\_\_\_\_, nel quale viene precisato che l'intervento di ricostruzione seno "III tappa" "è una prestazione d'obbligo, per cui garantiremo la copertura dei costi della degenza per un massimo di 3 giorni" è stata inviata anche alla ricorrente (doc. 6), d'altra parte va però evidenziato che è stato lo specialista a sottoporre personalmente il preventivo all'assicuratore (doc. 1) e a rispondere alle domande postegli il 30 giugno 2009 dalla medesima amministrazione (doc. 4). Per cui, in realtà, le parti del procedimento sono il fornitore di prestazioni e l'assicuratore. Inoltre non va dimenticato che il diritto alla protezione della buona fede di cui all'art. 9 Cost., laddove i presupposti sono adempiuti, impone all'autorità di scostarsi dal principio della legalità. Ciò significa che, di massima, dapprima andrebbe esaminato se la fatturazione del Prof. Dr.med. \_\_\_\_\_ è corretta e, solo nel caso in cui non lo fosse, andrebbe accertato se le condizioni della buona fede sono adempiute. Tuttavia, l'esame della nota d'onorario e della correttezza della fatturazione della posizione 23.0440 del TarMed non spetta a questo Tribunale bensì al Tribunale arbitrale, trattandosi di una vertenza tra assicuratore e fornitore di prestazioni. Per cui, ritenuto che dagli atti (corrispondenza, decisione, decisione su opposizione) risulta che in realtà nel caso concreto le parti sono il fornitore di prestazioni (Prof. Dr. med. \_\_\_\_\_) e l'assicuratore (CO 1) e che la controversia concerne principalmente l'applicazione di una posizione del tariffario Tarmed (23.0440), questo Tribunale non è competente a decidere nel merito della questione. L'assicuratore, invece di emanare una decisione formale tramite la quale ha rifiutato il rimborso di parte della nota d'onorario del Prof. dr. med. \_\_\_\_\_ per le prestazioni fornite il 4 agosto 2009, poiché non ritenuta conforme al tariffario Tarmed, avrebbe dovuto rappresentare l'insorgente innanzi al Tribunale arbitrale contro il fornitore di prestazioni. La rappresentanza dell'assicurato da parte dell'assicuratore è una particolarità della LAMal dovuta al fatto che nel sistema del terzo garante la persona assicurata deve beneficiare della protezione tariffale assoluta. Nel caso in cui il medico ha fatturato in maniera contraria al tariffario, ha violato delle norme del tariffario o ha effettuato una prestazione non economica, le conseguenze non devono essere sopportate dall'assicurato, bensì dal fornitore di prestazioni (sentenza 9C\_687/2010 del 30 dicembre 2010, consid. 4). Nel sistema del terzo garante l'assicuratore deve rappresentare l'assicurato innanzi al Tribunale arbitrale contro il fornitore di prestazioni quando l'oggetto del contendere è una fatturazione troppo elevata. E' in questo modo che l'assicuratore deve mettere in atto la protezione tariffale (sentenza 9C\_687/2010 del 30 dicembre 2010, sentenza K 129/06 del 29 giugno 2007, consid. 4.3 e 5). Per l'art. 27 cpv. 1 LPGA gli assicuratori e gli organi esecutivi delle singole assicurazioni sociali, nei limiti delle loro competenze, sono tenuti ad informare le persone interessate sui loro diritti e obblighi. In concreto l'assicurata non era cosciente del diritto garantito dalla LAMal di essere rappresentata innanzi ad un Tribunale arbitrale. Inoltre spettava all'assicuratore informare l'interessata ed assumerne la rappresentanza innanzi al Tribunale arbitrale (sentenza 9C\_687/2010 del 30 dicembre 2010, consid. 5). In queste condizioni, rammentato che il

TCA applica il diritto d'ufficio, rilevato che l'amministrazione ha emanato a torto la decisione impugnata, il ricorso va accolto e la decisione su opposizione del 28 giugno 2010 va annullata. CO 1 dovrà rappresentare la ricorrente innanzi al Tribunale arbitrale, nella controversia contro il Prof. dr. med. \_\_\_\_\_ per la fattura emanata il 27 agosto 2009 per le prestazioni effettuate il 4 agosto 2009 (doc. 8). In queste condizioni l'assunzione di ulteriori prove così come richieste dall'assicurata, si rivelano superflue. All'insorgente, vincente in causa, vanno assegnate le ripetibili.

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