

TI_GERICHTE 36.2011.52 vom 8. April 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-04-08, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2011.52

FR: TI_GERICHTE 36.2011.52 du 8 avril 2013

IT: TI_GERICHTE 36.2011.52 del 8 aprile 2013

Regeste

Richiesta di assunzione dei costi di un intervento in una clinica non figurante sulla lista del Cantone di domicilio. Ritenuto che dalla perizia giudiziaria emerge che la medesima operazione poteva essere effettuata presso un ospedale figurante sulla lista, il ricorso è stato respinto

Erwägungen

E. 1

In caso di cura ambulatoriale l'assicurato ha la libera scelta tra i fornitori di prestazioni autorizzati e idonei alla cura della sua malattia. L'assicuratore assume i costi al massimo secondo la tariffa applicata nel luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato oppure nei relativi dintorni. 1bis In caso di cura ospedaliera l'assicurato ha la libera scelta tra gli ospedali che figurano nell'elenco del suo Cantone di domicilio o in quello del Cantone di ubicazione dell'ospedale (ospedale figurante nell'elenco). In caso di cura ospedaliera in un ospedale figurante nell'elenco, l'assicuratore e il Cantone di domicilio remunerano la loro quotaparte rispettiva giusta l'articolo 49 a al massimo secondo la tariffa applicata per la cura in questione in un ospedale figurante nell'elenco del Cantone di domicilio. 1ter Il capoverso 1bis si applica per analogia alle case per partorienti.

E. 2

Se in caso di cura ambulatoriale, per motivi d'ordine medico, l'assicurato ricorre a un altro fornitore di prestazioni, la remunerazione è calcolata secondo la tariffa applicabile a questo fornitore di prestazioni.

E. 2.1

Secondo le Disposizioni transitorie della LAMal relative alla modifica del 21 dicembre 2007 (finanziamento ospedaliero), entrata in vigore il 1° gennaio 2009 (RU 2008 2049, 2057), l'introduzione degli importi forfettari che si rifanno alle prestazioni secondo il nuovo art. 49 cpv. 1 (convenzioni tariffali con gli ospedali) e l'applicazione delle regole di finanziamento secondo il nuovo art. 49a (remunerazione delle prestazioni ospedaliere), inclusi i costi d'investimento, devono essere concluse al più tardi il 31 dicembre 2011 (cpv. 1). Secondo il cpv. 4 (prima frase) di dette disposizioni transitorie, inoltre, fino all'introduzione degli importi forfettari secondo il cpv. 1, i Cantoni e gli assicuratori partecipano ai costi delle cure ospedaliere conformemente alle regole di finanziamento vigenti prima della presente modifica. Per il loro cpv. 6, infine, la normativa di cui al (nuovo) art. 41 cpv. 1bis (cura ospedaliera in un ospedale figurante nell'elenco) è parimenti attuata al momento dell'introduzione degli importi forfettari secondo il cpv. 1. Ora, la Corte cantonale ha accertato - in maniera incontestata - che l'introduzione degli importi forfettari è entrata in vigore il 1° gennaio 2012. È quindi a ragione che i primi giudici hanno applicato

alla fattispecie la regolamentazione in materia in vigore fino al 31 dicembre 2008, pur essendosi i fatti realizzati nel 2009." Questo concetto era già stato espresso in maniera simile con la sentenza 9C_972/2011 del 7 maggio 2012 dove il TF ha affermato, a proposito di un ricovero avvenuto nel 2009, che " Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ist die Kostenübernahme bei stationärer Behandlung in Art. 41 KVG geregelt. Am 1. Januar 2009 trat die durch Ziff. I der Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung) eingefügte Neufassung von Art. 41 Abs. 1bis KVG (AS 2008 2049; BBl 2004 5551) in Kraft. Wie die Vorinstanz richtig erwogen hat, fielen die hier strittigen Behandlungen in der Klinik Y. _____ in die gesetzlich vorgesehene Übergangszeit bis 31. Dezember 2010 zur Einführung der neuen Spitalfinanzierung und bleibt darum das bisherige Recht anwendbar " ed ha applicato le norme dell'art. 41 LAMal nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2008. Nel caso giudicato dal TF si trattava di un assicurato degente presso una clinica _____ che figurava nella " _____", ossia di un nosocomio che poteva operare solo in ambito privato o semiprivato. L'assicuratore ha pertanto rimborsato i costi dell'ospedalizzazione secondo la tariffa applicabile per un ricovero in camera comune ("J. _____ wohnte in X. _____ und unterzog sich am 19. Februar 2009 in der Klinik Y. _____ einer Darmoperation. Es traten Komplikationen auf, weshalb am 12. März 2009 am gleichen Ort eine operative Revision vorgenommen wurde. Vom 18. bis 22. Juni 2009 folgte ein abschliessender Aufenthalt. Die Klinik Y. _____ figurierte auf der Zürcher Spitalliste 2001 als Institution mit Zulassung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten nur in der Halbprivat- und Privatabteilung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Spitalliste B). Die SWICA Krankenversicherung AG (SWICA), bei der J. _____ obligatorisch krankenpflegeversichert war, erklärte sich bereit, die Kosten für Behandlung und Aufenthalt entsprechend der Referenztaxe Allgemeine Abteilung des Spitals X. _____ zu übernehmen. Sie bestätigte die entsprechende Verfügung vom 12. Juli 2010 mit Einspracheentscheid vom 6. August 2010 ."). Non essendoci in quel caso motivi medici per ritenere che l'interessato dovesse essere ricoverato in un ospedale non figurante nella lista dei nosocomi con camera comune (" _____"), il TF, in applicazione dell'art. 41 cpv. 1 let. b LAMal nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2008, ha confermato la decisione dell'assicuratore (cfr. consid. 3.1). Ne discende che per il caso in oggetto, portante su dei fatti realizzatisi nel 2010, fa stato l'art. 41 vLAMal nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2008 (cfr. sentenza 9C_331/2012 del 15 novembre 2012 pubblicata in DTF 138 V 510, consid. 2.1; nonché sentenza 9C_972/2011 del 7 maggio 2012, consid. 3.1). 2.4. Pertanto, secondo l'art. 41 vLAMal, " 1 L'assicurato ha la libera scelta tra i fornitori di prestazioni autorizzati e idonei alla cura della sua malattia. In caso di cura ambulatoriale, l'assicuratore deve assumere al massimo i costi secondo la tariffa applicata nel luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato oppure nei dintorni. In caso di cura ospedaliera o semiospedaliera, l'assicuratore deve assumere al massimo i costi secondo la tariffa applicata nel Cantone di domicilio dell'assicurato. 2 Se, per motivi d'ordine medico, l'assicurato ricorre a un altro fornitore di prestazioni, la remunerazione è calcolata secondo la tariffa applicabile a questo fornitore di prestazioni. Sono considerati motivi d'ordine medico i casi d'urgenza e quelli in cui le necessarie prestazioni non possono essere dispensate: a. nel luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato oppure nei relativi dintorni, se si tratta di cura ambulatoriale; b. nel Cantone di domicilio dell'assicurato o in un ospedale fuori da questo Cantone che figura nell'elenco allestito dal Cantone di domicilio dell'assicurato, giusta l'articolo 39 capoverso 1 lettera e, se si tratta di cura ospedaliera o semiospedaliera. 3 Se, per motivi d'ordine medico,

l'assicurato ricorre ai servizi di un ospedale pubblico, o sussidiato dall'ente pubblico, situato fuori dal suo cantone di domicilio, il Cantone di domicilio assume la differenza tra i costi fatturati e quelli corrispondenti alle tariffe applicabili agli abitanti del Cantone ove si trova il suddetto ospedale. In questo caso, il diritto di regresso giusta l'articolo 72 LPGA si applica per analogia al Cantone di domicilio. Il Consiglio federale disciplina i particolari." . Questa norma garantisce all'assicurato la libertà di scelta tra gli stabilimenti ospedalieri svizzeri, ma non gli permette di entrare o di rimanere, in caso di cura ospedaliera, in uno stabilimento concepito per trattare dei malati necessitanti di cure intense quando potrebbe essere curato convenientemente in uno stabilimento attrezzato più semplicemente e più economicamente. La dottrina, in particolare Gebhard Eugster, Kranken-versicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), 2a ed., Helbing & Lichtenhahn, 2007, così si è espressa in merito a questa norma (N. 942 segg., pag. 717 segg.): " X. Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme (...) 4. Stationäre und teilstationäre Behandlung Die Begriffe "stationäre oder teilstationäre Behandlung" im Sinne von Art. 25 Abs. 2 lit. a und Art. 41 Abs. 1 Satz 3 KVG sind dem Spital zugeordnet. Für die Art und den Umfang der Kostenerstattung ist grundlegend zu unterscheiden zwischen der Inanspruchnahme von innerkantonalen und derjenigen von ausserkantonalen Spitälern. Ausserkantonal wiederum ist die grundlegende Unterscheidung zwischen stationärer und teilstationärer Behandlung aus persönlichen (Art. 41 Abs. 1 Satz 3 KUVG) und medizinischen Gründen (Art. 41 Abs. 2 und 3 KVG) zu treffen. Im Wahlrecht der Versicherten sind nur Spitäler auf der Spitalliste des Wohnkantons des Versicherten oder derjenigen des Standortkantons des Spitals (Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG). Die Wahlfreiheit nach Art. 41 Abs. 1 Satz 1 KVG erstreckt sich nicht auch auf das medizinische Personal eines Spitals; das Recht auf die freie Wahl des Arztes oder sonstiger Therapeuten fällt dahin, wenn der Eintritt der erkrankten Person die Behandlung durch deren Personal bedingt (so schon Art. 17 Abs. 1 KUVG). Bei Belegarzt-spitälern ist die freie Arztwahl auch im Spitalfall möglich. Zum Einfluss der Spitalliste gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. c KVG auf den Leistungsanspruch der Versicherten siehe Rz. 772 f. a) Innerkantonale stationäre und teilstationäre Behandlung Bei innerkantonaler stationärer und teilstationärer Behandlung muss der Versicherer die Kosten nach dem Tarif übernehmen, der im Wohnkanton der versicherten Person gilt (Art. 41 Abs. 1 Satz 3 KVG; Wohnkantonstarif). Gemeint sind im stationären Bereich die Pauschaltarife gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG, welche den Versicherten (von der gesetzlichen Kostenbeteiligung gemäss Art. 64 KVG abgesehen) volle Kostendeckung garantieren (Art. 49 Abs. 4 KVG; Art. 44 Abs. 1 KVG; Rz. 854). Befindet sich das Spital nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons, sondern auf derjenigen eines anderen Kantons, so ist eine aus persönlichen Gründen erfolgte Hospitalisation kostenrechtlich wie eine ausserkantonale zu behandeln. Keine ausdrückliche Lösung bietet das KVG für den Fall, dass der Versicherte ein solches Spital in einem Notfall beanspruchen muss. (...) A norma dell'art. 49 cpv. 1 vLAMal, per la remunerazione della cura ospedaliera, compresa la degenza ospedaliera (art. 39 cpv. 1), le parti alla convenzione stabiliscono importi forfetari. Questi coprono, per gli abitanti del Cantone, al massimo il 50 per cento dei costi fatturabili per paziente o gruppo d'assicurati nel reparto comune d'ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico. I costi fatturabili sono calcolati alla stipulazione della convenzione. Non sono computate la quota delle spese di gestione derivanti dalla sovracapacità, le spese d'investimento, di formazione e di ricerca. Per l'art. 49 cpv. 2 vLAMal le parti contraenti possono convenire che le prestazioni diagnostiche e terapeutiche speciali non siano computate nell'importo forfetario, bensì fatturate separatamente. Per queste prestazioni, esse possono al massimo computare,

per gli abitanti del Cantone, il 50 per cento dei costi fatturabili, se si tratta di ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico. L'art. 49 cpv. 3 vLAMal prevede che in caso di degenza ospedaliera, la remunerazione è effettuata conformemente alla tariffa dell'ospedale ai sensi dei capoversi 1 e 2 finché il paziente, secondo l'indicazione medica, necessita di cure e assistenza o di riabilitazione medica in ospedale. Se questa condizione non è più soddisfatta, per la degenza ospedaliera è applicabile la tariffa secondo l'articolo 50. Con le remunerazioni ai sensi dei capoversi 1-3 sono tacitate tutte le pretese dell'ospedale riguardo il reparto comune (art. 49 cpv. 4 vLAMal). L'assicurato può scegliere il luogo della cura ospedaliera, beneficiando così delle prestazioni corrispondenti, solo fra gli stabilimenti ospedalieri e fra i servizi degli stabilimenti, destinati alle categorie di malati, di cui fa parte dal punto di vista medico (art. 56 LAMal).

2.5. Va ancora evidenziato che i presupposti dell'assunzione dei costi delle prestazioni definite dagli art. 25 segg. sono specificati all'art. 32 LAMal. Per l'art. 32 cpv. 1 LAMal, le prestazioni di cui agli art. 25-31 LAMal devono essere efficaci, appropriate ed economiche. L'efficacia deve essere comprovata secondo metodi scientifici. L'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni sono riesaminate periodicamente (art. 32 cpv. 2 LAMal). L'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità di prestazioni eseguite da medici svizzeri sono presunte (cfr. art. 33 cpv. 1 LAMal; RAMI 2000 KV 132 pag. 283 seg. consid. 3; STFA K 39/01 del 14 ottobre 2002, consid. 1.3). Inoltre, per l'assicurazione obbligatoria, gli assicuratori non possono assumere altri costi oltre quelli delle prestazioni ai sensi degli art. 25-33 (art. 34 cpv. 1 LAMal). In presenza di diversi metodi o tecniche operative che lasciano oggettivamente prevedere il buon esito del trattamento della malattia (in altre parole sono da considerare efficaci ai sensi dell'art. 32 cpv. 1 LAMal [Eugster , Krankenversicherung in SBVR, N. 291, pag. 494]), acquista importanza prioritaria l'aspetto dell'appropriatezza della misura (DTF 127 V 146 consid. 5). Dal profilo sanitario, una misura è appropriata se la sua utilità diagnostica o terapeutica prevale sui rischi che le sono connessi come pure su quelli legati a cure alternative. Il giudizio sull'appropriatezza avviene mediante valutazione dei successi e insuccessi di un'applicazione come pure in base alla frequenza di complicazioni (Eugster , op. cit., NN. 293-296, pagg. 494-495). Se i metodi alternativi di trattamento entranti in linea di considerazione non presentano, dal profilo medico, differenze di rilievo nel senso che - secondo un esame di idoneità, avuto riguardo allo scopo perseguito volto ad eliminare, nel limite del possibile, i pregiudizi fisici e psichici (DTF 127 V 147 consid. 5, 109 V 43 consid. 2b) - sono da ritenere equivalenti, l'applicazione meno costosa e, di conseguenza, maggiormente economica deve essere considerata prioritaria (RAMI 1998 KV 988 pag. 1). Se per contro un determinato metodo di trattamento presenta, rispetto ad altre applicazioni, vantaggi di natura diagnostica e/o terapeutica - segnatamente perché comporta rischi minori, una prognosi maggiormente favorevole per quanto concerne eventuali effetti collaterali e sequele tardive -, questo aspetto può giustificare l'assunzione delle spese per la cura più cara (DTF 127 V 147 consid. 5 con riferimento a Maurer , Das neue Krankenversicherungsrecht, Basilea e Francoforte sul Meno 1996, pag. 52). L'autorità dovrà limitare l'obbligo prestativo ai casi in cui il trattamento esterno dovesse presentare, dal profilo diagnostico o terapeutico, un valore aggiunto considerevole (" einen erheblichen diagnostischen oder therapeutischen Mehrwert ", cfr. sentenza K 141/03 del 17 gennaio 2005). Ciò presuppone la prova che nel Cantone non esista nessuna possibilità di cura oppure che un provvedimento diagnostico o terapeutico ivi praticato, se confrontato con l'alternativa proposta altrove, comporti rischi importanti e considerevolmente più elevati e che perciò, tenuto conto del risultato che si intende raggiungere tramite la cura, un

trattamento responsabile da un punto di vista medico ed eseguibile in maniera ammissibile nel Cantone di domicilio e, quindi, di tipo appropriato, non sia concretamente garantito (cfr. anche sentenza K 39/01 del 14 ottobre 2002, consid. 1.3). Vantaggi minimi, difficilmente valutabili o addirittura contestati, non possono configurare un valido motivo per porre l'intervento esterno a carico dell'assicurazione di base (DTF 127 V 147 consid. 5 con riferimento a Eugster, op. cit., N. 966, pag. 725), così come neppure il fatto che una clinica specializzata abbia maggior esperienza nel settore specifico (cfr. sentenza citata del 14 ottobre 2002, consid. 1.3).

2.6. In concreto, dagli atti emerge che l'interessata, dopo essersi trasferita all'inizio del mese di agosto 2010 nel Canton _____, dall'11 agosto 2010 al 14 agosto 2010 è stata ricoverata presso lo _____ della città di _____. Dal rapporto d'uscita del 27 agosto 2010 figura: "(...) Diagnosen: 30-jährige Patientin (OG) mit 1. Schmerzexazerbation bei schwerer Endometriose rASRM Stadium IV DD: Koprostase, Briden - St. n. 3x ausgedehnter LSC 2008/2009, zuletzt 04/09 - St. n. Lucrin-Injektionen (Ietztmals im 06/2010) - unter Langzeitzyklus mit Ovulationshemmer (Gyselie) - positiver Kinderwunsch 2. Analgetikaabusus 3. Multiple Allergien (ASS, Pyrazolone >> Schwellungen Augen und Hals) 4. St. n. Malaria falciparum mit 14 Jahren bisherige Operation / Therapie: - St.n. LSK 10/08 (_____): Adhäsiolyse, Entfernung von Endometrioseherden am linken Ovar, Entfernung von Endometrioseherden am Sigma (2cm) und vesico-uterinem Uebergang. Unauffällige Chromopertubation. - St.n. LSK 12/08 (_____): Entfernung einer symptomatischen Corpus luteum Zyste links und Entfernung von Endometrioseherden. - St.n. LSK 04/09 (_____): Douglasektomie, Endometriosesanierung über dem Blasendach, CO2-Laser von residuellen Endometriumherden im Bereich des Ovars, paraovariell links. Chromopertubation: links deutlich schwerer als rechts durchgängig. Adhäsiolyse Sigma mit dem CO2-Laser. Ureterolyse links. Resektion Lig. sacrot. bds. Entfernung multipler Endometrioseherde im kl. Becken. - MRI vom 03.05.2010 (extern): 2cm grosser Knoten im Bereich des Lig. Rotundum, Fibrose retrocervical am ehesten postop und weniger hinweisend für Rezidiv. Schwere Adhärenzen im Bereich der Sigmaschlingen ohne Hinweis für Endometrioseknoten. - Pille im Langzyklus seit Frühling 2010 - Lucrintherapie seit 04/2010, initial 2x 1-Monatsdosierung letzte Injektion 04.06.2010 (3-Monatsdosierung) Jetziges Leiden/Anamnese: Notfallmässige Selbstzuweisung der Patientin bei Exazerbation von Schmerzen mit teilweise Übelkeit und Erbrechen bei bekannter schwerer Endometriose. Einnahme von mehreren Analgetika inkl. Tramal retard / Tropfen, Apranax, Dafalgan und Brufen 600 in Maximaldosierung. Nach der Applikation der 3. Monatsspritze von Lucrin im Juni diesen Jahres erneutes Einsetzen einer Blutung für bis zu 25 Tage. Seither immer wieder unregelmässige Blutungen mit Dauerblutung bis zu 25 Tagen. Für den 30.07.2010 wäre erneut eine Laparoskopie durch Dr. _____ in _____ geplant gewesen, dieser wurde wegen Erkrankung auf unbestimmte Zeit verschoben. In der Zwischenzeit ist die Patientin nach _____ gezügelt und wünscht die weitere Behandlung hier durchzuführen. Aufgrund der Schmerzen kann die Patientin bereits seit Monaten nicht mehr einer regelmässigen Arbeit nachgehen. Die Patientin hat positiven Kinderwunsch. Nach der LSC im 04/09 initial Einnahme eines Ovulationshemmers für 3 Monate, dann Absetzen der Therapie mit dem Versuch spontan schwanger zu werden, nicht erfolgreich. Seit Frühling 2010 nun erneut Einnahme eines Ovulationshemmers im Langzyklus und Lucrintherapie. (...) Verlauf: Unter einer Intensivierung der Schmerztherapie sowie abführenden Massnahmen Nachlassen der Schmerzen und zufriedenstellender Allgemeinzustand der Patientin. Entlassung der

Patientin in deutlich gebessertem AZ. Im Verlauf ambulante Kontrolle der Patientin am 25.08.2010 mit erneuter Exazerbation der Schmerzen im Unterbauch bds. Procedere: Umstellung der Therapie von Gyselle auf Livial

E. 2.5

mg/d. Bei positivem Kinderwunsch und aktuell fehlendem klinischen und sonografischem Hinweis auf grosse Endometrioseherde sehen wir aktuell eine erneute Laparoskopie nicht für indiziert und haben mit der Patientin die Zuweisung in ihre Spezialsprechstunde besprochen. Sollten Sie vor einer möglichen Therapie eine erneute Laparoskopie für indiziert halten, werden wir dies gerne durchführen oder bitten Sie, dies den Kollegen klinikintern zuzuweisen." (doc. i) Il 23 settembre 2010 l'insorgente si è nuovamente presentata presso lo _____. Dal referto medico emerge: " Patientin benötigt bei Abwesenheit des behandelnden Arztes ein Rezept zum Erhalt der von Ihr benötigten Schmerzmittel. Ebenso ist eine erneute Injektion der GnRH Analoga (Lucrin) notwendig. Patientin aktuell mit kompensierten Beschwerden." Il

E. 3

Se in caso di cura ospedaliera, per motivi d'ordine medico, l'assicurato ricorre ai servizi di un ospedale che non figura nell'elenco del Cantone di domicilio, l'assicuratore e il Cantone remunerano la loro quotaparte rispettiva giusta l'articolo 49 a . Salvo nei casi d'urgenza, è necessaria un'autorizzazione del Cantone di domicilio. 3bis Sono considerati motivi di ordine medico secondo i capoversi 2 e 3 i casi d'urgenza e quelli in cui le prestazioni necessarie non possono essere dispensate: a. nel luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato oppure nei relativi dintorni, se si tratta di cura ambulatoriale; b. in un ospedale che figura nell'elenco del Cantone di domicilio, se si tratta di cura ospedaliera.

E. 3.3

Dem ist im Ergebnis beizupflichten. Zwar sind das Universitätsspital und das Spital X._____ im Rahmen der kantonalen Spitalplanung als Leistungserbringer auf der Spitalliste A zugelassen und verfügen beide über eine Abteilung für Viszeralchirurgie, sodass sie grundsätzlich beide als Referenzspitäler in Frage kommen. Sie erfüllen den jeweiligen Leistungsauftrag jedoch nicht in der gleichen Funktion: Das Universitätsspital ist zur hochspezialisierten Versorgung zugelassen, das Spital X._____ - wie die Klinik Y._____ - als Schwerpunktspital zur Grundversorgung (Zürcher Spitalliste 2001). Nach der Rechtsprechung (RKUV 2004 Nr. KV 281 S. 208 E. 5.2 mit Hinweis auf RKUV 2001 Nr. KV 181 S. 427 ff. E. 3.2.3 und 4 sowie BGE 123 V 290 E. 6b/dd S. 304 und 125 V 101 E. 2 S. 103) haben die rechtsanwendenden Organe und Gerichtsbehörden für die Bestimmung des Umfangs des Vergütungsanspruchs einen Referenztarif festzulegen, wenn die Halbprivat- oder Privatabteilung eines Spitals oder einer Klinik zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassen ist und eine tarifvertragliche oder tarifbehördliche Regelung fehlt. Dabei haben sie diejenige Tarifordnung heranzuziehen, welche im Standortkanton für vergleichbare Spitäler gilt, deren allgemeine Abteilungen als Leistungserbringer im krankensicherungsrechtlichen Sinne zugelassen sind. Diese Bezugnahme auf die Tarifordnung für "vergleichbare Spitäler" deutet auf eine Auswahl hin und spricht gegen die Berücksichtigung sämtlicher Spitäler des Kantons. Im Sinne einer Vergleichbarkeit spricht sich auch GUY LONGCHAMP (Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, Bern 2004, S. 418) aus, wenn er postuliert, dass bei Aufenthalt in einem ausserkantonalen Spital die Eigenschaft der gewählten Klinik den Ausschlag zur

Bestimmung des innerkantonalen Referenztarifes geben soll, bei einem Privatspital also auf den Tarif eines innerkantonalen Privatspitals abzustellen ist, bei Aufenthalt in einem ausserkantonalen öffentlichen Spital auf denjenigen eines innerkantonalen öffentlichen Spitals. In Anlehnung an diese Referenztarif-Regelung, mit der nach dem Willen des Gesetzgebers aus der Sicht der OKP dem Wirtschaftlichkeitsgebot Genüge getan wird, hat der Beschwerdeführer auf den vorliegenden Fall übertragen Anspruch auf die Vergütung nach dem Referenztarif eines im Rahmen der kantonalen Spitalversorgung von der Funktion her mit der Klinik Y. _____ vergleichbaren Spitals. Dies ist hier ein Grundversorger wie das Spital X. _____ und nicht ein Universitätsspital. Damit werden sowohl die öffentlichen Finanzmittel wie auch diejenigen der OKP wirksam und kosteneffizient verwendet.

E. 3.4

Der vorinstanzliche Entscheid ist damit zu bestätigen. Anzuführen bleibt, dass es sich beim Spital X. _____ nicht um ein öffentliches Spital handelt, sondern um ein Privatspital, welches von einer Stiftung getragen wird. Das Spital wird aber öffentlich subventioniert (Zürcher Spitalliste 2001) und war somit im massgebenden Zeitraum hinsichtlich Wahlfreiheit und Kostendeckung aus der OPK einem öffentlichen Spital gleichgestellt.“ Ne segue che, a giusta ragione, l'assicuratore ha riconosciuto alla ricorrente l'importo di fr. 3'693. Per contro, la circostanza che il _____ (Canton _____), il 28 ottobre 2010, per un “ intervention majeures sur le gros intestin et l'intestin grêle, sans cc, avec op. multiples, ” abbia preventivato per la ricorrente, domiciliata all'epoca nel Canton _____, un importo di fr. 21'687.38 (doc. T), precisando che “ selon les informations medicales succinctes transmises à notre service, nous vous informons que le code éventuel facturé pourrait être ” l'APDRG 1149, non è determinante e non necessita di approfondimenti, giacché nel caso concreto è unicamente decisiva la tariffa _____ applicabile nel 2010 (cfr. sentenza 9C_972/2011 del 7 maggio 2012). Alla luce di quanto sopra esposto la decisione impugnata merita conferma, mentre il ricorso va respinto.

E. 4

Fino all'introduzione degli importi forfettari secondo il capoverso 1, i Cantoni e gli assicuratori partecipano ai costi delle cure ospedaliere conformemente alle regole di finanziamento vigenti prima della presente modifica. Durante il periodo di adeguamento degli elenchi degli ospedali conformemente al capoverso 3 i Cantoni devono assumere la loro quota di partecipazione ai costi in tutti gli ospedali che figurano sugli elenchi aggiornati.

E. 5

I Cantoni fissano la loro quotaparte di finanziamento secondo l'articolo 49 a capoverso 2 al più tardi per il 1° gennaio 2012. I Cantoni in cui il premio medio per gli adulti al momento dell'introduzione degli importi forfettari secondo il capoverso 1 è inferiore a quello medio a livello nazionale possono stabilire la loro quota di partecipazione alla remunerazione tra il 45 e il 55 per cento. Entro il 1° gennaio 2017 l'adeguamento annuale della quotaparte, a partire dalla prima determinazione, può ammontare a due punti percentuali al massimo.

E. 6

La normativa di cui all'articolo 41 capoverso 1bis è parimenti attuata al momento dell'introduzione degli importi forfettari secondo il capoverso 1." Le citate Disposizioni Transitorie, riportano al 1° gennaio 2012 l'entrata in vigore sia delle disposizioni

concernenti il finanziamento ospedaliero (e quindi l'introduzione degli importi forfettari), sia dei ricoveri in ospedali che figurano nell'elenco del Cantone di domicilio o in quello del Cantone di ubicazione dell'ospedale (fuori Cantone) ex art. 41 cpv. 1bis LAMal. Con sentenza 9C_331/2012 del 15 novembre 2012 pubblicata in DTF 138 V 510, al consid. 2.1, circa le norme transitorie il TF ha affermato che: "

E. 7

ottobre 2010 il Prof. Dr. med. _____, della Clinica _____ ha affermato: " Diagnose: Outlet- Obstipationsyndrom bei Elongation des Rectosigmoids und Rezidiv einer tiefinfiltrierenden Sigmoid- Endometriose. Ihre eigene Anamnese ist Ihnen bestens bekannt. Bei den vorliegenden Unterlagen (Operationsberichte, Konsultationen) leiden Sie an einer Endometriose, die zuletzt am Sigmoid per Laser vaporisiert wurde. Nun stellen Sie sich in meiner Sprechstunde, mit zunehmenden Unterbauchschmerzen links, trotz einer hohen Gestagen betonten Hormontherapie, vor. Die Schmerzen sind während der Periode schlimmer, sind aber jeden Tag vorhanden. Somit ergibt sich schon der dringende Verdacht auf ein Outlet- Obstipationssyndrom, wobei am heutigen Tag unklar ist, ob es sich um Abknickungen des Darmes durch eine Elongation des Enddarmes (typisch bei Endometriosen- Patienten) oder ob es sich um eine Stenose des Sigmoid durch das Rezidiv handelt. Bei der Vaginaluntersuchung und Spiegeleinstellung konnte ich eine Endometriose der Parametrien, des Septum recto-vaginale oder des Rektums ausschliessen. Die Palpation der vorderen Zervix ergab kein Anhalt für eine Endometriose. Die rektale Untersuchung ergab unauffällige Parametrien und Beckenwand- Verhältnisse. Die Palpation des Nervus pudendus und der Sakralwurzeln war ebenfalls unauffällig. Sonographisch findet sich ein normal grosser, leicht adenomyomatos veränderter Uterus mit unauffälligen Adnexen. Keine freie Flüssigkeit im Douglas. Im postmktionellen Ultraschall war die Blase leer. Da Sie jedoch über Imperiositäten sprachen, haben wir eine urodynamische Blasendruckmessung durchgeführt. Dabei ergibt sich eine normokapazitäre, normotone Blase mit einer Hypersensitivität schon ab 40 ml und einer absoluten Imperiosität bei ca. 250 ml. Bei dieser Konstellation habe ich Ihnen eine Iaparoskopische Abklärung Ihrer Situation mit Durchführung einer Rectosigmoidopexie, empfohlen. Bei Feststellung eines Rezidivs der genannten Sigmoid- Endometriose, würde ich dann eine Exzision des Befundes (Darm- Resektion/Reanastomose) vornehmen. Ich hoffe ich konnte Ihnen dienen und verbleibe." (doc. N) Il 29 ottobre 2010 il Dr. _____, specialista FMH ginecologia-ostetricia di _____ ha affermato: " (...), Je tiens à vous soumettre une demande de prise en charge pour la patiente susnommée pour une intervention laparoscopique pour endométriiose profonde récidivante et compliquée. Cette présente demande est motivée par le fait que je devais opérer cette patiente au Tessin au mois de juillet et que pour des raisons graves, je n'ai pas pu effectuer à ce moment. Depuis, la patiente s'est transférée dans le Canton de _____ et une intervention étant toujours indiquée, vu la complexité de la pathologie, je pense que seul le Prof. _____, à la Clinique _____ peut en assumer la charge. Les antécédents de la patiente sont constitués par une première intervention le 17.10.2008 pour douleurs en fosse iliaque gauche avec découverte d'un nodule sigmoïdien et un endométriome ovarien, traités par coagulation. La deuxième intervention le 29.12.2008 également dans le Tessin pour douleurs persistantes et dyspareunie profonde, met en évidence des kystes hémorragiques ovariens à gauche, des foyers endométriosiques. J'ai opéré cette patiente le 02.04.2009 pour dyspareunie profonde, irradiant toujours en fosse iliaque gauche, dyschésie pré-défécatoire. Elle présente alors des douleurs en fosse iliaque gauche continues, exacerbées la nuit, en

couteau et ayant débuté avec les règles. Au status, les ligaments utéro-sacrés étaient extrêmement douloureux reproduisant la douleur dyspareunIQUE et une IRM du 17.03.2009 mettait en évidence une endométriose des deux ligaments utéro-sacrés et possiblement de la fossette ovarienne gauche. Lors de cette intervention, j'ai mis en évidence une endométriose du ligament utéro-sacré gauche et droit, vésicale, tubaire et para-ovarienne gauche. Egalement une endométriose résiduelle sigmoïdienne. Les foyers d'endométriose avaient été réséqués au laser CO2 (pour les foyers profonds) et vaporisés (pour les foyers superficiels). Les examens anatomo-pathologiques ont confirmé la nature profonde de la maladie au niveau vésical et au niveau des ligaments utéro-sacrés (cf. photocopies annexes). En post-opératoire, après un espace libre concernant les douleurs, celles-ci ont repris toujours sous la forme en fosse iliaque gauche à type de douleurs pelviennes chroniques avec irradiation sur la face antérieure de la cuisse. Le fornix vaginal latéral gauche était indolore, mais une palpation des trajets des nerfs honteux sensible ddc avec une perception douloureuse en para-cervical gauche et droit. L'IRM pelvienne que j'ai fait refaire le 03.05.2010 montre un status adhérentiel sévère entra les boucles sigmoïdes sans nodules identifiables de la paroi-sigmoïdienne, mais une suspicion de nodule de 2cm sur le ligament rond droit cette fois. Une bande fibreuse rétro-cervicale de 13mm d'aspect post-opératoire est également décrite. Je pense qu'actuellement la patiente est très algique malgré un traitement par agonistes avec Ad-back de Livial ainsi qu'une quantité impressionnante de médicaments antalgiques qui ont un effet relativement peu important. Dans ce contexte, je pensa qu'une laparoscopie devrait être effectuée avec une résection des lésions d'endométriose suspectées à l'IRM, à savoir au niveau du ligament rond avec une révision para-cervicale ddc, au niveau de la fossette ovarienne gauche et du sigmoïde avec une évaluation des trajets nerveux sur le nerf fémoral et cutané latéral fémoral à gauche ainsi que sur les nerfs honteux. Pour toutes ces raisons, je pense que dans votre région, seul le Prof _____ est capable d'intervenir et d'apporter un soulagement à cette patiente. Je vous demande donc de bien vouloir donc instamment de bien vouloir examiner cette requête en vue d'une prise en charge. " (doc. P9) Il 3 novembre 2010 il dr. med.

_____, FMH ginecologia-ostetricia ha affermato: " Con il presente certificato che la Signora RI 1 _____ soffre di un'endometriosi severa stadio IV. Ha subito un primo intervento nei 2008 dove è stata fatta la diagnosi (Dr. _____), in seguito è stata ancora operata a _____ (Dr. _____). Sfortunatamente la situazione non è migliorata, ed attualmente le aderenze da endometriosi hanno inglobato anche il colon sigmoide e probabilmente la vescica. Le operazioni per endometriosi sono molto complicate e dovrebbero essere effettuate da operatori esperti, onde evitare il ripetersi di interventi inutili. Il centro di neuropelveologia con il quale ha preso contatto la Signora RI 1 è reputato in questo campo, e penso che, vista la situazione descritta sopra, sia un'ottima soluzione per il suo caso. Un'operazione fatta bene, ne può evitare tante altre." (doc. P11) Dal 16 novembre 2010 al 19 novembre 2010 l'assicurata è stata degente presso la Clinica _____, dove è stata operata dal dr. med. _____, che ha affermato: " (...) Diagnose: Infiltrierende Endometriose des Sigmoid. Therapie: Diagnostisch operative Laparoskopie, Salpingoovariolyse links, Iaparoskopische Sigma- Resektion, Nahtverschluss. Histologie: Wandexzisat vom Colon sigmoideum mit transmuraler Endometriose. Die stationäre Aufnahme der Patientin erfolgte bei persistierenden linksseitigen Unterbauchschmerzen und dringendem Verdacht auf eine Rest- Endometriose des Sigmoid zur Iaparoskopischen Abklärung. Die detaillierte Beschreibung des Eingriffs entnehmen Sie bitte dem beigefügten OP- Bericht. Der Eingriff selbst und der postoperative

Verlauf gestalten sich komplikationslos. Schon am 1. postoperativen Tag konnte mit einem vorsichtigen Kostenaufbau begonnen werden. Das Drain zur Naht- Sicherung wurde am 3. Tag problemlos entfernt. Nach Einsetzen des Stuhlganges und nach durchführen einer klinisch unauffälligen Abschlussuntersuchung, konnten wir die Patientin in die häusliche Pflege entlassen. Eine postoperative Kontrolle haben wir vereinbart. Wir bitten die Patientin noch um körperliche Schonung. Gerne schicken wir Ihnen Ihre Patientin wieder in Ihre Obhut zurück. Sie wird sich in den nächsten Tagen telefonisch zur Vereinbarung einen Kontrolltermins bei Ihnen melden. Zur wissenschaftlichen Evaluierung des Operationsergebnisses erlauben wir uns, die Patientin in unregelmässigen Abständen telefonisch zu kontaktieren." (doc. R1) Circa l'intervento, lo specialista ha affermato: " Bei der Patientin wurde eine Laparoskopie bei bestehenden Schmerzen und dringendem Verdacht auf eine Rest- Endometriose des Sigmoid, vereinbart. Bei der recto-vaginalen Narkoseuntersuchung ergibt keinen Anhalt für eine Endometriose des hinteren Scheidengewölbes, des Septum recto-vaginale und des Ligamentum sacrouterinum. Desinfektion und steriles Abdecken. Nach Kopftieflagerung der Patientin Abtastung des Verlaufs der Aorta und Einstich im Bereich des Bauchnabels mit der Veress-Nadel; die Semprobe ist negativ. Insufflation von 3 Liter CO₂ in die Bauchhöhle. Entfernung der Veress-Nadel, Ersatz durch einen 10 mm Trokar. Weitere drei 5 mm Trokare im Schamhaargrenzbereich. Es stellt sich folgender Situs dar: Ober- und Mittelbauch unauffällig. Im kleinen Becken: Uterus unauffällig, die rechte Adnex weist eine funktionelle Ovarialzyste auf. Die linke Adnex ist an der linken Beckenwand komplett adhären. Deswegen wird diese frei mobilisiert. Dabei stellt sich heraus, dass das linke Ovar fehlt, aber die linke Tube kann wieder frei gelegt werden. Bei der Inspektion des Rectosigmoids ergibt sich eine tiefinfiltrierende Endometriose. Es erfolgt die Entscheidung einer Resektion dieses Befundes. Vicryl- Nähte links und rechts dieser Läsion. Resektion dieser Stelle mit der Schere, doppelschichtiger Verschluss. Bei der Probe mit Flüssigkeit ist die Darmnaht dicht, optimal coloriert. Der Darm ist durchgängig. Bergung der Resektate mit Hilfe eines Bergbeutels. Am Ende der Operation herrscht absolute Bluttrockenheit. Sofortige Spülung des Abdomens. Einlage einer Drainage im Abdomen. Entfernung sämtlicher Trokare unter Sicht. Erneute Hautdesinfektion und Hautverschluss mit transkutanen Nähten. Verband." (doc. R9) Il 21 settembre 2011 il dr. med. _____, medico fiduciario di CO 1, ha affermato: " Die _____ leidet an einer Endometriose, welche medikamentös vorbehandelt ist und durch Frau Dr. _____ (Gynäkologin) in _____ mit Laser-Vaporisation operiert wurde. Leider blieb der Erfolg aus und die _____ wünschte eine Ueberweisung zu Prof. _____. Dr. _____ (Gynäkologe) aus _____ befürwortet die weitere Behandlung bei Prof. _____ im _____. Am 7.10.2010 fand der Untersuchung bei Prof. _____ statt. Er stellt die Diagnose eines Outlet-Obstipationssyndroms bei Elongation des Rectosigmoids und Rezidiv einer tiefinfiltrierenden Sigmoid-Endometriose. Er schlägt eine Laparoskopie mit Rectosigmoidopexie vor. Bei Feststellung eines Rezidivs der genannten Sigmoid-Endometriose würde er eine Exzision des Befundes vornehmen. Diskussion Rectosigmoidopexie bedeutet, dass eine Fixierung eines Darmabschnittes (Rectum und Sigmoid) durchgeführt wird. Exzision des Befundes heisst, dass das Endometriose-Gewächs auf dem Darm entfernt wird, indem der ganze betroffene Darmabschnitt weggeschnitten wird und die Darmenden zusammengenäht (Reanastomose) werden. Die Konfusion besteht vermutlich darin, dass die Endometriose ein Krankheitsbild aus dem Fachbereich Gynäkologie ist, der vorgeschlagene Eingriff zur Therapie jedoch

zum Fachbereich der Visceralchirurgie gehört. Nur wenige Gynäkologen führen solche Darmoperationen selber durch. Normalerweise werden die betroffenen Frauen für die OP an die Visceralchirurgie überwiesen. Prof. _____st ein Gynäkologe, der auch visceralchirurgische Eingriffe ausführen kann. Deshalb vermutlich die Meinung, dass nur er solche Operationen machen könne. Der von Prof. _____ vorgeschlagene Eingriff ist ein Standardeingriff und gehört zum visceralchirurgischen Alltag. Ihre Fragen (...) 2. Ja, sicher auch im _____ 3. Die geplante Operation entspricht einem Standardvorgehen und stellt keine spezifische Behandlung dar, welche nur Prof. _____ ausführen könnte. Insofern kann der Eingriff nicht als "Methode von Prof. _____" bezeichnet werden. (...)." (doc. 23) Il 13 ottobre 2011 il TCA ha interpellato lo _____, chiedendo: " Unser Gericht wurde dazu aufgefordert, sich in Bezug auf den Rechtsstreit zwischen RI 1, geboren am _____, derzeit wohnhaft in RI 1 (TI), und ihrer Krankenversicherung Beschluss zu fassen. Aus den Akten geht hervor, dass RI 1, die unter Endometriose im IV. Stadium (" Endometriose rASRM Stadium IV ") leidet, vom 11. August 2010 bis zum 14. August 2010 im " _____ " in _____ unterbracht war (siehe hierfür den Befund vom 27. August 2010 der Ärztin Dr. Med. _____ und der Ärztin Dr. Med. _____, als Unterlage I hier beigelegt). RI 1 behauptet, dass man ihr im Moment der Entlassung aus dem Krankenhaus erklärte, sie müsse sich einer Koloskopie unterziehen, um festzustellen, ob Darmverwachsungen vorhanden seien. Abhängig vom Ergebnis der Koloskopie würde man dann entscheiden, ob ein Eingriff mittels normaler Laparoskopie ausreichend wäre oder ob eine Operation " am offenen Bauch " erforderlich sei. RI 1 hebt hervor, dass sie, nachdem sie die Koloskopie hinter sich hatte, zu Beginn des Monats September 2010 erneut ins _____ gerufen wurde, wo ihr Herr Dr. Med. _____ erklärte, es wäre kein Eingriff erforderlich und, dass er sie wegen dem Wunsch, Kinder zu gebären, ins _____ in _____ verweise, wo er ihr anriet, sich einer In-vitro-Fertilisation zu unterziehen. RI 1 behauptet ausserdem, dass sie nach Beendigung der Medikamente, am 21. September 2010 erneut das _____ aufgesucht hat, wo ihr ein Assistent von Herrn Dr. Med. _____, anscheinend Herr Dr. Med. _____, der derzeit im Kantonspital in _____ (siehe hierfür hier beigelegte Unterlage XIII) tätig ist, mitgeteilt habe, sie müsse sich an einen Spezialisten für Endometriose wenden, wobei er sich auf Herrn Dr. Med. _____ aus _____ (von welchem sie bereits operiert worden war) und auf Prof. Dr. Med. _____ der Klinik _____ (siehe hierfür die Beschwerde auf Seite 8, nicht beigelegt) berief. Am 7. Oktober 2010 schlug Letzterer RI 1 einen operativen Eingriff (siehe hierfür die hier beigelegte Unterlage N) vor, der dann am 16. November 2010 stattfand (siehe hierfür die hier beigelegte Unterlage R1 und R9). In Anbetracht der soeben dargelegten Fakten und zum Zwecke des Urteils, bitten wir Sie, auf folgende Fragen zu antworten (zu diesem Zweck legen wir auf Italienisch eine Kopie der von RI 1 beigebrachten Entbindung von der Schweigepflicht vor, Unterlage Z3): 1. Hätte der gleiche, von Dr. Med. _____ in der Klinik _____ durchgeführte Eingriff (siehe hierfür Unterlagen N und R1) auch in der Klinik _____ oder in jedem sonstigen öffentlichen Krankenhaus des Kantons oder in einem beliebigen Krankenhaus, das auf der vom Kanton ausgestellten Spitalliste steht (" _____ ") durchgeführt werden können? Im Falle einer bejahenden Antwort: a) Wie hoch wären die Kosten gewesen? b) Wurden Frau RI 1 diese Möglichkeiten vorgeschlagen? Im Falle einer verneinenden Antwort, warum nicht? 2. Andernfalls, das heisst, wenn es nicht möglich gewesen wäre, die gleiche Operation durchzuführen, welche Art von Operation wäre dann im Spital _____ oder

in den anderen öffentlichen _____ (oder denen, die in der Liste des Kantons _____ angeführt sind) durchgeführt worden? Lief diese Art der Behandlung, verglichen mit dem von Prof. Dr. Med. _____ durchgeführten Eingriff, Gefahr, wesentlich wichtigere und bedeutend höhere Risiken hervorzurufen und war deshalb, abgesehen von dem Ergebnis, das man durch diese Kur erreichen wollte, eine in ärztlicher Hinsicht verantwortungsvolle und zugegebenerweise auch im Spital _____ oder den öffentlichen _____ Krankenhäusern (oder denen, die in der Liste des Kantons _____ angeführt sind) durchführbare und angemessene Behandlung konkret nicht gewährleistet? Wäre die Operation, die man im Spital _____ oder in den öffentlichen _____ (oder denen, die in der Liste des Kantons _____ angeführt sind) hätte absolvieren können, im Vergleich zu der von Dr. Med. _____ durchgeführten Operation, invasiver, gefährlicher und mit längeren Heilungszeiten verbunden gewesen? 3. War die Operationsmethode von Prof. Dr. Med. _____ die einzig durchführbare Art, um die Pathologien, von denen RI 1 zu diesem Zeitpunkt betroffen war, zu heilen? Präsentiert diese Methode in diagnostischer oder therapeutischer Hinsicht einen erheblichen diagnostischen oder therapeutischen Mehrwert? 4. RI 1 behauptet, dass ein assistierender Arzt, anscheinend Herr Dr. Med. _____, der derzeit im Kantonspital in _____ tätig ist, ihr empfohlen habe, sich von Prof. Dr. Med. _____ (oder von Dr. Med. _____) operieren zu lassen: a) Entspricht das, was RI 1 behauptet, den Gepflogenheiten und der Praxis des Spitals _____? In anderen Worten ausgedrückt, wenn sich Patienten mit dem gleichen Krankheitsbild wie die von RI 1 im Krankenhaus präsentieren, ist es dann üblich, sie in die Klinik _____ zu Herrn Dr. Med. _____ zu verweisen? b) Wurde das, was RI 1 behauptet, von dem assistierenden Arzt protokolliert? 5. Eventuelle Bemerkungen." (doc. XV) Con risposta del 24 ottobre 2011 il dr. med. _____ ha affermato: " 1. Von Prof. _____ wurde am 16.11.2010 eine diagnostische Laparoskopie, eine Salpingoovariolyse links und eine laparoskopische Resektion am Sigma vorgenommen. Dieser Eingriff kann im Kanton _____ in öffentlichen Spitälern durchgeführt werden. Allenfalls wäre die Operation je nach Spital von einem kombinierten Team zusammengesetzt aus Gynäkologen und Chirurgen durchgeführt worden sein. a) Bezüglich Kosten bei einer allgemein versicherten Patientin entstehen bei einer stationären Behandlung eine fixe Pauschale von zirka 3000.- Franken und dann für jeden Tag zusätzlich eine fixe Tagespauschale von zirka 400.- Franken. b) Die Endometriose ist eine chronisch rezidivierende und gutartige Krankheit. Frau RI 1 war schon mehrfach voroperiert und mehrfach hormonell behandelt. Auch die multiplen Voroperation und die multiplen hormonellen Vorbehandlungen haben offensichtlich nicht zu einem zufrieden stellendem Resultat geführt. In dieser Situation ist es ausgesprochen schwierig, das Richtige zu tun wenn es denn das „Richtige“ überhaupt gibt. Gemäss unseren Unterlagen bestand ein klarer Kinderwunsch. In dieser Situation ist es vernünftig, nicht auf eine Re-Operation zu setzen sondern die Schwangerschaft zu forcieren, ist doch die Schwangerschaft gleichzeitig auch eine hormonelle Therapie der Endometriose und vor allem Ziel der Behandlung. 2. Wie im Punkt eins dargelegt sind therapeutisch Entscheide in dieser Situation sehr schwierig. Ist das Ziel die Schwangerschaft, dann hat die Operation von Prof. _____ keinen Benefit. Ist das Ziel eine Schmerzfreiheit, dann ist es möglich, dass die Operation das Auftreten von Schmerzen verhindert, ob allerdings die Krankheit Endometriose mit der letzten Operation beseitigt ist, möchte ich bezweifeln, nicht weil die Operation nicht gut gewesen wäre sondern weil es sich bei der Endometriose um eine rezidivierende und chronische Krankheit handelt. Zur Qualität des Operateurs:

Prof. Dr. med. _____ ist einer der führenden und weltbesten laparoskopischen Chirurgen, der einen absolut hervorragenden Ruf in Fachkreisen und wahrscheinlich auch darüber hinaus genießt. Er gilt, "ohne das ich ihn persönlich kenne", als ein äusserst begabten und begnadeten Laparoskopiker. Er ist wenn sie wollen, der Roger Federer der laparoskopischen Chirurgen. In dem Sinn hat Frau RI 1 sicherlich einen der Besten zur Verfügung stehenden laparoskopischen Chirurgen weltweit gewählt. In diesem Sinne wäre die Operation in einem öffentlichen Spital des Kantons von weniger hoher Qualität gewesen, dies gilt aber für 99% aller Operationen, die in der Schweiz durchgeführt werden, denn einen "Besseren" gibt es ja immer. Laparoskopische, gynäkologische Chirurgie und laparoskopische Darmchirurgie kann aber in den meisten öffentlichen Spitälern des Kantons in guter Qualität angeboten werden. 3. Wie oben dargelegt ist es in solchen komplexen Situationen schwierig ob und was operiert werden soll. Ganz wichtig bei der Entscheidung ist es auch, was das Ziel der Behandlung ist, ist es zum Beispiel der Kinderwunsch, sind reproduktive Methoden unter Umständen gescheiter als eine chirurgische Behandlung. 4. Den genauen Gesprächsverlauf kann ich nicht mehr rekonstruieren. Folgendes lässt sich aber sagen: Frau RI 1 war wiederholt wegen der gleichen Krankheit operiert worden und zwar von erfahrenen laparoskopischen Endometriosechirurgen wie Dr. _____. Das lässt die Überlegung zu, dass die Krankheit offensichtlich chirurgisch nicht so richtig beizukommen ist und dass man sich darum einerseits eine erneute Chirurgie gut überlegen soll und dass es andererseits sinnvoll ist, nicht zu häufig den Chirurgen zu wechseln, wir haben Frau RI 1 sicherlich empfohlen, die begonnene Behandlung bei Dr. _____ in _____ auch zu beenden. a) Wir haben Frau RI 1 sicher nicht an Prof. _____ überwiesen, sonst würde ja ein schriftliches Überweisungsschreiben vorliegen. Wir haben aber sicherlich ausführlich die Vorgeschichte aufgenommen und Therapien diskutiert. Ich möchte hier auch darauf aufmerksam machen, dass die Patientin sich mit einer komplexen Vorgeschichte auf dem Notfall präsentiert. Bei einer solchen Vorgeschichte ist eine kontinuierliche Betreuung durch einen Arzt, der die Patientin und ihre Krankengeschichte kennt, der bessere Weg. b) Wenn über Chirurgie und über Chirurgen gesprochen wurde, ist es sehr gut möglich, dass wir Prof. _____ erwähnt haben. Es war uns sicher wichtig zu wissen, von wem Frau RI 1 schon operiert wurde, da wir mit dieser Information die Qualität der Chirurgie abschätzen konnten. Eine entsprechende Bemerkung ist allerdings nicht protokolliert. 5. Bemerkungen Wir wurden schon im Oktober 2010 aufgefordert zu bestätigen, dass eine Endometrioseoperation ausschliesslich bei Prof. _____ möglich sei. Wir haben im Brief vom 28.10.2010 klar Stellung genommen. Der Brief liegt als Kopie bei. Ich sehe das heute nicht anders. Die juristische Auseinandersetzung kenne ich nicht. Ein Sockelbeitrag an private Spitäler ist politisch entschieden und wird mit der Einführen der SwissDRG (Diagnosis Related Groups) im Kanton _____ realisiert, zum aktuellen Zeitpunkt ist dies aber noch NICHT Realität." (DOC. XVI) Dall'allegato scritto del

E. 12

ottobre 2011 emerge: " (...) Ich beziehe mich auf Ihrer Anfrage bezüglich Name des Arztes, der Frau RI 1 untersucht hat: Am 23.09.2010 wurde Ihre Klientin von Dr. med. _____ untersucht, ein entsprechender elektronischer KG-Eintrag liegt vor. Zudem liegt mir ein Schreiben vor, dass Frau Dr. med. _____ an Frau und Herr RI 1 gerichtet hat. Offensichtlich wollten Sie von uns eine schriftliche Bestätigung, dass sie ausschliesslich von Prof. _____ operiert werden könne. Ohne den Fall im Detail zu kennen, muss ich Ihnen sagen, dass dies so nicht von uns bestätigt werden kann. Selbst-

verständlich ist Prof. _____ einer der weltbesten laparoskopischen Chirurgen, eine infiltrierende Endometriose wird aber von vielen öffentlichen Spitälern, und auch von erfahrenen niedergelassenen Kollegen gut operiert. Selbstverständlich steht nichts im Wege, sich bei beziehungsweise von Prof. _____ operieren zu lassen, müsste aber direkt mit Prof. _____ abgemacht werden. Ich hoffe, damit ihre Fragen beantwortet zu haben und lege Ihnen noch den Brief von Frau Dr. _____ als Kopie bei, der am 28.10.2010 geschrieben wurde. " (doc. XVI/1) Il 15 novembre 2011 il dr. med. _____ ha affermato: " (...) - L'interventio comportait un degré d'urgence selon les suspicion du Professeur _____. - Le problème était un problème de douleurs et de risque de sténose digestive, dans l'immédiat. Je n'ai pas participé aux discussions pour donner un avis sur l'importance du Kinderwunsch. - Une opération visant à une réduction de la maladie endométriosique a un impact sur la fertilité par réduction des facteurs inflammatoires nocifs aux processus de fertilité. De plus il a été pratiqué une salpingo-ovariolyse- (libération de l'ovaire et de la trompe) : il n'est pas possible de dire que cet acte n'a pas de «benefit» possible sur la survenue d'une grossesse. - Voir remarques plus loin. - L'intervention faite par le professeur _____, dont parle le Dr. _____ peut être faite par une équipe de médecin(Gyn+chir) : La question est de savoir si les médecins ont une expérience pour une maladie aussi complexe que l'endométriose, qui plus est, est ici récidivante! il y a très peu de spécialistes à ma connaissance dans ce domaine. - Oui et non. Dans le diagnostic il y a certe une exacerbations des douleurs, mais ceci n'est pas un diagnostic mais un symptôme. Le diagnostic d'endométriose st IV est ici un diagnostic suspecté sur les antécédant de la patiente. Le diagnostic final a été apporté par l'intervention du Professeur _____ (Endométriose transmurale). Pour le procedere il est correct de penser à adresser la patiente a une consultation de stérilité, mais ceci ne constitue certainement pas un traitement de la maladie endométriosique. - Oui mais cela dépend dans quelles conditions : il faudrait savoir si dans ces grands hôpitaux il y a des spécialistes du traitement de la maladie endométriosique et dans le cas présent pour une maladie particulièrement agressive. - Le Professeur _____ que j'ai observé à la tâche plusieurs fois est un des meilleurs connaisseur de la maladie endométriosique au niveau mondial: je crois que cela répond clairement à la question. - Chapitre 3, Le Dr. _____ dit très bien qu'il s'agit de situations très complexes, qui relèvent selon moi donc de spécialistes hautement qualifiés. De ce j'ai compris il s'agissant de problèmes de douleurs et ceux-ci ne sont certainement pas traité par une procréation médicalement assistée. Ici le Kinderwunsch semble aller de soit mais encore une fois les problèmes sont les douleurs insupportables qui obligent la patiente à une addiction médicamenteuse. De plus, la littérature récente montre que si les résultats de la FIV dans les cas d'endométriose non traitées sont moins bon que chez des patiente non endométriosiques, les résultats de FIV après traitement chirurgical préalable en cas d'endométriose profonde sont meilleurs. - Je n'ai pas d'indications précises à fournir, mais les prix dans le privé ne sont pas toujours plus élevé, loin de là!" (doc. XXVIII/2) Infine, con perizia del 7 febbraio 2013 il Prof. dr. med. _____, _____ presso la _____ dell' _____ di _____ ha affermato: " (...) 1.a Hätte der gleiche, von Dr. med. _____ in der Klinik _____ durchgeführte Eingriff (siehe hierfür Unterlagen N und R1) auch in der _____ oder in jedem sonstigen öffentlichen Krankenhaus des Kantons _____ oder in einem beliebigen Krankenhaus, das auf der vom Kanton ausgestellten Spitalliste steht (" _____") durchgeführt werden können? Ad 1.a Eine Orientierung in den zur Verfügung gestellten Unterlagen war insgesamt sehr schwierig, da

die gleichen Unterlagen mehrmals vorkommen (z.B. unnötige awmfLeitlinien), medizinische Berichte mit Versicherungsberichten vermischt werden und keine zeitliche Reihenfolge vorhanden ist. Entsprechend werden gleiche Dokumente verschieden nummeriert. Zur Beantwortung der gestellten Frage beziehe ich mich auf das Operationsprotokoll vom 16.11.2010 von Herrn Prof. Dr. med. _____ (in den zur Verfügung stehenden Unterlagen handschriftlich mit R9 bezeichnet). Die im Operationsbericht erwähnte Diagnose lautete: "Infiltrierende Endometriose des Sigmoids" (d.h. dass die Endometriose die Darmwand infiltriert hatte). Entsprechend dem Operationsbericht führte Prof. _____ eine diagnostisch-operative Laparoskopie, eine Salpingoovariolyse links (= Lösen von Verwachsungen im Bereich der Eileiter und des Eierstockes), eine laparoskopische Sigmaresektion (= Entfernung eines Darmstückes) sowie einen Nahtverschluss durch. Es ist unmöglich, mit Sicherheit zu beantworten, ob dieser Eingriff auch in der Klinik _____ hätte durchgeführt werden können. Entsprechend der auf dem Internet publizierten Spitalliste ist das _____ ein Spital mit maximaler Versorgung in Gynäkologie und Geburtshilfe, so dass ich davon ausgehe, dass der Eingriff auch im _____ hätte durchgeführt werden können. Des Weiteren ist Herr Dr. _____ ein in Endoskopie gut ausgebildeter Gynäkologe, was den Verdacht erhärtet, dass der Eingriff auch im _____ hätte durchgeführt werden können. Insbesondere hätte der Eingriff mit höchster Wahrscheinlichkeit in einem kombinierten Team aus Gynäkologen und Chirurgen dort durchgeführt werden können. Die laparoskopische Sigmateilresektion gehört heutzutage zu den Standardeingriffen in der Viszeralchirurgie. Mit Sicherheit kann ich zusätzlich sagen, dass der Eingriff am _____ hätte durchgeführt werden können.

1.b Im Falle einer bejahenden Antwort: Wie hoch wären die Kosten gewesen? Ad 1.b Entsprechend Ihrem E-Mail vom 10. Dezember 2012 und der Liste mit dem Akutspitälervertrag vom 1. Januar 2010 entnehme ich, dass im _____ (in der Annahme, dass oben erwähnter Eingriff im _____ hätte durchgeführt werden können) eine Teilpauschale mit Fallbezug von CHF 1696.- pro Fall sowie eine Teilpauschale mit Tagesbezug von CHF 225.- pro Tag verrechnet worden wäre. Somit muss klar gesagt werden, dass die Kosten bei einer Behandlung im _____ deutlich geringer gewesen wären. Auch in der Annahme, dass die Patientin am _____ operiert worden wäre (hier hätte der Eingriff mit Sicherheit durchgeführt werden können), wären die Kosten tiefer gewesen als jene, welche durch die Operation in der Klinik _____ entstanden sind. Bei einer Operation am _____ wären die Teilpauschale mit Fallbezug bei CHF 1834.- pro Fall und die zusätzliche Teilpauschale mit Tagesbezug von CHF 275.- pro Tag berechnet worden.

2.a Andernfalls, das heisst, wenn es nicht möglich gewesen wäre, die gleiche Operation durchzuführen, welche Art von Operation wäre dann im _____ oder in den anderen öffentlichen _____ Krankenhäusern (oder denen, die in der Liste des Kantons _____ angeführt sind) durchgeführt worden? Wie hoch wären die Kosten gewesen?

Ad 2.a Wie erwähnt, hätte der Eingriff im _____ oder andernfalls im _____ durchgeführt werden können. Bei einem kombinierten Eingriff zwischen Gynäkologen und Chirurgen ist anzunehmen, dass die Chirurgen für die Durchführung einer Darmresektion ein Staplergerät (= Klammergerät) gebraucht hätten. Die Kosten waren dann für das Spital, jedoch nicht für die Patientin höher gewesen. Die Kosten wären somit gleich geblieben.

2.b Lief diese Art der Behandlung, verglichen mit dem von Prof. Dr. med. _____ durchgeführten Eingriff, Gefahr, wesentlich wichtigere und bedeutend höhere Risiken hervorzurufen und war deshalb, abgesehen von dem Ergebnis, das man

durch diese Kur erreichen wollte, eine in ärztlicher Hinsicht verantwortungsvolle und zugegebenerweise auch im _____ oder den öffentlichen _____ (oder denen, die in der Liste des Kantons _____ angeführt sind) durchführbare und angemessene Behandlung konkret nicht gewährleistet? Ad 2.b Nein, wie erwähnt ist die laparoskopische Darmresektion heutzutage ein Standardeingriff in der Viszeralchirurgie. Der Eingriff hätte somit auch in anderen öffentlichen Spitälern minimal-invasiv durchgeführt werden können, so dass keine weiteren Kosten entstanden wären. 2.c Wäre die Operation, die man im _____ oder in den öffentlichen _____ Krankenhäusern (oder denen, die in der Liste des Kantons _____ angeführt sind) hätte absolvieren können, im Vergleich zu der von Dr. med. _____ durchgeführten Operation, invasiver, gefährlicher und mit längeren Heilungszeiten verbunden gewesen? Ad 2.c Nein, wie oben mehrmals erwähnt, sind diese Art Eingriffe in der Schweiz Standardeingriffe. Die endoskopische Chirurgie hat in der Schweiz eine langjährige Tradition, deshalb sind diese Verfahren in der Schweiz üblich. Der Eingriff hätte somit auch anderswo minimal-invasiv durchgeführt werden können, ohne dass dieser invasiver, gefährlicher und mit längeren Heilungszeiten für die Patientin verbunden gewesen wäre. 3.a War die Operationsmethode von Prof. Dr. med. _____ die einzig durchführbare Art, um die Pathologien, von denen RI 1 zu diesem Zeitpunkt betroffen war, zu heilen (bitte beachten Sie den wirklichen gesundheitlichen Zustand von Frau RI 1 [Notfall?])? Ad 3.a Bei Frau RI 1 handelte es sich klar nicht um einen Notfall. Die Schmerzen, die zur Operation geführt haben, sind im Austrittsbericht vom 27.8.2010 schon erwähnt, zusätzlich spricht Herr Prof. Dr. med. _____ in seinem Bericht vom 7. Oktober 2010 auch schon von einer Schmerzexazerbation, er erwähnt auch, dass eine Exzision des Befundes schon am 7. Oktober 2010 angedacht wurde. Im Operationsbericht wird nie von einer Notfalloperation gesprochen. Zu erwähnen ist ebenfalls (entsprechend dem Operationsbericht vom 16.11.2010), dass bei der rektovaginalen Narkoseuntersuchung kein Anhalt für eine Endometriose des hinteren Scheidengewölbes, des Septum rectovaginale und des Ligamentum sacrouterinum nachzuweisen waren. Die von Prof. Dr. med. _____ durchgeführte Operationsmethode bzw. eine diagnostisch-operative Laparoskopie ist heutzutage sicher Standard. Wie erwähnt, hätte eine Darmteilresektion auch mit einem Stapler (spezielles Klammergerät) durchgeführt werden können, ansonsten ist, wie erwähnt, die Operation per se eine Standardoperation. 3.b Präsentiert diese Methode in diagnostischer oder therapeutischer Hinsicht einen erheblichen diagnostischen oder therapeutischen Mehrwert? Ad 3.b Eine Endometriose, insbesondere eine Darmendometriose, kann erst bei einer diagnostisch-operativen Laparoskopie definitiv nachgewiesen werden. Dies war auch der Fall bei Frau RI 1, da, wie oben erwähnt, die rektovaginale Narkoseuntersuchung keinen Anhalt für eine Endometriose des hinteren Scheidengewölbes, des Septum rectovaginale und des Ligamentum sacrouterinum zeigte. Die Frage kann also damit beantwortet werden, dass die operative Laparoskopie in einer solchen Situation mit Sicherheit einen diagnostischen und therapeutischen Mehrwert erbringt, dass dieses Verfahren jedoch, wie schon mehrmals erwähnt, ein Standardverfahren ist. 4. Gab es zwischen den Ärzten im _____ und Prof. Dr. med. _____ eine unterschiedliche diagnostische oder therapeutische Methode, die zu diagnostischen oder therapeutischen Fehlern geführt hat? Ad 4. Auch diese Frage kann klar mit nein beantwortet werden. Im Zuweisungsbrief vom 27. August 2010 vom _____ an Frau PD Dr. med. _____, _____, steht im Procedere klar: "Bei positivem Kinderwunsch und aktuell fehlendem klinischen und sonographischen Hinweis auf grosse Endometrioseherde sehen wir aktuell

eine erneute Laparoskopie nicht für indiziert und haben mit der Patientin die Zuweisung in Ihre Spezialsprechstunde besprochen. Sollten Sie vor einer möglichen Therapie eine erneute Laparoskopie für indiziert halten, werden wir dies gerne durchführen oder bitten Sie, diese den Kollegen klinikintern zuzuweisen". In seinem Konsultationsbericht vom 7. Oktober 2010 berichtet Prof. Dr. med. _____ wie folgt: "Bei der Vaginaluntersuchung und Spiegeleinstellung konnte ich eine Endometriose der Parametrien, des Septum rectovaginale oder des Rektums ausschliessen... Sonographisch findet sich ein normal grosser, leicht adenomyomatös veränderter Uterus mit unauffälligen Adnexen. Keine freie Flüssigkeit im Douglas. Im postmiktionellen Ultraschall war die Blase leer". Die sonographischen sowie klinischen Untersuchungen werden also sowohl vom _____ als auch von Prof. Dr. med. _____ ähnlich zusammen gefasst. In einer solchen Situation bestehen, wie im Bericht des _____ erwähnt, zwei Möglichkeiten. Wenn der Kinderwunsch im Vordergrund steht, ist eine Behandlung zur Erfüllung dieses Kinderwunsches sicher vorrangig, da eine Darmendometriose die Entstehung einer Schwangerschaft wahrscheinlich nicht beeinflusst. Es ist vor allem auch zu erwähnen, dass eine solche reproduktionsmedizinische Behandlung eine vorbestehende Endometriose nicht verschlechtert. Falls die Schmerzen im Vordergrund stehen, so kann zuerst eine operative Sanierung des Befundes durchgeführt werden. Insgesamt muss deshalb gesagt werden, dass beide Wege medizinisch vertretbar sind (zuerst Durchführung von reproduktionsmedizinischen Massnahmen oder zuerst operative Therapie) und somit weder diagnostische noch therapeutische Fehler eingeleitet wurden. 5. Eventuelle Bemerkungen Der Begutachter leitet selbst ein zertifiziertes _____. In unserem Zentrum wurden in den letzten Jahren über hundert Darmresektionen wegen tief infiltrierender Endometriose durchgeführt. Die schwere Endometriose wird auf keiner Spitalliste erwähnt, so dass auch politisch angenommen wird, dass diese Fälle in allen Spitälern operiert werden können." (doc. XLV) 2.7. In caso di perizia giudiziaria, il giudice - di regola - non si scosta, senza motivi imperativi dalle conclusioni del perito medico, il cui ruolo consiste, appunto, nella messa a disposizione della giustizia della propria scienza medica per fornire un'interpretazione scientifica dei fatti considerati (DTF 125 V 352 consid. 3b/aa e riferimenti ivi menzionati). Il giudice può disattendere le conclusioni del perito giudiziario nel caso in cui il rapporto peritale contenesse delle contraddizioni oppure sulla base di una controperizia richiesta dal medesimo tribunale, che porti a un diverso risultato (DTF 101 IV 130). Il giudice può scostarsene anche nel caso in cui, fondandosi sulla diversa opinione di altri esperti, ritiene di avere sufficienti motivi per mettere in dubbio l'esattezza della perizia giudiziaria. Questi principi sono stati confermati in una sentenza 8C_104/2007 del 28 marzo 2008 nella quale il Tribunale federale ha sottolineato che: " Per quanto concerne in particolare le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le proprie conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie nella perizia stessa oppure l'esistenza di altri rapporti in grado di inficiarne la conclusione. In tale evenienza, la Corte giudicante può disporre una superperizia oppure scostarsi, senza necessità di ulteriori complementi, dalle conclusioni del referto peritale giudiziario (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 353 e riferimenti)." 2.8. In concreto è pacifico che, di per sé, la prestazione effettuata presso la Clinica _____ di _____ ad opera del Prof. dr. med. _____, di massima, è una prestazione

obbligatoria a carico della LAMal (cfr. anche doc. 7 e 23). Pure incontestata la circostanza che lo _____ figura nell'elenco degli ospedali del Canton _____ con tariffe riconosciute per la camera comune (“_____”), mentre la Clinica _____ è un istituto privato che non dispone di letti in camera comune e non figura nella “_____” (cfr. doc. 13). Va pertanto esaminato se la prestazione effettuata dal Prof. dr. med. _____ poteva essere eseguita in un'altra struttura _____ figurante sulla lista di quel Cantone (cfr. anche sentenza 9C_654/2010 del 24 novembre 2010, consid. 3.1: “Da das SPZ - wie feststeht und unbestritten ist - nicht auf der Spitalliste des Kantons Schwyz figuriert und kein Notfall im Sinne von Art. 41 Abs. 2 KVG vorliegt, ist für die streitige Kostenübernahme, entgegen der von der Vorinstanz vertretenen Auffassung, entscheidend, ob die erforderliche Leistung in einem auf der Spitalliste des Kantons Schwyz aufgeführten kantonalen oder ausserkantonalen Spital angeboten worden wäre.“, cfr. anche la già citata 9C_972/2011 del 7 maggio 2012). Se ciò è il caso, ossia se non vi era alcun motivo medico ai sensi dell'art. 41 cpv. 2 lett. b vLAMal per un trattamento presso la Clinica _____, il rimborso dei costi va effettuato secondo la tariffa usualmente applicabile per un ricovero simile nel Canton _____ (cfr. anche sentenza 9C_654/2010 del 24 novembre 2010, consid. 3.1: „Wie die Vorinstanz - nicht offensichtlich unrichtig und für das Bundesgericht verbindlich - festgestellt hat (Art. 97 Abs. 1, 105 Abs. 2 BGG), erfolgten die Behandlungen in der Klinik Y. _____ nicht aus medizinischen Gründen im Sinne von aArt. 41 Abs. 2 lit. b KVG. Es bestand darum kein Anspruch auf die volle Übernahme der dort in Rechnung gestellten Kosten durch die Beschwerdegegnerin aus der OKP, weil dieses Privatspital nach der kantonalen Spitalplanung als Institution zur Versorgung von Patientinnen und Patienten in der Halbprivat- und Privatabteilung (Spitalliste B) zugelassen war, und nicht zur Versorgung in der Allgemeinen Abteilung (Spitalliste A) (Zürcher Spitalliste 2001). Da die Klinik damit nicht über einen Tarif für die von den KVG-Versicherern aus der OKP anteilmässig abzugelenden Behandlungskosten verfügte, musste von der Beschwerdegegnerin zur Festsetzung der Rückvergütung eines Kostenanteils ein Referenztarif hinzugezogen werden.“). 2.9. Dagli accertamenti effettuati pendente causa dal TCA è innanzitutto emerso che non sono stati i medici dello _____ ad indirizzare la ricorrente presso il dr. med. _____. Interpellato in merito, il dr. med. _____ “Cherfarzt –Stellvertreter” del _____ ha evidenziato che, pur non potendo ricostruire esattamente il colloquio avuto con l'interessata e pur essendo stato possibile, visti gli interventi pregressi, che le sia stato consigliato di terminare la terapia presso il dr. med. _____ di _____, poteva affermare con sicurezza di non averla inviata alla clinica _____ (doc. XVI: “Wir haben Frau RI 1 sicher nicht an Prof. _____ überwiesen, sonst würde ja ein schriftlichen Ueberweisungsschreiben vorliegen. Wir haben aber sicherlich ausführlich die Vorgeschichte aufgenommen und Therapien diskutiert. (...)”). Lo specialista ha inoltre evidenziato che è possibile che si sia discusso del dr. med. _____ poiché era necessario conoscere esattamente tutti i trattamenti cui l'interessata si era sottoposta. Non è tuttavia stata registrata a protocollo alcuna nota in tal senso (doc. XVI: “Wenn über Chirurgie und über Chirurgen gesprochen wurde, ist es sehr gut möglich, dass wir Prof. _____ erwähnt haben. Es war uns sicher wichtig zu wissen, von wem Frau RI 1 schon operiert wurde, da wir dieser Information die Qualität der Chirurgie abschätzen konnten. Eine entsprechende Bemerkung ist allerdings nicht protokolliert”). La ricorrente non ha del resto apportato alcuna prova in senso contrario ed anzi in uno scritto indirizzato all'assicuratore, datato 13 settembre 2010, ma in realtà del mese di ottobre (CO 1 lo ha ricevuto il 15 ottobre e la ricorrente fa riferimento alla convocazione del 7 ottobre

2010 del dr. med. _____, l'interessata aveva sostenuto che era stato semmai il dr. med. _____ a consigliarle il dr. med. _____ (doc. 4: " Purtroppo Dr. _____ a causa del sopracitato grave problema di salute non può più operare, ho quindi chiesto chi fosse uno specialista di endometriosi all'interno del Canton _____ al Dott. _____ che mi ha consigliato di rivolgermi al Dr. _____ esperto di endometriosi della clinica _____ di _____, tralaltro clinica Partner di CO 1 ", sottolineatura del redattore). Inoltre, va comunque evidenziato che il 26 ottobre 2010, ossia prima dell'intervento presso la Clinica _____, l'assicuratore aveva informato l'interessata che avrebbe pagato al massimo la tariffa applicabile per una prestazione analoga presso lo _____ (doc. 7 e 10). Ora, va qui rammentato come, secondo la giurisprudenza, di regola un'informazione erronea fornita da un'amministrazione è vincolante quando l'autorità, intervenendo in una situazione concreta nei confronti di persone determinate, era competente a rilasciarla, il cittadino non poteva riconoscerne l'inesattezza e, sempre che l'ordinamento legale non sia mutato nel frattempo, fidente nell'informazione ricevuta egli abbia preso delle disposizioni non reversibili senza pregiudizio (DTF 131 II 636 consid. 6.1, 129 I 170 consid. 4.1, 126 II 387 consid. 3a, 122 II 123 consid. 3b/cc, 121 V 66 consid. 2a; RAMI 2000 no. KV 126 pag. 223). In concreto la ricorrente, implicitamente, sembrava voler invocare la propria buona fede. Tuttavia, essendo stata resa attenta preventivamente dall'assicuratore circa i costi che le sarebbero stati rimborsati in caso di intervento presso la Clinica _____, l'interessata non può prevalersi di eventuali informazioni erronee, tra l'altro non comprovate e neppure rese verosimili, ottenute in precedenza. 2.10. In queste condizioni, escluso già di primo acchito che si fosse trattato di un caso di urgenza, essendo l'intervento pianificato (doc. 5), resta da esaminare se il trattamento effettuato dal dr. med. _____ poteva essere eseguito anche presso lo _____ o presso un altro ospedale pubblico del Canton _____ figurante nella _____. In caso di risposta positiva occorre ancora accertare se l'intervento effettuato presso la Clinica _____, offriva vantaggi di natura diagnostica e/o terapeutica - segnatamente perché comportava rischi minori, una prognosi maggiormente favorevole per quanto concerne eventuali effetti collaterali e sequele tardive, ossia se presentava, dal profilo diagnostico o terapeutico, un valore aggiunto considerevole (" einen erheblichen diagnostischen oder therapeutischen Mehrwert ", cfr., per analogia, sentenza K 141/03 del 17 gennaio 2005). Ciò presuppone la prova che presso gli altri ospedali non esisteva nessuna possibilità di cura oppure che un provvedimento diagnostico o terapeutico ivi praticato, se confrontato con l'alternativa proposta altrove, comportasse rischi importanti e considerevolmente più elevati e che perciò, tenuto conto del risultato che si intendeva raggiungere tramite la cura, un trattamento responsabile da un punto di vista medico ed eseguibile in maniera ammissibile presso gli altri ospedali e, quindi, di tipo appropriato, non fosse concretamente garantito (cfr., per analogia, anche sentenza K 39/01 del 14 ottobre 2002, consid. 1.3). 2.11. Chiamato a pronunciarsi nella concreta evenienza, questo Tribunale non vede ragioni che gli impediscano di fare propria la valutazione espressa dal perito giudiziario, prof. dr. med. _____, _____ presso la _____ dell' _____, specialista proprio nella materia che qui interessa. Il dr. med. _____ ha chiaramente stabilito, senza alcun dubbio, che il medesimo intervento, con gli stessi benefici poteva essere effettuato verosimilmente anche presso lo _____, ma in ogni caso, sicuramente, presso l' _____ di _____ (" Mit Sicherheit kann ich zusätzlich sagen, dass der Eingriff am _____ hätte durchgeführt werden können ", pag. 3 doc. XLV). Il perito ha insistito sulla circostanza che l'operazione eseguita dal Prof. dr. med. _____

è un'operazione di routine che viene effettuata senza particolari problemi in numerosi ospedali pubblici (doc. XLV, pag. 4: “ Nein, wie erwähnt ist die laparoskopische Darmsektion heutzutage ein Standardeingriff in der Viszeralchirurgie. Der Eingriff hätte somit auch in anderen öffentlichen Spitälern minimal-invasiv durchgeführt werden können, so dass kein weiteren Kosten entstanden wären “; e doc. XLV pag. 4-5: „ Nein, wie oben mehrmals erwähnt, sind diese Art Eingriffe in der Schweiz Standardeingriffe. Die endoskopische Chirurgie hat in der Schweiz eine langjährige Tradition, deshalb sind diese Verfahren in der Schweiz üblich. Der Eingriff hätte somit auch anderswo minimal-invasiv durchgeführt werden können, ohne dass dieser invasiver, gefährlicher und mit längeren Heilungszeiten für die Patientin verbunden gewesen wäre “). Il perito, che ha confermato l'assenza di una qualsiasi urgenza (doc. XLV, pag. 5: “ Bei Frau RI 1 handelte es sich klar nicht um einen Notfall ” e „ Im Operationsbericht wird nie von einer Notfalloperation gesprochen “), ha stabilito che il metodo operativo del dr. med. _____ non è particolare ed è uno standard a livello svizzero (doc. XLV, pag. 5: „ Die von Prof. Dr. med. _____ durchgeführte Operationsmethode bzw. eine diagnostisch-operative Laparoskopie ist heutzutage sicher Standard. Wie erwähnt, hätte eine Darmteilsektion auch mit einem Stapler (spezieller Klammergerät) durchgeführt werden können, ansonsten ist, wie erwähnt, die Operation per se eine Standardoperation “). Il Prof. dr. med. _____ ha pure escluso una differenza diagnostica o terapeutica tra i medici dello _____ e il dr. med. _____, così come qualsiasi errore (doc. XLV, pag. 6: “ Auch diese Frage kann klar mit nein beantwortet werden ” e „ Die sonographischen sowie die klinischen Untersuchungen werden also sowohl vom _____ als auch von Prof. Dr. med. M. _____ ähnlich zusammen gefasst. In einer solchen Situation bestehen, wie im Bericht des _____ erwähnt, zwei Möglichkeiten. Wenn der Kinderwunsch im Vordergrund steht, ist eine Behandlung zur Erfüllung dieses Kinderwunsches wahrscheinlich nicht beeinflusst. (...) Falls die Schmerzen im Vordergrund stehen, so kann zuerst eine operative Sanierung des Befundes durchgeführt werden. Insgesamt muss deshalb gesagt werden, dass beide Wege medizinisch vertretbar sind (zuerst Durchführung von reproduktionsmedizinischen Massnahmen oder zuerst operative Therapie) und somit weder diagnostische noch therapeutische Fehler eingeleitet wurden “). Di per sé l'operazione effettuata comporta un plusvalore diagnostico e terapeutico, ma essendo un'operazione standard, poteva essere eseguita anche in un ospedale pubblico (doc. XLV pag. 5:” Die Frage kann also damit beantwortet werden, dass die operative Laparoskopie in einer solchen Situation mit Sicherheit einen diagnostischen und therapeutischen Mehrwert erbringt, dass dieses Verfahren jedoch, wie schon mehrmals erwähnt, ein Standardverfahren ist ”). Le conclusioni del Prof. dr. med. _____ erano del resto già state tratte dal medico fiduciario di _____, dr. med. _____, il quale il 21 settembre 2011 ha affermato che “ Der von Prof. _____ vorgeschlagene Eingriff ist ein Standardeingriff und gehört zum visceralchirurgischen Alltag ” ed ha escluso che per motivi medici l'intervento dello specialista della Clinica _____ potesse essere effettuato solo in quella struttura sanitaria (doc. 23). Il dr. med. _____ ha segnalato la possibilità di effettuare la medesima operazione all' _____ di _____ (doc. 23, risposta 2) ed ha sottolineato che “ Die geplante Operation entspricht einem Standardvorgehen und stellt keine spezifische Behandlung dar, welche nur Prof. _____ ausführen könnte. Insofern kann der Eingriff nicht als “Methode von Prof. _____” bezeichnet werden“ (doc. 23). Va a questo proposito rammentato che per l'art. 57 cpv. 4 e 5 LAMal il medico di fiducia consiglia l'assicuratore su questioni d'ordine medico come pure su problemi relativi alla

rimunerazione e all'applicazione delle tariffe. Esamina in particolare se sono adempite le condizioni d'assunzione d'una prestazione da parte dell'assicuratore. Il medico di fiducia decide autonomamente. Né l'assicuratore né il fornitore di prestazioni e le rispettive federazioni possono impartirgli istruzioni. La LAMal attribuisce quindi un ruolo importante al medico fiduciario, divenuto un organo di applicazione dell'assicurazione malattia sociale. Il medico fiduciario si occupa di valutare l'adeguatezza allo scopo e l'economicità di un trattamento. Il suo ruolo consiste in particolare nell'evitare agli assicuratori malattia la presa a carico di misure inutili e nell'offrire all'assicurato una certa protezione contro un eventuale rifiuto ingiustificato dell'assicuratore di versare prestazioni (DTF 127 V 48 = sentenza del 21 marzo 2001, K87/00 p. 4 consid. 2d e dottrina citata). Infine, non va dimenticato che, con un parere approfondito e motivato, anche il dr. med. _____ “
Chefarzt-Stellvertreter” dello _____, interpellato dal TCA il 24 ottobre 2011 ha evidenziato che quanto effettuato dal dr. med. _____ “kann im Kanton _____ in öffentlichen Spitälern durchgeführt werden” (doc. XVI). Per contro l'insorgente, oltre alla presa di posizione del dr. med. _____, del 15 dicembre 2011, comunque anteriore alla perizia del Prof. dr. med. _____, non ha prodotto ulteriore documentazione medica, pendente causa, a sostegno della sua tesi, che possa sovvertire quanto accertato dal perito. Lo specialista _____ del resto, nel suo ultimo scritto, riprende in sostanza le critiche sollevate dalla ricorrente, evidenziando la particolare esperienza ed abilità del dr. med. _____, che opera senza la necessità di far capo ad un team medico composto sia da ginecologi che da chirurghi (doc. XXVIII). La sola circostanza che il dr. med. _____ è un ginecologo che esegue anche interventi di chirurgia viscerale e non necessita di un team di medici, non è tuttavia un motivo per ritenere che lo stesso intervento non possa essere effettuato con i medesimi benefici presso le strutture pubbliche _____, né implica che vi sia una differenza nel metodo di intervento. Del resto, il fatto che una clinica specializzata abbia maggior esperienza nel settore specifico non configura un valido motivo per porre l'intervento a carico dell'assicuratore (cfr., per analogia, la sentenza K 39/01 del 14 ottobre 2002, consid. 1.3). In queste condizioni la richiesta della ricorrente dell'11 marzo 2013 (doc. L) di sottoporre ulteriori domande al perito o di procedere con l'allestimento di una perizia va respinta. La circostanza che nel 2010 in Svizzera vi fossero solo due centri abilitati e certificati per l'endometriosi e che siano stati creati centri specializzati non significa che l'intervento effettuato presso la Clinica _____ non fosse fattibile altrove. Anche la questione sollevata sempre l'11 marzo 2013 circa l'approccio diagnostico terapeutico dei medici o la questione del desiderio di avere un bambino (“Kinderwunsch”) sono già state sufficientemente motivate dal perito e non necessitano di ulteriori indagini. In particolare il Prof. dr. med. _____ ha spiegato quali interventi sarebbero stati necessari a dipendenza della priorità posta dalla ricorrente (far cessare i dolori o avere un bambino, doc. XLV, pag. 6). Infine il TCA non ha motivo per ritenere che quanto affermato dal Prof. dr. med. _____ non si riferisca al 2010, ritenute le chiare domande poste da questo Tribunale e le risposte fornite dallo specialista. Alla luce della perizia del Prof. dr. med. _____ e degli accertamenti effettuati pendente causa, il TCA ritiene di conseguenza superfluo procedere con l'assunzione di ulteriori prove, tra cui quelle chieste dalla ricorrente, giacché la documentazione acquisita, motivata, convincente e non contraddittoria, non necessita ulteriori approfondimenti. Va a questo proposito rammentato che 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). 2.12. In queste condizioni, non essendoci motivi di ordine medico che avrebbero impedito alla ricorrente di farsi operare in una struttura pubblica conformemente all'elenco ospedaliero _____ (_____), l'assicuratore deve rimborsare i costi dell'intervento secondo la tariffa usualmente applicabile per un ricovero simile nel Canton _____ (cfr. art. 41 cpv. 2 lett. b vLAMal; cfr. anche sentenza 9C_654/2010 del 24 novembre 2010, consid. 3.1). Dalla perizia del Prof. dr. med. _____ emerge che presso il _____ il costo sarebbe stato, nel 2010, di fr. 1'696 per intervento oltre a fr. 225 per ogni giorno d'ospedalizzazione. Presso l'_____ i costi sarebbero ammontati a fr. 1'834 per caso, oltre a fr. 275 al giorno (doc. XLV pag. 3). Ora, anche volendo prendere in considerazione, in luogo della tariffa applicabile per il reparto di ginecologia, utilizzata dal Prof. dr. med. _____, quella, più favorevole per la ricorrente, applicabile al reparto di chirurgia del _____, ossia fr. 2'885 per intervento e fr. 202 per giorno di ospedalizzazione (cfr. doc. 7, 13 e 24, nonché, abbondanzialmente, e-mail del 10 dicembre 2012 di _____ al TCA, trasmesso alle parti, con allegate le tariffe 2010-2011 applicabili a _____ citato nel referto peritale [doc. XLV, pag. 5]), ritenuto che l'insorgente è stata degente presso la Clinica _____ dal 16 al 19 novembre 2010, si ottiene l'importo di fr. 3'693, corrispondente a quanto riconosciuto dall'assicuratore (2'885 + [202 X 4]). Da rilevare che, utilizzando la tariffa della chirurgia viscerale applicabile all'_____ di _____ si otterrebbe un importo leggermente superiore fr. 3'848 (2'628 + [305 x 4]), mentre il dr. med. _____, interpellato dal TCA aveva invece fornito cifre poco precise, senza documentazione specifica, (cfr. doc. XVI: " Bezüglich Kosten bei einer allgemein versicherten Patientin entstehen bei einer stationären Behandlung eine fixe Pauschale von zirka 3'000.-- Franken und dann für jeden Tag zusätzlich eine fixe Tagespauschale von zirka 400.-- Franken "). Va qui segnalata, a questo proposito, la già citata sentenza 9C_972/2011 del 7 maggio 2012, dove il TF, circa la tariffa da applicare, ha in sostanza confermato l'utilizzazione dell'importo inferiore, in applicazione del principio dell'economicità (cfr. art. 32 cpv. 1 LAMal). In quell'occasione l'Alta Corte ha affermato: " Die Beschwerdegegnerin hat dazu die Taxe des Spitals X. _____ am damaligen Wohnort des Beschwerdeführers herangezogen und nicht den höheren Tarif des Universitätsspitals. Wie die Vorinstanz in diesem Zusammenhang erwogen hat, ist auch bei stationären Behandlungen Voraussetzung der Kostenübernahme durch die OKP, dass diese wirtschaftlich sein müssen (Art. 32 Abs. 1 KVG). Wirtschaftlich ist bei vergleichbarem medizinischem Nutzen die kostengünstigste Alternative, wobei die Kostendifferenz zwischen Alternativen deutlich sein muss (ausführlich zum Begriff der Wirtschaftlichkeit: EUGSTER, Bundesgesetz über die Krankenversicherung, 2010, Rz. 11-12 zu Art. 32 KVG [Kasuistik nach Themen: Rz. 15]). Vorliegend betrage die Differenz zwischen den Tarifen des Universitätsspitals und des

Spitals X._____ Fr. 4'776.-, womit der Referenztarif des Spitals X._____ deutlich kostengünstiger sei.

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