

TI_GERICHTE 36.2013.23 vom 7. Mai 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-05-07, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2013.23

FR: TI_GERICHTE 36.2013.23 du 7 mai 2014

IT: TI_GERICHTE 36.2013.23 del 7 maggio 2014

Regeste

Degenza ospedaliera fuori Cantone. La Clinica scelta dall'assicurato non figura nell'elenco degli istituti. Nemmeno v'era un motivo d'ordine medico per andare fuori Cantone: né c'era urgenza, né l'intervento non poteva essere fatto altrove. La Cassa malati non si deve assumere i costi della degenza

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. 2.5

Come visto, la legislazione federale prevede che 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 (art. 41 cpv. 1bis LAMal). 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, salvo nei casi d'urgenza, è necessaria un'autorizzazione del Cantone di domicilio (art. 41 cpv. 3 LAMal). La legge (art. 41 cpv. 2 LAMal fino al 31 dicembre 2008, attuale art. 41 cpv. 3bis LAMal) prevede che v'è un motivo di ordine medico innanzitutto in caso di un'urgenza, cioè quando le cure mediche devono essere iniziate senza indugio e non è possibile né adeguato imporre all'assicurato di ritornare nel suo Cantone di domicilio per essere ricoverato in Ospedale (RAMI 2002, pag. 475). In secondo luogo, quando le prestazioni necessarie non possono essere fornite nelle strutture presenti nel luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato, se si tratta di cura ambulatoriale rispettivamente in un ospedale che figura nell'elenco allestito dal Cantone di domicilio, se si tratta di cura ospedaliera. In DTF 125 V 448 la nostra Massima Istanza ha

evidenziato che in questo modo la LAMal, pur nel rispetto del diritto alla libera scelta del fornitore di prestazioni, incita in modo indiretto gli assicurati a conformarsi alla pianificazione ospedaliera cantonale imponendo loro la differenza dei costi di cura di un'ospedalizzazione se si recano, per ragioni personali, in uno stabilimento non presente sulla lista della pianificazione del Cantone di domicilio. In DTF 127 V 138 l'allora TFA ha affermato che per prestazioni necessarie ai sensi dell'art. 41 cpv. 2 secondo periodo LAMal nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2008, vanno intesi i provvedimenti diagnostici e terapeutici necessari e sufficienti al trattamento della malattia secondo l'indicazione medica e per i quali sono adempiuti i requisiti per l'assunzione dei costi nel quadro dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie; si tratta in particolare delle prestazioni che adempiono i criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità ai sensi dell'art. 32 cpv. 1 LAMal. Al consid. 4a)c)aa) il TFA ha rammentato che secondo il vecchio diritto " ein medizinischer Grund war gegeben, wenn es keine Vertragsanstalt am Wohnort der versicherten Person oder in dessen Umgebung gab, welche in der Lage war, die indizierte Behandlung vorzunehmen, oder wenn es mit Blick auf die Dringlichkeit sich als gefährlich erwies, den Patienten in eine solche Anstalt zu transportieren. ". Con sentenza pubblicata in DTF 130 V 87 l'Alta Corte ha stabilito che l'assenza presso il luogo di domicilio dell'assicurato di un istituto che sia in grado di offrire il trattamento indicato o la pericolosità di un eventuale trasporto del paziente in un altro istituto possono costituire un motivo di ordine medico. Se il metodo di trattamento più appropriato non viene offerto o applicato all'interno dello spazio territoriale con la copertura dei costi massimale da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie descritto dall'art. 41 cpv. 2 LAMal valido fino al 31 dicembre 2008 (corrispondente agli attuali art. 41 cpv. 3 e 3bis LAMal), ciò può, a determinate condizioni, rappresentare un motivo d'ordine medico atto a giustificare la scelta di un altro fornitore di prestazioni. Secondo il Tribunale federale il trattamento offerto al di fuori del Cantone deve presentare un importante plusvalore diagnostico o terapeutico rispetto alle alternative offerte all'interno del Cantone. Vantaggi solo minimi, difficilmente valutabili o persino contestati del trattamento praticato fuori Cantone, non costituiscono un motivo d'ordine medico ai sensi del vecchio art. 41 cpv. 2 LAMal. Laddove entrano in considerazione più luoghi di trattamento fuori Cantone, la copertura integrale dei costi da parte dell'assicurazione obbligatoria si limita, in virtù del principio di economicità (art. 32 cpv. 1 LAMal), al trattamento meno costoso (DTF 127 V 138 consid. 5). In presenza di motivi di ordine medico ai sensi del vecchio art. 41 cpv. 2 secondo periodo lett. b e 3 LAMal, attuale art. 41 cpv. 3 e 3bis lett. b LAMal, qualora entrino in linea di conto, dal punto di vista dell'appropriatezza, più luoghi di cura al di fuori del Cantone, va per principio scelto quello figurante nell'elenco degli ospedali del Cantone di domicilio della persona assicurata (RAMI 2003 KV 254 pag. 234, consid. 5.1.1). A proposito dell'applicazione dell'art. 41 cpv. 3 LAMal nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2008, il Tribunale federale ha emesso il 26 gennaio 2012 la sentenza 9C_456/2011 relativa ad una degenza in una Clinica privata non sovvenzionata. In quel caso uno specialista in neurochirurgia ha chiesto al Canton Vaud la garanzia per il pagamento di un trattamento fuori Cantone, ossia di assumersi la differenza fra i costi fatturati e la tariffa che l'Ospedale applica ai residenti del Cantone per un'operazione di chirurgia da parte del dr. Y, specialista in neurochirurgia alla Clinica A, visto che in Svizzera non esistevano altri centri per procedere con un tale intervento. Il Cantone ha rilasciato una garanzia di pagamento per l'ospedalizzazione alla Clinica B, visto che la prestazione non era possibile nel Canton Vaud. La Cassa malati dell'assicurata è intervenuta

chiedendo di garantire l'operazione eseguita dal dr. Y alla Clinica A, essendo l'unico specialista in Svizzera che poteva eseguire questa operazione e che operava soltanto in quella Clinica. La Cassa malati ha interposto ricorso all'Alta Corte contro la decisione dell'autorità giudiziaria cantonale, secondo cui la Clinica B è un istituto privato sovvenzionato dall'ente pubblico, mentre la Clinica A non è né un ospedale pubblico né un istituto sussidiato dall'ente pubblico. Il Canton Vaud non doveva assumersi la differenza dei costi, poiché l'assicurata aveva fatto capo ad uno stabilimento privato (né pubblico, né sussidiato) situato fuori dal Cantone di domicilio. Il Tribunale federale ha respinto il ricorso della Cassa malati, poiché l'art. 41 cpv. 3 LAMal (nel suo tenore fino al 31 dicembre 2008) prevedeva che l'obbligo del Cantone di domicilio di assumersi la differenza dei costi esiste soltanto se l'assicurato ha subito un trattamento in un ospedale pubblico o sussidiato, ciò che non è il caso in concreto, poiché l'assicurata si è fatta curare in una clinica privata, non sussidiata. Il TF ha inoltre rilevato che nel caso in cui gli ospedali privati non applicano in generale delle tariffe differenziate per determinare i costi delle prestazioni fornite nell'ambito dell'assicurazione malattia obbligatoria a dipendenza che il paziente sia domiciliato nel Cantone o risieda in un altro Cantone, la questione del pagamento della differenza dei costi non si pone. Infine, la Massima Istanza ha osservato di avere già negato, in relazione con l'art. 49 cpv. 1 LAMal (nel suo tenore in vigore fino al 31 dicembre 2008), l'obbligo del Cantone di contribuire alle spese del trattamento ospedaliero quando l'assicurato, che abita in questo Cantone, è ospedalizzato nel reparto comune di una clinica privata del Cantone, non sovvenzionata dall'ente pubblico (DTF 130 V 479). Dal momento che il Cantone di domicilio non partecipa alle spese di un tale trattamento quando l'assicurato ricorre ai servizi di una clinica privata nel Cantone, non gli si può nemmeno imporre un obbligo di partecipazione ai costi quando l'assicurato è ospedalizzato in una clinica privata di un altro Cantone.

2.6. In applicazione dell'art. 39 LAMal il Cantone Ticino ha emanato il Decreto legislativo del 29 novembre 2005 (RL 6.4.6.1.2) concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie, in essere dal 2 ottobre 2007. Per ottenere l'autorizzazione a fornire prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, l'ospedale o un suo reparto deve figurare nell'elenco cantonale degli ospedali. Il Cantone riconosce di principio quale ospedale di destinazione per i suoi pazienti il nosocomio inserito nel proprio elenco ospedaliero e rilascia una garanzia finanziaria dei costi di degenza a carico del Cantone. L'art. 1.1 del citato Decreto elenca gli istituti situati nel Cantone Ticino, mentre l'art. 1.2 concerne gli istituti situati fuori Cantone. Quest'ultima norma prevede che in caso d'ospedalizzazione fuori Cantone, la protezione tariffale integrale (secondo gli artt. 41 e 44 LAMal nel tenore in essere fino al 31 dicembre 2008) è data solo se la degenza avviene in un reparto dei 27 istituti elencati (lista chiusa) con relativo mandato di prestazione e se sussiste almeno uno dei seguenti requisiti: il trattamento necessario non è offerto nel Cantone Ticino oppure in caso d'urgenza o in caso di tempi d'attesa troppo lunghi per un ricovero nel Cantone. In concreto, il TCA rileva che nella pianificazione ospedaliera attuale del Cantone Ticino il nosocomio scelto dal ricorrente, la _____ di _____, non figura nella lista degli istituti situati fuori Cantone. Questo istituto non figura neppure nella lista degli ospedali acuti (doc. 3) approntata dal Consiglio di Stato del Canton _____ con decisione del 21 settembre 2011 e valida per l'anno 2012 (_____) Di conseguenza l'assicurato, che 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 (art. 41 cpv. 1bis LAMal), si è sottoposto all'intervento di concotomia e di correzione del naso in un

istituto che non figura nell'elenco del Cantone di domicilio. Occorre perciò verificare se esista un motivo di ordine medico ai sensi dell'art. 41 cpv. 3bis LAMal, affinché l'assicuratore malattia - ed il Cantone, ciò che non è però qui in discussione - si assumano la loro quota parte.

2.7. L'art. 41 cpv. 3bis LAMal, come visto, stabilisce che sono considerati motivi d'ordine medico i casi d'urgenza e quelli in cui le necessarie prestazioni non possono essere dispensate in un ospedale che figura nell'elenco del Cantone di domicilio allestito giusta l'art. 39 cpv. 1 lett. e LAMal. Nel caso di specie, dalla documentazione agli atti emerge innanzitutto che il ricovero presso la Clinica _____ non è da ascrivere ad uno stato di urgenza. Come visto, c'è urgenza quando l'assicurato che soggiorna temporaneamente in un altro Cantone ha bisogno di un trattamento medico immediato e non è possibile o non è adeguato imporre all'assicurato di ritornare nel suo Cantone di domicilio per essere ricoverato in ospedale (cfr. consid. 2.5). Non c'è invece urgenza quando l'assicurato si reca volontariamente in un ospedale di un altro Cantone allo scopo di effettuare un determinato trattamento. Determinante è che la persona interessata abbia bisogno immediatamente ed in maniera impreveduta di una cura in un altro Cantone (STF 9C_11/2007 del 4 marzo 2008, consid. 3.2, cfr. anche RAMI 2002 pag. 475). A comprova dell'assenza di urgenza vi è la circostanza che il 6 marzo 2012 l'assicurato ha preventivamente avuto un consulto specialistico con il chirurgo che l'ha operato il 12 giugno 2012 (doc. 5), il quale il 22 marzo seguente (doc. 5/3) gli ha inviato un preventivo dei costi delle sue prestazioni (Fr. 7'200.-). Inoltre, il 10 maggio 2012 (doc. 11) la predetta Clinica ha inviato all'interessato un'offerta per due giorni di degenza contestuali all'intervento previsto della durata di 3 ore, comunicando che il costo sarebbe ammontato a Fr. 11'550.-. Il 21 maggio 2012 (doc. 11) l'assicurato ha effettuato il versamento di questa somma e dell'onorario del chirurgo (doc. 13). Pertanto, il suo ricovero fuori Cantone non era certamente dovuto ad un motivo d'urgenza né tanto meno il ricorrente sostiene questa tesi. Si è solo trattato di una scelta volontaria del paziente di volersi recare in un ospedale fuori dal Cantone di domicilio appositamente per potere beneficiare di determinate cure prestate dal dr. med. _____. Infine, va evidenziato che inizialmente l'interessato è stato ammesso nel nosocomio _____ a beneficio della garanzia di copertura della Cassa malati soltanto in regime ambulatoriale e solo per la correzione del labbro superiore (doc. A4), mentre la degenza stazionaria e l'intervento al naso - quest'ultimo è stato poi anch'esso riconosciuto, ma ambulatorialmente (docc. XXIX e XLV) - sono stati rifiutati siccome considerati non necessari rispettivamente estetici, perciò il ricorrente si è di fatto assunto personalmente l'onere finanziario dell'operazione, un mese prima che avesse luogo l'intervento programmato (doc. 11). La prassi medico-amministrativa prevede che sia il medico curante che organizza tali ricoveri fuori Cantone per motivi medici ad informare il paziente dell'esito (negativo o positivo) della richiesta, il quale potrà così decidere se farsi ricoverare fuori Cantone, tenendo conto della (non) partecipazione finanziaria del suo assicuratore malattia. Dal profilo procedurale, può restare aperta la questione a sapere se il ricorso, non avendo l'assicurato preventivamente ottenuto l'autorizzazione dalla sua Cassa malati di potersi sottoporre ad un intervento fuori Cantone in regime stazionario, andrebbe già respinto, essendo comunque da respingere nel merito.

2.8. Va ora esaminato se c'era un motivo di ordine medico in senso stretto che possa avere giustificato la necessità di beneficiare delle prestazioni di un nosocomio che non figurava nell'elenco del Cantone di domicilio dell'assicurato. Utilizzando i termini previsti dall'art. 41 cpv. 3bis LAMal, occorre verificare se il trattamento necessario a cui l'assicurato si è sottoposto alla Clinica _____ non era dispensato da uno dei 27 ospedali riconosciuti dal Cantone Ticino,

condizione che quindi giustificerebbe il diritto di recarsi in un nosocomio fuori lista. Nella fattispecie, il ricovero dell'assicurato nel giugno 2012 presso la _____ di _____ è avvenuto allo scopo di sottoporsi ad un intervento al labbro superiore ed al naso, resi necessari dalla malformazione congenita denominata labbiopalatoschisi di cui è affetto il ricorrente e che l'ha portato, sin dalla nascita, ad affrontare fino ad allora una quindicina di interventi chirurgici. L'operazione in discussione, però, è la prima che l'insorgente ha subito presso questa struttura. Ora, fra le parti non è contestato che un intervento simile avrebbe potuto di principio essere realizzato almeno in un altro dei 27 ospedali fuori Cantone ammessi nella lista ticinese. Non vi erano, in altre parole, motivi di ordine medico per ritenere che il trattamento offerto dal dr. med. _____ avrebbe presentato un importante plusvalore diagnostico o terapeutico rispetto a quanto offerto dagli altri ospedali, nel senso che altri chirurghi sarebbero stati in grado di praticare la correzione del labbro superiore e del naso, comprensiva sia di una concotomia bilaterale sia della correzione delle narici, senza mettere con ciò in dubbio le capacità professionali del dr. med. _____ che ha operato l'assicurato. È pacifico che un trattamento responsabile ed esigibile da un punto di vista medico era possibile senza che ciò comportasse rischi importanti e considerevolmente più elevati (DTF 131 V 271 consid. 3.2 pag. 276; RAMI 2003 no. KV 253 pag. 231 consid. 2) e, pertanto, tenuto conto del risultato che si intendeva raggiungere attraverso la cura, un trattamento responsabile ed esigibile dal punto di vista medico poteva essere concretamente garantito anche negli altri ospedali. I nosocomi figuranti nella lista del DE del 25 novembre 2005 dovevano di conseguenza avere la priorità rispetto alla _____ di _____, giacché laddove l'intervento non poteva essere effettuato in Ticino, doveva per principio essere scelto l'ospedale figurante nell'elenco degli ospedali del Cantone di domicilio della persona assicurata (RAMI 2003 KV 254, p. 234 consid. 5.1.1; STCA 36.2011.65 del 20 marzo 2012). D'avviso del TCA, non v'era dunque alcun motivo medico per ammettere la possibilità per il ricorrente di essere operato in una clinica non riconosciuta dal Cantone di domicilio (art. 41 cpv. 3 LAMal). Di conseguenza, visto che la LAMal assume i costi solo se non era possibile il trattamento in un ospedale inserito nella lista del Cantone di domicilio e se non era a disposizione un'ospedalizzazione più conveniente (SVR 2011 KV Nr. 6), ciò che in specie non si è realizzato, la Cassa malati non è tenuta ad assumersi i costi derivanti dai quattro giorni di degenza stazionaria alla _____ di _____. Poiché la cura è avvenuta in un ospedale fuori Cantone che non figura nella lista degli ospedali del Cantone di domicilio, la Cassa malati non è tenuta ad assumersi i costi (SVR 2012 KV Nr. 13). Come visto, però, dopo avere accertato presso uno specialista indipendente che non solo l'operazione al labbro superiore, ma anche quella al naso (sia la concotomia sia alle narici esterne) era necessaria per motivi medici e non (più) estetici - circostanza che non occorre qui indagare oltre (per un esempio di cura avente carattere estetico e non medico eseguita fuori Cantone di domicilio non assunta dalla Cassa malati, cfr. STCA 36.2009.165 del 13 aprile 2010) -, come inizialmente sostenuto, per benevolenza verso l'assicurato, la Cassa malati gli ha comunque riconosciuto e rimborsato tali interventi, malgrado siano stati realizzati in regime stazionario presso un fornitore di prestazioni non riconosciuto dal Cantone di domicilio. Infatti, sulla base del tariffario Tarmed, CO 1 ha eccezionalmente ammesso il rimborso della concotomia e dell'operazione alla parte esterna delle narici come se fossero state effettuate in regime ambulatoriale in un ospedale figurante nella lista ticinese degli ospedali ammessi. Pertanto, così come già riconosciuto per la correzione del labbro superiore, per la quale la Cassa malati aveva rilasciato il 20 aprile 2012 una garanzia di assunzione dei costi limitatamente al regime

ambulatoriale con anestesia, così pure per queste due altre componenti del medesimo intervento chirurgico l'assicuratore malattia ha volutamente tralasciato le considerazioni di ordine formale (medico ed amministrativo) concernenti lo statuto della clinica in questione e ha rimborsato all'insorgente il costo dell'operazione come se fosse stata effettuata in regime ambulatoriale presso lo studio del dr. med. _____ e fatturata secondo il tariffario Tarmed (doc. XLV). Per gli stessi motivi suindicati - degenza avvenuta non per un motivo medico ex art. 41 cpv. 3 e 3bis LAMal in un istituto non riconosciuto -, non è possibile riconoscere la pretesa del ricorrente, il quale ha chiesto l'assunzione dell'intero costo della degenza dal 12 al 15 giugno 2012 presso la nota Clinica. Pertanto, la Cassa malati non deve assumersi le fatture di Fr. 4'885.- e di Fr. 9'032,10 del 10 dicembre 2013 per la diaria, il costo della sala operatoria, del materiale e dei medicinali utilizzati e per l'onorario dell'anestesista. Peraltro, queste due fatture non sono state neppure allestite secondo il tariffario SwissDRG, proprio a comprova del fatto che tale nosocomio, di carattere privato, non può esercitare a carico della LAMal non essendo riconosciuto né dal Cantone Ticino né dal Cantone _____.

2.9. Infine, nemmeno l'art. 49a cpv. 4 LAMal soccorre il ricorrente nella sua richiesta di rimborso. Questa norma prevede che con gli ospedali che non figurano nell'elenco ospedaliero secondo l'art. 39, ma che adempiono le condizioni di cui agli art. 38 e 39 cpv. 1 lett. a-c, gli assicuratori possono concludere convenzioni sulla remunerazione delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. CO 1 ha più volte affermato nei suoi scritti che non esiste una convenzione con la _____ sulla remunerazione delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure (docc. A11, V, XXIX e XLI). Tale convenzione concernerebbe invece l'ambito delle coperture complementari, rette dalla Legge sul contratto assicurativo e non dalla LAMal. In un'e-mail del 12 aprile 2013 (doc. XXXVIII/1) inviata dal dr. med. _____ della predetta Clinica al papà del ricorrente, egli ha affermato che " contrariamente a quanto detto dall'assicurazione, la clinica _____ dispone di un numero di concordato e anche di contratti in vigore stipulati con la CO 1 che permettono il trattamento e la presa a carico di pazienti che dispongono di un'assicurazione di base e allo stesso tempo complementare presso la CO 1 anche non figurando sulla lista del cantone di _____ ". Pendente causa questo Tribunale ha ottenuto dalla Cassa malati la Convenzione tariffaria in oggetto (doc. LI/1), dalla quale risulta all'art. 2 che le parti al contratto sono la _____ e la _____ e quindi non la CO 1, ossia la Cassa malati resistente che si fa carico delle prestazioni esclusivamente offerte e riconosciute dall'assicurazione malattia obbligatoria LAMal. Questa Convenzione è infatti stata stipulata con un assicuratore malattia che fornisce (solo) delle coperture complementari all'assicurazione malattia obbligatoria rette dalla LCA. A tale riguardo, l'art. 3 recita espressamente che " Dieser Vertrag regelt im Rahmen der Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung (Art. 12 Abs. 2 des Bundes-gesetzes über die Krankenversicherung [KVG] vom 18. März 1994) die Abgeltung der vom Spital erbrachten Leistungen. ". Inoltre, questa norma precisa che " Er gilt für versicherte Personen, die über eine Spitalzusatzversicherung, für die Privat- oder Halbprivatabteilung verfügen und sich in einer dieser Abteilungen behandeln lassen. Dieser Vertrag hat keine Geltung im Bezug auf Behandlungen, die in der Allgemeinabteilung durchgeführt werden. ". A non averne dubbio, pertanto, nessuna prestazione coperta da questa Convenzione tariffaria sottoscritta dalle parti nel 2006 è invece garantita da CO 1, che esercita in ambito di assicurazione malattia obbligatoria di base. Di conseguenza, detta Convenzione non può essere qui invocata a norma dell'art. 49a cpv. 4 LAMal per giustificare la presa a carico dei costi della degenza

del ricorrente in una struttura che non figura nell'elenco ospedaliero del proprio Cantone di domicilio. 2.10. Stanti le argomentazioni esposte, il ricorso deve dunque essere respinto.

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. 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. Ausserkantonale 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 Spitälern 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. (...) b) Ausserkantonale stationäre und teilstationäre Behandlung Auswärtige Behandlung aus persönlichen Gründen : Lässt sich eine versicherte Person aus persönlicher Konvenienz ausserkantonale hospitalisieren, kann sie nur Vergütungen in der Höhe des massgebenden Wohnkantontarifs beanspruchen (Art. 41 Abs. 1 Satz 3 KVG). Für den massgebenden Referenztarif ist auf den Kassentarif eines medizinisch zuständigen Spitals des Wohnkantons abzustellen, bei mehreren geeigneten ist ein wohnortsnahes zu wählen. Die versicherte Person hat die Differenz zu den in Rechnung gestellten Kosten selber zu tragen. Das ausserkantonale Spital ist weder an die Tarifart nach Art. 49 Abs. 1 KVG noch an weitere besondere kv-rechtliche Tarifregeln gebunden (ausführlich dazu Rz.

874). Auswärtige Behandlung aus medizinischen Gründen: Beansprucht die versicherte Person aus medizinischen Gründen (Art. 41 Abs. 2 KVG) die Dienste eines ausserhalb ihres Wohnkantons befindlichen, zugelassenen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals, so übernimmt der Versicherer die Kosten nach dem für diesen Leistungserbringer massgebenden Tarif (Art. 41 Abs. 2 Satz 1 KVG). Der Wohnkanton der versicherten Person übernimmt die Differenz zu den in Rechnung gestellten Kosten (Art. 41 Abs. 3 KVG). Der Bundesrat regelt die Einzelheiten (Art. 41 Abs. 3 Satz 3 KVG) und ist dabei auch zum Erlass von Verfahrensbestimmungen befugt. Hinsichtlich der Verfahrensordnung auf kantonaler Ebene ist das kantonale Recht massgebend. Art. 41 Abs. 3 KVG regelt die Kostenübernahmepflicht des Wohnkantons abschliessend. Die Kantone sind in den Grenzen des Gesetzes, wonach insbesondere die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit zu beachten sind, bei der Tariffestsetzung grundsätzlich frei (Rz. 902). Diese hat sich in einem vernünftigen Rahmen zu bewegen. Die Kantone können jedoch durch inter-kantonale Vereinbarungen andere Abrechnungsmodi als den in Art. 41 Abs. 3 KVG vorgesehenen einzelfallweisen Tarifausgleich des Wohnkantons der versicherten Person festlegen." (...)

2.4. Va ancora evidenziato che i presupposti dell'assunzione dei costi delle prestazioni definite dagli artt. 25 segg. sono specificati all'art. 32 LAMal. Per l'art. 32 cpv. 1 LAMal, le prestazioni di cui agli artt. 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 artt. 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).

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