

TI_GERICHTE 36.2019.46 vom 9. September 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-09-09, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2019.46

FR: TI_GERICHTE 36.2019.46 du 9 septembre 2019

IT: TI_GERICHTE 36.2019.46 del 9 settembre 2019

Erwägungen

E. 3

KVG erfüllt sind.■(sottolineatura del redattore)

In una sentenza 9C_687/2010 del 30 dicembre 2010, il Tribunale federale, in un caso relativo ad una controversia circa l■applicazione di alcune posizioni del TarMed, ha stabilito che competente per decidere nel merito della vertenza è il Tribunale arbitrale e non il Tribunale delle assicurazioni.

In quel caso l■Alta Corte è stata chiamata a statuire su un ricorso dell■assicuratore che contestava una sentenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni del Canton Zurigo, il quale, entrando nel merito dell■impugnativa, aveva esaminato se la Cassa malati doveva assumersi tutte le posizioni figuranti nella nota d■onorario.

Dai fatti emerge che l■assicurata si era sottoposta ad una visita presso uno specialista FMH in ortopedia. L■assicuratore, dopo aver esaminato nel dettaglio la nota d■onorario, aveva negato all■interessata il rimborso dell■importo complessivo di fr. 1'293.45, riconoscendole unicamente fr. 523.85. La Cassa aveva evidenziato la non conformità della nota d■onorario con il tariffario vigente, rilevando di aver già informato in passato lo specialista circa il fatto che il suo studio medico non emetteva onorari corretti (fatti, A: ■[]Mit Schreiben vom 20. November 2007 teilte die Concordia N._____ mit, dass sie "vorläufig nur unbestrittene Kosten" von Fr. 523.85 übernehme. Sie begründete es damit, sie habe die Abrechnungspraxis des Dr. med. E._____ "eingehend geprüft" und sei "klar der Ansicht", dass die Tariffanwendung für die Untersuchung (funktionelles MRI) nicht korrekt sei. Sie habe den Arzt "schon vor einigen Monaten darauf hingewiesen", dass seine Praxis nicht tarifkonform sei. Dieser sei mit der Tarifinterpretation der Concordia und ihrem Abrechnungsvorschlag nicht einverstanden. Zurzeit würden "Bestrebungen zur definitiven Klärung der hängigen Tariffrage" laufen[]■).

Dopo essersi rivolta invano all■Ombudsman delle assicurazioni sociali e sentendosi abbandonata, l■assicurata ha chiesto alla Cassa l■emanazione di una decisione formale.

L■assicuratore ha emesso la decisione richiesta, spiegando che potevano essere riconosciute solo le posizioni TarMed per un totale di fr. 523.85 in luogo dei fr. 1'293.45 fatturati (fatti A: ■[]Sie begründete dies vorab damit, Dr. med. E._____ halte sich nicht an die Gepflogenheiten des KVG. Für die funktionellen Wirbelsäulenuntersuchungen gebe es eine klare Tarifregelung. Das Zentrum missachte diese, indem es zusätzliche Positionen verrechne. Es bestehe kein Anlass, eine funktionelle Wirbelsäulenuntersuchung mit mehreren Sitzungen abzurechnen []■).

Il ricorso contro la successiva decisione su opposizione è stato parzialmente accolto dal Tribunale delle assicurazioni del Canton Zurigo il quale ha condannato l■assicuratore a

versare un importo supplementare di fr. 266.50.

Il TF, adito dall'assicuratore, ha annullato la pronunzia cantonale e la decisione impugnata ed ha imposto alla Cassa di rappresentare l'assicurata innanzi al Tribunale arbitrale nella controversia contro il medico specialista. L'Alta Corte ha affermato:

"4.

Nach der Rechtsprechung bestimmt sich die Zuständigkeit des Schiedsgerichts danach, welche Parteien einander in Wirklichkeit gegenüber stehen. Der Streitgegenstand muss die besondere Stellung der Versicherer oder Leistungserbringer im Rahmen des KVG betreffen. Als Streitigkeiten im Rahmen des KVG fallen z.B. Honorar- und Tariffragen in Betracht (BGE 131 V 191 E. 2 S. 192 f. mit Hinweisen). Die Voraussetzungen für den Vertretungsanspruch vor Schiedsgericht sind hier klar erfüllt. In den Akten (Korrespondenz, Verfügung, Einspracheentscheid) hat die Beschwerdeführerin mehrfach klar aufgezeigt, welche Kontrahenten in dieser prinzipiellen Tarifstreitigkeit einander gegenüber stehen. Sie hätte darum die Versicherte vor dem Schiedsgericht zu vertreten gehabt, anstatt durch Verfügung an die Versicherte ihre Leistungspflicht über den von ihr als gerechtfertigt erachteten Betrag hinaus abzulehnen. Die Vertretung ist eine besondere KV-rechtliche Leistungskategorie, denn die versicherte Person soll im System des Tiers garant davor geschützt werden, die Folgen tragen zu müssen, wenn der Arzt tarifwidrig fakturiert, Tarifschutzbestimmungen verletzt oder eine unwirtschaftliche Leistung erbracht hat. Sonst würde ein Schutz vor zu hohen verrechneten Tarifen wegfallen, wodurch die Gefahr, dass Leistungserbringer zu hohe Taxen in Rechnung stellen, zunehmen und der Tarifschutz teilweise ausgehöhlt würde. Im System des Tiers garant ist der Krankenversicherer verpflichtet, die versicherte Person im Schiedsgerichtsverfahren gegen den Leistungserbringer zu vertreten, wenn streitig ist, ob dieser zu hohe Rechnungen gestellt hat. Der Krankenversicherer hat auf diesem Wege den Tarifschutz durchzusetzen (Urteil K 129/06 vom 29. Juni 2007 E. 4.3 und 5).

E. 5

Nach Art. 27 Abs. 1 ATSG sind die Versicherer verpflichtet, die Versicherten über ihre Rechte und Pflichten aufzuklären. Hier war die Beschwerdegegnerin sich des ihr gesetzlich garantierten Rechts auf Vertretung vor dem Schiedsgericht durch die Beschwerdeführerin ganz offensichtlich nicht bewusst. Daher wäre es an der Beschwerdeführerin gewesen, sich der Sache anzunehmen, die Versicherte aufzuklären und deren Vertretung im Klageverfahren vor dem Schiedsgericht zu übernehmen. Dieser Sichtweise steht Art. 1 Abs. 2 lit. e KVG nicht entgegen, wonach die Bestimmungen des ATSG im Bereich "Verfahren vor dem kantonalen Schiedsgericht (Art. 89)" unanwendbar sind. Denn dieser Ausschluss will nach Wortlaut, Systematik sowie Sinn und Zweck nur verhindern, dass der ATSG im Schiedsgerichtsverfahren zur Anwendung gelangt, hingegen nicht, dass der Krankenversicherer die versicherte Person gegebenenfalls auf die Möglichkeit der Einleitung eines Schiedsgerichtsverfahrens und seiner Vertretung (Prozessstandschaft) aufmerksam zu machen hat. () (sottolineatura del redattore)

La giurisprudenza è stata confermata dall'Alta Corte con sentenza 9C_550/2010, 9C_551/2010 del 16 febbraio 2011 (fatti A: [] Der 1943 geborene R. _____ ist bei der Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG (nachfolgend: Concordia) obligatorisch krankenversichert. Im Mai 2007 stellte er der Concordia einen Kostenvoranschlag für eine MRI-Untersuchung im Zentrum X. _____ zu, woraufhin

diese mit Schreiben vom 26. Juni 2007 Kostengutsprache im Umfang von Fr. 523.85 erteilt. In der Folge fanden am 3. und 6. September 2007 zwei Untersuchungen statt, deren Kosten sich auf insgesamt Fr. 2'341.45 beliefen. Nach weiteren Briefwechseln hielt die Concordia mit Verfügung vom 9. Juni 2008 fest, in Anwendung der Tarifregelung gemäss Tarmed könne nur der Betrag von Fr. 523.85 vergütet werden. Die dagegen erhobene Einsprache wies sie mit Entscheid vom 15. Dezember 2008 ab []),dove il TF, riprendendo i medesimi principi, ha inoltre affermato:

"An ihr ändert nichts, dass hier versicherte Person und Leistungserbringer den gleichen Rechtsvertreter bevollmächtigt haben, offenbar in der Annahme, ihre Interessen seien gleich gelagert, was hier nicht weiter zu erörtern ist.■

Cfr. anche DTF 141 V 206; DTF 145 V 57, consid. 2.2.1.

Questo TCA ha applicato la predetta giurisprudenza nelle sentenze 36.2010.99 e 36.2010.44 del 2 febbraio 2011 e 36.2011.76 del 12 dicembre 2011. Alla base di quest'ultima sentenza vi era una fattispecie in gran parte simile a quella del caso in esame. In quell'occasione si trattava di stabilire se alcune posizioni tariffali contenute in un preventivo del dentista curante dovevano essere assunte dall'assicuratore malattie oppure no.

2.3.La soluzione adottata dal Tribunale federale nella sentenza 9C_687/2010 del 30 dicembre 2010 s'impone anche nella presente procedura.

In concreto si tratta infatti di una contestazione in merito all'applicazione di una tariffa tra assicuratore e fornitore di prestazioni (cfr. sentenza 36.2011.76 del 12 dicembre 2011, consid. 4).

Dagli atti (corrispondenza, decisione su opposizione) risulta come in realtà nel caso concreto le parti sono il fornitore di prestazioni (PD Dr. Med. Dr. Med. Dent. _____) e l'assicuratore (CO 1) e come la controversia concerne unicamente l'applicazione delle posizioni tariffali (cfr. doc. 8 e allegato, doc. 9, doc. 11, doc. 18, doc. 24, doc. 25).

CO 1, invece di emanare una decisione formale, e poi su opposizione, tramite la quale ha rifiutato il rimborso di parte del preventivo del PD Dr. Med. Dr. Med. Dent. _____ per le prestazioni fornite all'assicurata poiché ritenuto non completamente conforme al tariffario, avrebbe dovuto rappresentare l'insorgente davanti al Tribunale arbitrale contro il fornitore di prestazioni. La rappresentanza dell'assicurata da parte dell'assicuratore è una particolarità della LAMal dovuta al fatto che nel sistema del terzo garante la persona assicurata deve beneficiare della protezione tariffale assoluta. Nel caso in cui il medico ha fatturato in maniera contraria al tariffario o ha violato delle norme del tariffario, le conseguenze non devono essere sopportate dalla persona assicurata, bensì dal fornitore di prestazioni (sentenza 9C_687/2010 del 30 dicembre 2010, consid. 4).

Nel sistema del terzo garante l'assicuratore deve rappresentare, a proprie spese (cfr. art. 89 cpv. 3 seconda frase LAMal), l'assicurato innanzi al Tribunale arbitrale contro il fornitore di prestazioni quando l'oggetto del contendere è una fatturazione troppo elevata. È in questo modo che l'assicuratore deve mettere in atto la protezione tariffale (sentenza 9C_550/2010, 9C_551/2010 del 16 febbraio 2011, sentenza 9C_687/2010 del 30 dicembre 2010, sentenza K 129/06 del 29 giugno 2007, consid. 4.3 e 5).

Per l'art. 27 cpv. 1 LPGA gli assicuratori e gli organi esecutivi delle singole assicurazioni sociali, nei limiti delle loro competenze, sono tenuti ad informare le persone interessate sui loro diritti e obblighi (sentenza 9C_687/2010 del 30 dicembre 2010, consid. 5).

In concreto l'assicurata non era cosciente del diritto garantito dalla LAMal di essere rappresentata innanzi ad un Tribunale arbitrale, anche perché, nella decisione su opposizione, la Cassa ha indicato quale via di diritto il ricorso al Tribunale cantonale delle assicurazioni (doc. A1, pag. 3). Inoltre spettava all'assicuratore informare l'interessata ed assumerne la rappresentanza innanzi al Tribunale arbitrale (sentenza 9C_687/2010 del 30 dicembre 2010, consid. 5).

In queste condizioni, rammentato che il TCA applica il diritto d'ufficio (cfr. anche sentenza 9C_550/2010, 9C_551/2010 del 16 febbraio 2011, consid. 7) e che ha dato all'assicuratore la possibilità di esprimersi in merito alla competenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni in questa vertenza (doc. II e V), il ricorso va accolto e la decisione su opposizione impugnata annullata poiché l'amministrazione l'ha emanata a torto.

CO 1 dovrà rappresentare la ricorrente innanzi al Tribunale arbitrale, nella controversia contro il PD Dr. Med. Dr. Med. Dent. _____ per le prestazioni effettuate in relazione al trattamento dentario causato dalla ciste residuale mandibolare secondo l'art. 17 lett. c cifra 4 OPre, sfociata nella nota d'onorario dell'8 gennaio 2019 di fr. 2'307.45 (doc. A11).

Ciò indipendentemente dalla questione a sapere se la ricorrente ed il curante rappresentino i medesimi interessi (cfr. le già citate sentenze 9C_550/2010, 9C_551/2010 del 16 febbraio 2011 e 36.2011.76 del 12 dicembre 2011).

E. 5.1

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

E. 5.2

Die Vorinstanz verneint das Vorliegen einer Streitigkeit zwischen Versicherer und Leistungserbringer hauptsächlich mit der Begründung, die Wincare sei ihren Zahlungspflichten nachgekommen, indem sie die der Beschwerdeführerin nach Pflegebedürftigkeitsgrad abgestuften Tagespauschalen gemäss vertraglicher Vereinbarung vergütet habe. Mit dieser Sichtweise verkennt das kantonale Gericht, dass es nicht seine, sondern eben gerade die Aufgabe des Schiedsgerichts nach Art. 89 KVG ist, darüber zu entscheiden, ob das APH X. _____ korrekt Rechnung gestellt hat und der Versicherer die gesetzlichen und vertraglichen Leistungen im Zusammenhang mit dem Heimaufenthalt der Beschwerdeführerin erbracht hat, was in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde insoweit in Frage gestellt wird, als die Versicherte geltend macht, dem Heim zu hohe Pflegebeiträge bezahlt zu haben; dafür stehe ihr ein Rückforderungsanspruch zu, wobei die Wincare sie im entsprechenden Schiedsgerichtsverfahren gegen das Heim zu vertreten habe. Zwar erscheint es auf den ersten Blick fraglich, ob unter den dargelegten Umständen von einer Streitigkeit zwischen Versicherer und Leistungserbringer gesprochen werden kann, handelt es sich

vordergründig doch um einen (streitigen) Anspruch der Versicherten gegen das APH X._____. Eine solche Betrachtungsweise würde indessen dem System des Tiers garant nicht gerecht, bei welchem das Schiedsgerichtsverfahren mit Vertretung der versicherten Person durch den Krankenversicherer nach Art. 89 Abs. 1 und 3 KVG gilt. Dass zunächst die versicherte Person dem Leistungserbringer die Vergütung schuldet (E. 5.1 hievor), ist eben gerade Voraussetzung für den Vertretungsanspruch und kann nicht als Argument für die Auffassung verwendet werden, die Versicherte habe keinen Anspruch auf Vertretung durch die Wincare. Im vorliegenden Fall ist eine Rückerstattung von angeblich überhöhten Pflorgetaxen durch das APH X._____ streitig, welche dieses nach Auffassung der Beschwerdeführerin in Verletzung der tarifvertraglichen Abmachungen in Rechnung gestellt hat. In diesem Streit stehen sich Krankenversicherer und Leistungserbringer gegenüber, stellt sich doch die Frage, ob das APH X._____ entsprechend der Behauptung der Beschwerdeführerin den Tarifschutz verletzt hat, wonach die Leistungserbringer sich an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten müssen und für Leistungen nach diesem Gesetz keine weitergehenden Vergütungen berechnen dürfen (Art. 44 Abs. 1 KVG). Dies wiederum betrifft die Wincare als Tiers garant, auch wenn die Versicherte die Vergütung geschuldet hat.

E. 5.3

Somit ergibt sich, dass die kumulativ erforderlichen Voraussetzungen für eine Vertretung der Beschwerdeführerin durch die Wincare im Verfahren vor dem kantonalen Schiedsgericht gemäss Art. 89 Abs. 3 KVG erfüllt sind.” (sottolineatura del redattore) In una sentenza 9C_687/2010 del 30 dicembre 2010, il Tribunale federale, in un caso relativo ad una controversia circa l’applicazione di alcune posizioni del TarMed, ha stabilito che competente per decidere nel merito della vertenza è il Tribunale arbitrale e non il Tribunale delle assicurazioni. In quel caso l’Alta Corte è stata chiamata a statuire su un ricorso dell’assicuratore che contestava una sentenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni del Canton Zurigo, il quale, entrando nel merito dell’impugnativa, aveva esaminato se la Cassa malati doveva assumersi tutte le posizioni figuranti nella nota d’onorario. Dai fatti emerge che l’assicurata si era sottoposta ad una visita presso uno specialista FMH in ortopedia. L’assicuratore, dopo aver esaminato nel dettaglio la nota d’onorario, aveva negato all’interessata il rimborso dell’importo complessivo di fr. 1'293.45, riconoscendole unicamente fr. 523.85. La Cassa aveva evidenziato la non conformità della nota d’onorario con il tariffario vigente, rilevando di aver già informato in passato lo specialista circa il fatto che il suo studio medico non emetteva onorari corretti (fatti, A: “[...] Mit Schreiben vom 20. November 2007 teilte die Concordia N._____ mit, dass sie "vorläufig nur unbestrittene Kosten" von Fr. 523.85 übernehme. Sie begründete es damit, sie habe die Abrechnungspraxis des Dr. med. E._____ "eingehend geprüft" und sei "klar der Ansicht", dass die Tarifierung für die Untersuchung (funktionelles MRI) nicht korrekt sei. Sie habe den Arzt "schon vor einigen Monaten darauf hingewiesen", dass seine Praxis nicht tarifkonform sei. Dieser sei mit der Tarifinterpretation der Concordia und ihrem Abrechnungsvorschlag nicht einverstanden. Zurzeit würden "Bestrebungen zur definitiven Klärung der hängigen Tarifffrage" laufen [...] ”). Dopo essersi rivolta invano all’Ombudsman delle assicurazioni sociali e sentendosi abbandonata, l’assicurata ha chiesto alla Cassa l’emanazione di una decisione formale. L’assicuratore ha emesso la decisione richiesta, spiegando che potevano essere riconosciute solo le posizioni TarMed per un totale di fr. 523.85 in luogo dei fr. 1'293.45 fatturati (fatti A: “[...] Sie begründete dies vorab damit, Dr. med. E._____ halte sich nicht an die Gepflogenheiten des KVG. Für die

funktionellen Wirbelsäulenuntersuchungen gebe es eine klare Tarifregelung. Das Zentrum missachte diese, indem es zusätzliche Positionen verrechne. Es bestehe kein Anlass, eine funktionelle Wirbelsäulenuntersuchung mit mehreren Sitzungen abzurechnen [...]”). Il ricorso contro la successiva decisione su opposizione è stato parzialmente accolto dal Tribunale delle assicurazioni del Canton Zurigo il quale ha condannato l'assicuratore a versare un importo supplementare di fr. 266.50. Il TF, adito dall'assicuratore, ha annullato la pronunzia cantonale e la decisione impugnata ed ha imposto alla Cassa di rappresentare l'assicurata innanzi al Tribunale arbitrale nella controversia contro il medico specialista. L'Alta Corte ha affermato: " 4. Nach der Rechtsprechung bestimmt sich die Zuständigkeit des Schiedsgerichts danach, welche Parteien einander in Wirklichkeit gegenüber stehen. Der Streitgegenstand muss die besondere Stellung der Versicherer oder Leistungserbringer im Rahmen des KVG betreffen. Als Streitigkeiten im Rahmen des KVG fallen z.B. Honorar- und Tariffragen in Betracht (BGE 131 V 191 E. 2 S. 192 f. mit Hinweisen). Die Voraussetzungen für den Vertretungsanspruch vor Schiedsgericht sind hier klar erfüllt. In den Akten (Korrespondenz, Verfügung, Einspracheentscheid) hat die Beschwerdeführerin mehrfach klar aufgezeigt, welche Kontrahenten in dieser prinzipiellen Tarifstreitigkeit einander gegenüber stehen. Sie hätte darum die Versicherte vor dem Schiedsgericht zu vertreten gehabt, anstatt durch Verfügung an die Versicherte ihre Leistungspflicht über den von ihr als gerechtfertigt erachteten Betrag hinaus abzulehnen. Die Vertretung ist eine besondere KV-rechtliche Leistungskategorie, denn die versicherte Person soll im System des Tiers garant davor geschützt werden, die Folgen tragen zu müssen, wenn der Arzt tarifwidrig fakturiert, Tarifschutzbestimmungen verletzt oder eine unwirtschaftliche Leistung erbracht hat. Sonst würde ein Schutz vor zu hohen verrechneten Tarifen wegfallen, wodurch die Gefahr, dass Leistungserbringer zu hohe Taxen in Rechnung stellen, zunehmen und der Tarifschutz teilweise ausgehöhlt würde. Im System des Tiers garant ist der Krankenversicherer verpflichtet, die versicherte Person im Schiedsgerichtsverfahren gegen den Leistungserbringer zu vertreten, wenn streitig ist, ob dieser zu hohe Rechnungen gestellt hat. Der Krankenversicherer hat auf diesem Wege den Tarifschutz durchzusetzen (Urteil K 129/06 vom 29. Juni 2007 E. 4.3 und 5).

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