

Legge - 30/12/1991, n. 412

Epigrafe

Legge 30 dicembre 1991, n. 412 (in Gazz. Uff., 31 dicembre, n. 305). - Disposizioni in materia di finanza pubblica (1) (A).

(1) Allo scopo di agevolarne la lettura, nel presente provvedimento la nomenclatura dei Ministri e dei Ministeri è stata aggiornata sulla base degli accorpamenti e delle soppressioni intervenute negli ultimi anni.

(A) In riferimento alla presente Legge vedi: Circolare - INPS 28 settembre 2011 n. 124.

CAPO II

DISPOSIZIONI IN MATERIA SANITARIA

ARTICOLO N.4

Assistenza sanitaria.

1. Il Governo determina, con effetto dal 1° gennaio 1992, i livelli di assistenza sanitaria da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale nonché gli standard organizzativi e di attività da utilizzare per il calcolo del parametro capitaro di finanziamento di ciascun livello assistenziale per l'anno 1992. Il provvedimento è adottato, ai sensi dell'articolo 2, comma 3, lettera d), della legge 23 agosto 1988, n. 400, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ed emanato a termini dell'articolo 1 della legge 12 gennaio 1991, n. 13, sulla base dei seguenti limiti e principi:

a) i livelli di assistenza sanitaria sono definiti nel rispetto delle disposizioni di legge, delle direttive comunitarie e, limitatamente alle modalità di erogazione, degli accordi di lavoro per il personale dipendente;

b) gli standard organizzativi e di attività sono determinati a fini di calcolo del parametro capitaro di finanziamento e non costituiscono vincolo organizzativo per le regioni e le unità sanitarie locali;

c) il parametro capitaro per ciascun livello di assistenza è finanziato in rapporto alla popolazione residente. La mobilità sanitaria interregionale è compensata in sede nazionale;

d) per favorire la manovra di rientro è istituito, nell'ambito delle disponibilità del Fondo sanitario nazionale, un fondo di riequilibrio da utilizzarsi per sostenere le regioni con dotazione di servizi eccedenti gli standard di riferimento;

e) in ogni caso è garantita la somministrazione gratuita di farmaci salvavita ed il regime di esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria prevista dalle leggi vigenti. La verifica

dell'andamento della spesa ed il rispetto dell'uniformità delle prestazioni è effettuata in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. I risultati della verifica sono trasmessi al Parlamento al 31 luglio ed al 31 dicembre, anche ai fini dell'adozione di eventuali misure correttive.

2. Le regioni, con apposito provvedimento programmatico di carattere generale anche a stralcio del piano sanitario regionale, possono dichiarare la decadenza delle convenzioni in atto per la specialistica esterna e con le case di cura e rideterminare il fabbisogno di attività convenzionate necessarie per assicurare i livelli obbligatori uniformi di assistenza, nel rispetto delle indicazioni di cui agli articoli 9 e 10 della legge 23 ottobre 1985, n. 595. Le convenzioni possono essere stipulate anche con istituzioni sanitarie private gestite da persone fisiche e da società che erogano prestazioni poliambulatoriali, di laboratorio generale e specialistico in materia di analisi chimico-cliniche, di diagnostica per immagini, di medicina fisica e riabilitazione, di terapia radiante ambulatoriale, di medicina nucleare in vivo e in vitro. Dette istituzioni sanitarie sono sottoposte al regime di autorizzazione e vigilanza sanitaria di cui all'articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e devono avere un direttore sanitario o tecnico, che risponde personalmente dell'organizzazione tecnica e funzionale dei servizi e del possesso dei prescritti titoli professionali da parte del personale che ivi opera.

3. Le regioni sono tenute ad attuare, a modifica di quanto previsto dalla legge 12 febbraio 1968, n. 132, il modello delle aree funzionali omogenee con presenza obbligatoria di day hospital, conservando alle unità operative che vi confluiscono l'autonomia funzionale in ordine alle patologie di competenza, nel quadro di una efficace integrazione e collaborazione con altre strutture affini e con uso in comune delle risorse umane e strumentali (1).

4. A decorrere dal 1° gennaio 1992, la quota di partecipazione alla spesa farmaceutica del 40 per cento è elevata al 50 per cento con arrotondamento alle cinquecento lire superiori; la quota fissa sulle singole prescrizioni farmaceutiche è determinata in lire 3.000 e in lire 1.500 per le confezioni a base di antibiotici e per i prodotti in fleboclisi e in confezione monodose. Tale quota è dovuta da tutti i cittadini, esclusi i pensionati esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria per motivi di reddito e gli invalidi di guerra titolari di pensione diretta vitalizia, nonché, ai sensi dell'articolo 5 della legge 3 aprile 1958, n. 474, i grandi invalidi per servizio. La quota di partecipazione alla spesa per le prestazioni di cui all'articolo 1, comma 1, lettera b), del decreto-legge 25 novembre 1989, n. 382, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 gennaio 1990, n. 8, e per le prestazioni di medicina fisica e di riabilitazione è determinata nella misura del 50 per cento. A decorrere dal 1° gennaio 1992, per ciascuna ricetta relativa a prestazioni sanitarie, esclusi i ricoveri, diverse da quelle farmaceutiche, è dovuta una quota fissa di lire 3.000 da corrispondere, all'atto della prestazione, dagli assistiti non esentati dalla partecipazione alla spesa sanitaria. È soppresso l'ultimo periodo del comma 4 dell'articolo 5 della legge 29 dicembre 1990, n. 407, e il limite massimo di partecipazione alla spesa per prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio e per prestazioni di medicina fisica e di riabilitazione è fissato in lire 70.000 per prescrizioni contemporanee di ciascuna branca specialistica oltre al pagamento della quota fissa per singola ricetta; la quota di partecipazione alla spesa per le cure termali è determinata nella misura del 50 per cento delle tariffe convenzionate con il limite massimo di lire 70.000 per ciclo di cura; il limite massimo di partecipazione alla spesa farmaceutica è fissato in lire 50.000 per ricetta oltre al pagamento della quota fissa per singola prescrizione. Le quote di spettanza sul prezzo di vendita al pubblico delle specialità medicinali in prontuario terapeutico sono fissate per i grossisti al 7,5 per cento sul prezzo di vendita al pubblico al netto dell'imposta sul valore aggiunto (IVA); per i farmacisti al 25,5 per cento sul prezzo di vendita al pubblico al netto dell'IVA. A decorrere dal 1° gennaio 1992 i prezzi delle specialità medicinali collocate nelle classi di cui all'articolo 19, comma 4, lettere a) e b), della legge 11 marzo 1988, n. 67, sono ridotti delle seguenti misure percentuali: specialità medicinali con prezzo fino a lire 15.000: 1 per cento; specialità medicinali con prezzo da lire 15.001 a lire 50.000: 2 per cento; specialità medicinali con prezzo superiore a lire 50.000: 4 per cento. La riduzione non si applica ai prezzi delle specialità medicinali determinati con il metodo di cui al provvedimento del CIP n. 29 del 1990, pubblicato nella

Gazzetta Ufficiale n. 238 dell'11 ottobre 1990, ai prezzi dei farmaci di cui alla parte A dell'allegato alla direttiva 87/22/CEE del Consiglio, del 22 dicembre 1986, ed inclusi nell'articolo 10, comma 2, del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638, ed a quelli di biotecnologia da DNA ricombinante. Per le cessioni effettuate dalle farmacie i nuovi prezzi si applicano al quindicesimo giorno successivo alla pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale del relativo provvedimento del CIP. Nel 1992 non si dà luogo all'ammissione nel prontuario di nuove specialità che rappresentino modifiche di confezione o di composizione o di forma o di dosaggio di specialità già presenti nel prontuario e che comportino un aumento del costo per ciclo terapeutico. Le ricette a carico del Servizio sanitario nazionale per prescrizioni o prestazioni con prezzo superiore a lire 100.000 sono sottoposte a controllo, anche con riscontri presso gli assistiti, adottando il codice fiscale come numero distintivo del cittadino, incrociando i dati di esenzione con quelli fiscali e previdenziali e inserendo gli esenti per reddito nelle verifiche fiscali a cura dell'amministrazione finanziaria, adottando metodiche che permettano l'evidenziazione delle ricette per gli esenti, formalizzando e pubblicizzando gli indicatori di consumo di farmaci di esenzione per cittadino e di consumo dei farmaci per giornata di degenza per le distinte unità operative ospedaliere, riorganizzando le farmacie ospedaliere e procedendo agli acquisti di farmaci solo attraverso normali gare di appalto, adottando la numerazione progressiva sui bollini autoadesivi delle specialità medicinali ed effettuando dall'interno dell'Osservatorio dei prezzi e delle tecnologie il controllo incrociato tra i dati delle forniture farmaceutiche industriali per regione e i dati di liquidazione alle farmacie, con le seguenti azioni repressive, anche a cura dei carabinieri dei Nuclei antisofisticazione e sanità, in caso di accertate anomalie di danno del Servizio sanitario nazionale, restando attribuiti alla responsabilità regionale gli ulteriori ritardi nella adozione generalizzata della lettura ottica delle prescrizioni mediche e la conseguente mancata attivazione delle Commissioni professionali di verifica previste dal contratto di lavoro e dalle convenzioni; gli amministratori straordinari sono responsabili della piena attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 5, comma 6, della legge 29 dicembre 1990, n. 407, relative alle sanzioni a carico dei cittadini e dei medici che fanno uso abusivo delle esenzioni dalla partecipazione alla spesa sanitaria. I comuni e le unità sanitarie locali sono tenuti a rendere disponibili per la consultazione pubblica gli elenchi dei soggetti esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria per motivi di reddito (2) (3).

5. In caso di spesa sanitaria superiore a quella parametrica correlata ai livelli obbligatori uniformi di cui al comma 1 non compensata da minori spese in altri settori, le regioni decidono il ricorso alla propria e autonoma capacità impositiva ovvero adottano, in condizioni di uniformità all'interno della regione, le altre misure previste dall'articolo 29 della legge 28 febbraio 1986, n. 41.

6. In deroga alla normativa vigente, e nel rispetto dei livelli uniformi di assistenza e dei rispettivi finanziamenti, sono consentite sperimentazioni gestionali, ivi comprese quelle riguardanti modalità di pagamento e di remunerazione dei servizi, quelle riguardanti servizi e prestazioni forniti da soggetti singoli, istituzioni ed associazioni volontarie di mutua assistenza aventi personalità giuridica, consorzi e società di servizi.

7. Con il Servizio sanitario nazionale può intercorrere un unico rapporto di lavoro. Tale rapporto è incompatibile con ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, e con altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio sanitario nazionale. Il rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale è altresì incompatibile con l'esercizio di altre attività o con la titolarità o con la compartecipazione delle quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi con lo stesso. L'accertamento delle incompatibilità compete, anche su iniziativa di chiunque vi abbia interesse, all'amministratore straordinario della unità sanitaria locale al quale compete altresì l'adozione dei conseguenti provvedimenti. Le situazioni di incompatibilità devono cessare entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge. A decorrere dal 1° gennaio 1993, al personale medico con rapporto di lavoro a tempo definito, in servizio alla data di entrata in vigore della presente legge, è garantito il passaggio, a domanda, anche in soprannumero, al rapporto di lavoro a tempo pieno. In corrispondenza dei predetti passaggi si procede alla riduzione delle

dotazioni organiche, sulla base del diverso rapporto orario, con progressivo riassorbimento delle posizioni soprannumerarie. L'esercizio dell'attività libero-professionale dei medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale è compatibile col rapporto unico d'impiego, purché espletato fuori dell'orario di lavoro all'interno delle strutture sanitarie o all'esterno delle stesse, con esclusione di strutture private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale. Le disposizioni del presente comma si applicano anche al personale di cui all'articolo 102 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382. Per detto personale all'accertamento delle incompatibilità provvedono le autorità accademiche competenti. Resta valido quanto stabilito dagli articoli 78, 116 e 117, D.P.R. 28 novembre 1990, n. 384. In sede di definizione degli accordi convenzionali di cui all'articolo 48, L. 23 dicembre 1978, n. 833, è definito il campo di applicazione del principio di unicità del rapporto di lavoro a valere tra i diversi accordi convenzionali.

8. È abolito il controllo dei comitati regionali di controllo sugli atti delle unità sanitarie locali e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché degli enti di cui all'articolo 41, secondo comma, L. 23 dicembre 1978, n. 833 e degli enti ospedalieri di cui all'articolo 1, comma 13, del D.L. 6 febbraio 1991, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla L. 4 aprile 1991, n. 111. Limitatamente agli atti delle unità sanitarie locali e dei sopracitati enti ospedalieri riguardanti il bilancio di previsione, le variazioni di bilancio e il conto consuntivo, la determinazione della consistenza qualitativa e quantitativa complessiva del personale, la deliberazione di programmi di spese pluriennali e i provvedimenti che disciplinano l'attuazione dei contratti e delle convenzioni, il controllo preventivo è assicurato direttamente dalla regione, che è tenuta a pronunciarsi, anche in forma di silenzio-assenso, entro quaranta giorni dal ricevimento dell'atto. I provvedimenti come sopra approvati diventano definitivi. Per gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, il controllo di cui agli articoli 16, 17 e 18 del D.P.R. 31 luglio 1980, n. 617, è esteso anche ai provvedimenti riguardanti i programmi di spesa pluriennali e quelli per la disciplina e l'attribuzione dei contratti e delle convenzioni. Il termine di trenta giorni previsto dall'articolo 18, D.P.R. 31 luglio 1980, n. 617, è modificato in quaranta giorni.

9. È istituita la struttura tecnica interregionale per la disciplina dei rapporti con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale. Tale struttura, che rappresenta la delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardanti il personale sanitario a rapporto convenzionale, è costituita da rappresentanti regionali nominati dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano. Della predetta delegazione fanno parte, limitatamente alle materie di rispettiva competenza, i rappresentanti dei Ministeri dell'economia e delle finanze, del lavoro e delle politiche sociali, e della salute, designati dai rispettivi Ministri. Con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è disciplinato il procedimento di contrattazione collettiva relativo ai predetti accordi tenendo conto di quanto previsto dagli articoli 40, 41, 42, 46, 47, 48 e 49 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. A tale fine è autorizzata la spesa annua nel limite massimo di 2 milioni di euro a decorrere dall'anno 2003 (4).

9-bis. La struttura di cui al comma 9, fermo restando il limite di autorizzazione di spesa ivi indicato, rappresenta la delegazione di parte pubblica anche per il rinnovo dell'accordo collettivo nazionale per le farmacie pubbliche e private. Con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sul quale è sentita la Federazione degli Ordini dei farmacisti italiani, è disciplinato il procedimento di contrattazione collettiva relativo al predetto accordo (5)

9-ter. Nel rinnovo degli accordi nazionali di cui ai commi 9 e 9-bis, per gli aspetti riguardanti la collaborazione interprofessionale, in riferimento alle disposizioni di cui all'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69, e al relativo decreto legislativo di attuazione, sono congiuntamente sentite la Federazione degli Ordini dei farmacisti italiani e la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (6).

10. Le tariffe relative alle prestazioni di cui all'articolo 7 della legge 23 dicembre 1978, n. 833,

sono rideterminate, a decorrere dal 1° gennaio 1992, con riferimento alle tariffe vigenti nell'anno 1981 incrementate della variazione percentuale dell'indice dei prezzi al consumo per famiglie di operai e impiegati intervenuta tra il 1981 e 1991; la rideterminazione deve comunque comportare un incremento delle tariffe non inferiore al 70 per cento di quelle vigenti al 31 dicembre 1991. A partire dall'esercizio finanziario 1992, le somme di cui all'articolo 69, primo comma, lettere b), c) ed e), della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono trattenute dalle unità sanitarie locali, dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, per essere totalmente utilizzate ad integrazione del finanziamento di parte corrente.

11. Per le regioni a statuto speciale e per le province autonome di Trento e di Bolzano, le misure del 20 per cento, del 10 per cento e del 5 per cento, di cui all'articolo 19, comma 1, del decreto-legge 28 dicembre 1989, n. 415, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 1990, n. 38, sono sostituite, rispettivamente, dal 28 per cento, dal 14 per cento e dal 7 per cento. Per il finanziamento degli oneri a carico dei rispettivi bilanci conseguenti alle riduzioni disposte dal predetto articolo 19, le regioni e le province autonome possono assumere mutui con istituti di credito nel rispetto dei limiti massimi previsti dai rispettivi statuti e dalle vigenti disposizioni.

12. Quanto disposto dall'articolo 2, comma 6, della legge 28 luglio 1989, n. 262, non si applica nei confronti delle istituzioni ed enti, non aventi fini di lucro, che erogano prestazioni di natura sanitaria direttamente o convenzionalmente sovvenzionate dallo Stato, dalle regioni o dalle unità sanitarie locali.

13. Le regioni a statuto ordinario per le esigenze di manutenzione straordinaria e per gli acquisti delle attrezzature sanitarie in sostituzione di quelle obsolete sono autorizzate per l'anno 1992 ad assumere mutui decennali, ad un tasso di interesse non superiore a quello massimo stabilito in applicazione dell'articolo 13, comma 1, del decreto-legge 28 dicembre 1989, n. 415, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 1990, n. 38, per un complessivo importo di lire 1.500 miliardi; per le stesse finalità, per l'anno 1992, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico nonché gli istituti zoo-profilattici sperimentali sono autorizzati a contrarre mutui per un importo complessivo di lire 100 miliardi. Il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro della sanità, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, delibera gli importi mutuabili da ciascuna regione, da ciascun istituto di ricovero e cura a carattere scientifico e da ciascun istituto zooprofilattico sperimentale. Le operazioni di mutuo sono effettuate con le aziende e gli istituti di credito ordinario speciale individuati da apposito decreto del Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica. Ai conseguenti oneri di ammortamento valutati in lire 384 miliardi per l'anno 1993 e in lire 288 miliardi per gli anni successivi si provvede con quota parte del Fondo sanitario nazionale - parte in conto capitale - allo scopo vincolata (7).

14. Per le finalità previste dal decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257, gli stanziamenti di cui all'articolo 6, comma 2, della legge 29 dicembre 1990, n. 428, sono integrati di lire 30 miliardi, per l'anno 1991, di lire 60 miliardi per l'anno 1992 e di lire 90 miliardi per gli anni 1993 e successivi. Ai conseguenti maggiori oneri si provvede per il 1991 con quota parte delle risorse accantonate sul Fondo sanitario nazionale di parte corrente da destinare nel medesimo anno agli interventi di piano e per gli anni 1992 e successivi con quote del Fondo sanitario nazionale da vincolare alle predette finalità.

15. Gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, i policlinici universitari a diretta gestione, gli ospedali classificati, gli istituti zooprofilattici sperimentali e l'Istituto superiore di sanità possono essere ammessi direttamente a beneficiare degli interventi di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, su una apposita quota di riserva determinata dal CIPE, su proposta del Ministro della sanità, previo conforme parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in sede di definizione della disponibilità per i mutui (8) (9).

16. Nell'ambito della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano è costituita, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, una commissione tecnica per la verifica, entro il 31 luglio 1992, degli andamenti di spesa nelle distinte regioni in attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo. L'attuazione delle disposizioni è condizione preliminare per essere ammessi alla verifica. La predetta Conferenza esamina in seduta plenaria le risultanze della verifica.

17. Per l'anno 1992, in attesa della approvazione del piano sanitario nazionale, la quota del Fondo sanitario nazionale destinata alla prevenzione è fissata in una misura non inferiore al 6 per cento.

18. Dal 1° gennaio 1992 i cittadini che non abbiano ritirato i risultati di visite o esami diagnostici e di laboratorio sono tenuti al pagamento per intero della prestazione usufruita. È compito dell'amministratore straordinario della unità sanitaria locale stabilire le modalità più idonee al recupero delle somme dovute.

(1) Comma modificato dall'art. 1, d.l. 17 maggio 1996, n. 280, convertito con modificazioni dalla Legge 18 luglio 1996, n. 382.

(2) Comma modificato dall' articolo 1, comma 2, della Legge 23 ottobre 1992, n. 421, dall'articolo 4, comma 7, del D.L. 30 dicembre 1993, n. 557, convertito con modificazioni dalla Legge 26 febbraio 1994, n. 133, e da ultimo, dall'articolo 7, della Legge 23 dicembre 1994, n. 724.

(3) Per una proroga delle disposizioni contenute nel presente comma, vedi l'art. 1, l. 23 ottobre 1992, n. 421.

(4) Comma abrogato dall'art. 74, d.lg. 3 febbraio 1993, n. 29, limitatamente alla disciplina sui contratti di lavoro riguardanti i dipendenti delle amministrazioni, aziende ed enti di servizio sanitario; abrogazione confermata dall'art. 72, d.lg. 30 marzo 2001, n. 165. Poi integralmente sostituito dall'articolo 52 della legge 27 dicembre 2002, n. 289.

(5) Comma inserito dall'articolo 3, comma 1, del D.Lgs. 3 ottobre 2009, n. 153.

(6) Comma inserito dall'articolo 3, comma 1, del D.Lgs. 3 ottobre 2009, n. 153.

(7) A norma dell'articolo 4, comma 101, della L. 12 novembre 2011, n. 183 le risorse disponibili per gli interventi di cui al presente comma sono ridotte, a decorrere dall'anno 2012, di 19,55 milioni.

(8) Le regioni e gli istituti di cui al presente comma devono specificare, nella istanza trasmessa per la preventiva autorizzazione, ai sensi dell'art. 5 del d.m. 5 dicembre 1991 e dell'art. 5, d.m. 16 luglio 1993, la legge di riferimento del mutuo ai fini della imputazione dell'onere di ammortamento (art. 3, d.m. 23 settembre 1993).

(9) Comma modificato dall'art. 63, l. 28 dicembre 2001, n. 448.