

Legge 23 dicembre 1994, n. 724

(in SO n. 74 alla GU 30 dicembre 1994, n. 304)

Misure di razionalizzazione della finanza pubblica

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Promulga la seguente legge:

(ESTRATTO)

Capo I

DISPOSIZIONI IN MATERIA SANITARIA

Art. 1

(Esenzioni)

1. Al comma 14 dell'articolo 8 della legge 24 dicembre 1993, n. 537, le parole "lire 5.000" sono sostituite dalle seguenti: "lire 3.000 per prescrizioni di una confezione e di lire 6.000 per prescrizioni di più confezioni".

2. Al comma 15 dell'articolo 8 della legge 24 dicembre 1993, n. 537, la parola "100.000" è sostituita dalla seguente "70.000".

3. Il comma 16 dell'articolo 8 della legge 24 dicembre 1993, n. 537, è sostituito dai seguenti:

"16. A decorrere dal 1° gennaio 1995 sono esentati dalla partecipazione alla spesa sanitaria di cui ai commi 14 e 15 i cittadini di età inferiore a sei anni e di età superiore a sessantacinque anni, appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo riferito all'anno precedente non superiore a lire 70 milioni. Sono altresì esentati dalla partecipazione alla spesa sanitaria di cui ai commi 14 e 15 i portatori di patologie neoplastiche maligne, i pazienti in attesa di trapianti di organi e i titolari di pensioni sociali. Sono inoltre esentati dalla partecipazione alla spesa sanitaria di cui ai commi 14 e 15, purchè appartenenti ad un nucleo familiare, con un reddito complessivo, riferito all'anno precedente, inferiore a lire 16 milioni, incrementato fino a lire 22 milioni in presenza del coniuge ed in ragione di un ulteriore milione per ogni figlio a carico, i titolari di pensioni al minimo di età superiore a sessanta anni e i disoccupati. Le esenzioni connesse ai livelli di reddito operano su dichiarazione dell'interessato o di un suo familiare da apporre sul retro della ricetta. I soggetti affetti dalle forme morbose e le categorie previste dal decreto del Ministro della sanità 1° febbraio 1991, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 32 del 7 febbraio 1991, e successive modificazioni ed integrazioni, sono esentati dalla partecipazione alla spesa sanitaria di cui ai commi 14 e 15 limitatamente alle prestazioni individuate dallo stesso decreto.

16-bis. Sono altresì esenti le prestazioni diagnostiche e terapeutiche, comprese le vaccinazioni di comprovata efficacia, di cui all'ultimo periodo del comma 3 dell'articolo 5 della legge 29 dicembre 1990, n. 407, come sostituito dal comma 16-quinquies del

presente articolo, e all'articolo 5 del citato decreto del Ministro della sanità 1° febbraio 1991.

16-ter. Per l'assistenza farmaceutica l'esenzione opera esclusivamente per i farmaci collocati nella classe di cui al comma 10, lettera b). Per l'assistenza farmaceutica e per le prestazioni di cui al comma 15 i cittadini esenti, con esclusione degli invalidi di guerra titolari di pensione diretta vitalizia, dei grandi invalidi per servizio, degli invalidi civili al 100 per cento e dei grandi invalidi del lavoro, sono tenuti comunque al pagamento di una quota fissa per ricetta di lire 3.000 per prescrizioni di una confezione e di lire 6.000 per prescrizioni di più confezioni nonchè per prescrizioni relative alle prestazioni di cui al comma 15.

16-quater. I direttori generali e i commissari straordinari delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere dispongono verifiche sulla regolarità delle prescrizioni, in regime di esenzione, dei medici convenzionati e dipendenti del Servizio sanitario nazionale, inoltre attivano attraverso gli organi preposti controlli sulla veridicità delle dichiarazioni di esenzione apposte sul retro delle ricette previste dal comma 16. In caso di violazioni delle disposizioni di cui al presente articolo si applicano le sanzioni previste dal codice penale.

16-quinquies. Al comma 3 dell'articolo 5 della legge 29 dicembre 1990, n. 407, l'ultimo periodo è sostituito dal seguente: "Sono esenti da ticket tutte le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le prestazioni specialistiche in corso di gravidanza fruita presso le strutture sanitarie pubbliche, convenzionate o accreditate dal Servizio sanitario nazionale, secondo il protocollo diagnostico predisposto nel decreto del Ministro della sanità 14 aprile 1984, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 118 del 30 aprile 1984".

4. E' confermata l'esenzione disposta dall'articolo 3, comma 3, del decreto-legge 25 novembre 1989, n. 382, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 gennaio 1990, n. 8, relativamente agli accertamenti del possesso dei requisiti di idoneità da parte dei giovani che si avviano all'attività sportiva agonistica nelle società dilettantistiche.

5. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge il Ministro della sanità provvede con proprio decreto ad aggiornare il protocollo diagnostico predisposto nel decreto del Ministro della sanità 14 aprile 1984, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 118 del 30 aprile 1984.

Art. 2

(Prestazioni specialistiche)

1. Il comma 3 dell'articolo 1 del decreto-legge 25 novembre 1989, n. 382, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 gennaio 1990, n. 8, è sostituito dal seguente:

"3. Le richieste di prestazioni relative a branche specialistiche diverse devono essere formulate su ricette distinte. Ogni ricetta può contenere fino ad un massimo di otto prestazioni della medesima branca. Per le prestazioni di medicina fisica e di riabilitazione ogni ricetta non può contenere più di sei tipi di prestazioni; per ciascun tipo di prestazione il numero massimo di sedute, anche in caso di cicli terapeutici, è fissato in un numero non superiore a dodici".

Art. 3

(Ospedali)

1. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 4, comma 10, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, le regioni provvedono, entro il termine perentorio di sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, alla disattivazione o alla riconversione degli ospedali che non raggiungevano alla data del 30 giugno 1994 la dotazione minima di 120 posti letto, esclusi quelli specializzati, e quelli per i quali la regione ha già programmato la strutturazione con dotazione di posti-letto superiore a 120, anche operando le eventuali conseguenti trasformazioni di destinazione in servizi sanitari ambulatoriali e in strutture non ospedaliere. Le regioni, sulla base di criteri di classificazione degli ospedali specializzati stabiliti con decreto del Ministro della sanità da emanare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, pubblicano l'elenco regionale degli ospedali specializzati. Scaduto un ulteriore termine di trenta giorni, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, esercita i poteri sostitutivi. La presente disposizione si applica alle singole strutture ospedaliere, ancorchè accorpate ai fini funzionali ai sensi dell'articolo 4, comma 9, del citato decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni ed integrazioni. In relazione a condizioni territoriali particolari, in specie delle aree montane e delle isole minori, ed alla densità e distribuzione della popolazione, le regioni possono autorizzare il mantenimento in attività dei suddetti ospedali (1).

2. Qualora le regioni non provvedano, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, previo invito alle regioni ad adottare le misure adeguate, attiva il potere sostitutivo con la nomina di commissari "ad acta" per l'adozione dei provvedimenti di cui al comma 1, individuati sulla base delle rilevazioni ufficiali del sistema informativo sanitario; in tale ultima ipotesi si applica alla regione una riduzione pari al 30 per cento della eventuale quota spettante del fondo di riequilibrio di cui all'articolo 12, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni (1).

3. Al personale risultato in esubero a seguito delle disattivazioni o delle riconversioni di cui al comma 1 si applicano le misure di mobilità previste dalla normativa vigente, esperite le quali le regioni adottano misure di mobilità di ufficio da applicare prioritariamente all'interno dell'unità sanitaria locale e successivamente nell'ambito del territorio regionale. Il personale che non ottemperi al trasferimento d'ufficio è collocato in disponibilità ai sensi dell'articolo 34 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni. Le procedure sono completate entro sessanta giorni dalla data delle disattivazioni o delle riconversioni di cui ai commi 1 e 2. Scaduto tale termine il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, previo invito alle regioni ad adottare le misure adeguate, attiva il potere sostitutivo con la nomina di commissari "ad acta" per l'adozione dei conseguenti provvedimenti (1).

4. Le disposizioni di cui all'allegato A del decreto del Presidente del consiglio dei ministri 22 dicembre 1989, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 2 del 3 gennaio 1990, sono sospese per cinque anni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Entro tale termine, con decreto del Presidente del consiglio dei ministri, adottato 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, e acquisito il parere degli operatori del settore e delle associazioni dei gestori, sono definiti, anche in relazione alla situazione

esistente negli altri Paesi dell'Unione europea, i nuovi requisiti dimensionali per le R.S.A. nonché i criteri per il graduale adeguamento agli stessi delle strutture esistenti. Le regioni possono prevedere che la gestione delle residenze sanitarie assistenziali sia affidata ad organismi pubblici, privati o misti, disciplinando le modalità di controllo della qualità delle prestazioni e del servizio reso. L'organismo affidatario della gestione della R.S.A. fa fronte in via prioritaria al fabbisogno di personale mediante l'assunzione di personale di corrispondente qualificazione professionale, proveniente, su base volontaria, dai servizi dismessi dell'Unità sanitaria locale, fermo restando il riconoscimento dell'anzianità di servizio e di qualifica (2).

5. Nel quadro delle attivazioni delle strutture residenziali previste dal progetto obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-1996", approvato con decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 93 del 22 aprile 1994, utilizzando se necessario anche le strutture ospedaliere disattivate o riconvertite nell'ambito del processo di ristrutturazione della rete ospedaliera, le regioni provvedono alla chiusura dei residui ospedali psichiatrici entro il 31 dicembre 1996. I beni mobili ed immobili degli ospedali psichiatrici dismessi, che non possono essere utilizzati per altre attività di carattere sanitario, sono destinati dall'Unità sanitaria locale competente alla produzione di reddito, attraverso la vendita, anche parziale, degli stessi con diritto di prelazione per gli Enti pubblici, o la locazione. I redditi prodotti sono utilizzati per l'attuazione di quanto previsto dal progetto-obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-1996", approvato con decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994, per interventi nel settore psichiatrico, e dai relativi progetti regionali di attuazione (3).

6. Per la gestione delle camere a pagamento di cui all'articolo 4, commi 10 e 11, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, le unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico provvedono, oltre alla contabilità prevista dall'articolo 5, comma 5, del citato decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni ed integrazioni, alla tenuta di una contabilità separata che deve tenere conto di tutti i costi diretti e indiretti, nonché delle spese alberghiere. Tale contabilità non può presentare disavanzo. Il cittadino dovrà comunque pagare solo le spese aggiuntive e non quelle garantite dal Servizio sanitario nazionale.

7. Nel caso in cui la contabilità separata di cui al comma 6 presenti un disavanzo, il direttore generale è obbligato ad assumere tutti i provvedimenti necessari, compresi l'adeguamento delle tariffe o la sospensione del servizio relativo alle erogazioni delle prestazioni sanitarie. Le disposizioni di cui al presente comma si applicano anche alle prestazioni ambulatoriali fornite a pazienti solventi in proprio.

8. Ai fini del diritto di accesso garantito dalla legge 7 agosto 1990, n. 241, le unità sanitarie locali, i presidi ospedalieri e le aziende ospedaliere devono tenere, sotto la personale responsabilità del direttore sanitario, il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri ordinari. Tale registro sarà soggetto a verifiche ed ispezioni da parte dei soggetti abilitati ai sensi delle vigenti disposizioni. Tutti i cittadini che vi abbiano interesse possono richiedere alle direzioni sanitarie notizie sulle prenotazioni e sui relativi tempi di attesa, con la salvaguardia della riservatezza delle persone.

9. Le regioni definiscono nel proprio piano sanitario, anche mediante aggiornamenti, il tasso minimo di occupazione dei posti letto per singole tipologie di reparto. I direttori

generali delle aziende ospedaliere o delle unità sanitarie locali interessate provvedono alla riduzione del numero dei posti letto in dotazione ai reparti che si discostano in misura superiore al 5 per cento dal tasso regionale di cui al presente comma, provvedendo altresì al ridimensionamento degli organici e alla conseguente mobilità del personale, fermo restando il rispetto delle durate medie di degenza definite nel Piano sanitario nazionale.

(1) Comma abrogato dall'art. 1, comma 2-bis, lett. a), D.L. 17 maggio 1996, n. 280.

(2) Comma così modificato dall'art. 1, comma 2-bis, lett. b), D.L. 17 maggio 1996, n. 280.

(3) Comma così modificato dall'art. 1, comma 2-bis, lett. c), D.L. 17 maggio 1996, n. 280 e successivamente così modificato dall'art. 1, comma 21, L. 23 dicembre 1996, n. 662.

Art. 4

(Dotazioni organiche)

1. La revisione delle dotazioni organiche ed i processi di mobilità del personale sono in particolare finalizzati all'obiettivo del pieno utilizzo delle strutture pubbliche, secondo le indicazioni del Piano sanitario nazionale per il triennio 1994- 1996. I direttori generali ed i commissari straordinari delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, avvalendosi anche dei poteri loro attribuiti in materia di definizione dell'orario di servizio e di articolazione dell'orario contrattuale di lavoro, di cui all'articolo 16 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni, assicurano l'apertura al pubblico dei servizi per un congruo orario settimanale, il potenziamento delle attività di day hospital e la riduzione dei tempi di attesa per le attività ambulatoriali.

2. Per il primo semestre dell'anno 1995 si applica il divieto di assunzione di cui al comma 6 dell'articolo 22; per il secondo semestre, per la copertura dei posti che si rendono vacanti per cessazioni dal servizio comunque verificatesi dal 1° gennaio 1995, le regioni possono autorizzare nuove assunzioni, entro il limite del 10 per cento delle cessazioni per il ruolo amministrativo e del 30 per cento delle cessazioni per gli altri ruoli, previa verifica dei carichi di lavoro ed esclusivamente dopo aver esperito le procedure di mobilità, da effettuarsi tra il personale del comparto sanità in ambito locale, regionale, interregionale, secondo tale ordine di priorità, e d'ufficio, per motivate esigenze di servizio, e dopo che le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere abbiano provveduto all'utilizzazione del personale risultante in esubero a seguito della disattivazione o della riconversione degli ospedali di cui all'articolo 3 ed a seguito degli accorpamenti e delle riorganizzazioni delle strutture e dei servizi del territorio di competenza. Le limitazioni previste dal presente comma non si applicano al personale sanitario delle unità di terapia intensiva e di rianimazione.

3. A decorrere dal 1° gennaio 1996 la corresponsione dell'indennità di tempo pieno di cui all'articolo 110, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 28 novembre 1990, n. 384, è sospesa, limitatamente al 15 per cento del suo importo per il personale dipendente che esercita l'attività libero-professionale, ai sensi dell'articolo 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412, all'esterno delle strutture sanitarie pubbliche. Il direttore generale ed il commissario straordinario dell'unità sanitaria locale e dell'azienda ospedaliera sono responsabili dell'applicazione del presente comma. Al dipendente che illegittimamente

percepisce l'indennità di tempo pieno si applicano le disposizioni dell'articolo 2119 del codice civile in materia di risoluzione del contratto di lavoro per giusta causa. La mancata attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 4, comma 10, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, comporta la immediata risoluzione del contratto del direttore generale ai sensi dell'articolo 3, comma 6, penultimo periodo, del citato decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni ed integrazioni. Le disposizioni del presente comma si applicano anche agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ed agli istituti zooprofilattici sperimentali. Per gli enti di ricerca e le istituzioni, di cui all'articolo 23 dell'accordo reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica 12 febbraio 1991, n. 171, il contingente di personale da assumere a contratto, ai sensi del medesimo articolo, non potrà superare il 10 per cento della rispettiva dotazione organica complessiva, nell'ambito delle risorse di bilancio.

4. I giudizi di idoneità di cui agli articoli 8, commi 1-bis e 8, e 18, comma 2-bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, nonché quelli di cui all'articolo 26, comma 2-ter, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni, si svolgono a partire dal 1° settembre 1995.

Art. 5

(Congedo ordinario aggiuntivo per categoria di lavoratori esposti a rischio radiologico)

1. A partire dal 1° gennaio 1995 il congedo ordinario aggiuntivo di quindici giorni spetta ai tecnici sanitari di radiologia medica e ai medici specialisti in radio-diagnostica, radioterapia, medicina nucleare e a quanti svolgono abitualmente la specifica attività professionale, in zona controllata.
2. Al personale di cui al comma 1 durante il periodo di congedo per recupero biologico è vietato, a pena di decadenza dall'impiego, l'esercizio professionale in qualsivoglia struttura pubblica e privata.
3. Il predetto congedo ordinario aggiuntivo dovrà essere effettuato con il sistema della turnazione alternata al servizio effettivamente svolto.
4. Fino all'entrata in vigore del contratto collettivo di lavoro al personale di cui al comma 1 continua ad essere corrisposta l'indennità mensile lorda prevista dall'articolo 1, comma 2, della legge 27 ottobre 1988, n. 460.

Art. 6

(Pagamento a tariffa e acquisto di beni e servizi)

1. La spesa per l'acquisto di beni e servizi non può superare, a livello regionale, l'importo registrato nell'esercizio 1993 ridotto del 18 per cento per l'anno 1995, del 16 per cento per l'anno 1996 e del 14 per cento per l'anno 1997. Per l'anno 1995 viene individuato l'ammontare per cassa delle somme destinate all'acquisto di beni e servizi. Le regioni tramite i direttori generali e i commissari straordinari provvedono ad individuare i funzionari responsabili delle somme destinate ai fornitori e ai prestatori di servizi entro il termine di novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Gli oneri relativi agli interessi passivi richiesti dai fornitori o dai prestatori di servizi in caso di ritardato

pagamento rientrano nella responsabilità contabile del funzionario delegato e del direttore generale o del commissario straordinario in caso di mancato controllo. In nessun caso è consentito alle regioni di far gravare sulle aziende di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, nè direttamente nè indirettamente, i debiti e i crediti facenti capo alle gestioni pregresse delle unità sanitarie locali. A tal fine le regioni dispongono apposite gestioni a stralcio, individuando l'ufficio responsabile delle medesime.

2. Le regioni attivano osservatori di controllo dei prezzi di beni e servizi, con particolare attenzione alle attrezzature tecnico-medicali, ai farmaci e al materiale diagnostico. Le regioni, ogni sei mesi a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, inviano una relazione al Ministro della sanità e ai Presidenti delle Camere per l'inoltro alle competenti Commissioni permanenti.

3. Per il raggiungimento dell'obiettivo di cui al comma 1, le regioni possono individuare forme di centralizzazione degli acquisti da parte del Servizio sanitario nazionale, fissare prezzi di riferimento per categorie di beni e servizi e promuovere il pagamento dei fornitori entro il termine massimo di novanta giorni.

4. L'affidamento e il rinnovo a terzi di servizi di pertinenza dell'unità sanitaria locale e dell'azienda ospedaliera sono subordinati alla contestuale disattivazione dei corrispondenti servizi direttamente gestiti ed il relativo personale è posto in mobilità d'ufficio. Il personale che non ottempera al trasferimento d'ufficio è collocato in disponibilità ai sensi dell'articolo 34 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni e integrazioni.

5. All'articolo 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dall'articolo 5 del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, il comma 7 è sostituito dai seguenti:

"7. Le regioni disciplinano entro il 31 gennaio 1995 le modalità di finanziamento delle aziende ospedaliere sulla base dei seguenti principi:

a) prevedere l'attribuzione da parte delle regioni per l'anno 1995 di una quota del fondo sanitario destinata alla copertura parziale delle spese necessarie per la gestione determinata nella misura dell'80 per cento dei costi complessivi dell'anno precedente, decurtati dell'eventuale disavanzo di gestione, compresi gli oneri passivi in ragione di quest'ultimo sostenuti;

b) le prestazioni, sia di degenza che ambulatoriali, da rendere a fronte del finanziamento erogato secondo le modalità di cui alla lettera a) devono formare oggetto di apposito piano annuale preventivo che, tenuto conto della tariffazione, ne stabilisca quantità presunte e tipologia in relazione alle necessità che più convenientemente possono essere soddisfatte nella sede pubblica. Tale preventivo forma oggetto di contrattazione fra regione e unità sanitarie locali, da una parte, e azienda ospedaliera e presidi ospedalieri con autonomia economico-finanziaria, dall'altra. La verifica a consuntivo, da parte, rispettivamente, delle regioni e delle unità sanitarie locali dell'osservanza dello stesso preventivo, tenuto conto di eventuali motivati scostamenti, forma criterio di valutazione per la misura del finanziamento delle singole aziende ospedaliere o dei presidi stessi da erogare nell'anno successivo;

c) prevedere le quote di partecipazione alla spesa eventualmente dovute da parte dei cittadini, gli introiti connessi all'esercizio dell'attività libero-professionale dei diversi operatori ed i corrispettivi relativi a servizi integrativi a pagamento;

d) prevedere i lasciti, le donazioni e le rendite derivanti dall'utilizzo del patrimonio dell'azienda, ed eventuali altre risorse acquisite per contratti e convenzioni.

7-bis. La remunerazione a tariffa delle prestazioni effettuate rappresenta la base di calcolo ai fini del conguaglio in positivo o in negativo dell'acconto nella misura dell'80 per cento di cui al comma 7. Sulla base delle suddette tariffe sono altresì effettuate le compensazioni della mobilità sanitaria interregionale.

7-ter. Il sistema di finanziamento di cui al comma 7, valido per l'anno 1995, dovrà essere progressivamente superato nell'arco di un triennio, al termine del quale si dovrà accedere esclusivamente al sistema della remunerazione a prestazione degli erogatori pubblici e privati".

6. A decorrere dalla data di entrata in funzione del sistema di pagamento delle prestazioni sulla base di tariffe predeterminate dalla regione cessano i rapporti convenzionali in atto ed entrano in vigore i nuovi rapporti fondati sull'accreditamento, sulla remunerazione delle prestazioni e sull'adozione del sistema di verifica della qualità previsti all'articolo 8, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni. La facoltà di libera scelta da parte dell'assistito si esercita nei confronti di tutte le strutture ed i professionisti accreditati dal Servizio sanitario nazionale in quanto risultino effettivamente in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente e accettino il sistema della remunerazione a prestazione. Fermo restando il diritto all'accreditamento delle strutture in possesso dei requisiti di cui all'articolo 8, comma 4, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, per il biennio 1995-1996 l'accreditamento opera comunque nei confronti dei soggetti convenzionati e dei soggetti eroganti prestazioni di alta specialità in regime di assistenza indiretta regolata da leggi regionali alla data di entrata in vigore del citato decreto legislativo n. 502 del 1992, che accettino il sistema della remunerazione a prestazione sulla base delle citate tariffe.

7. All'articolo 8, comma 5, secondo periodo, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono soppresse le parole "sulla base di criteri di integrazione con il servizio pubblico".

Art. 7

(Spesa farmaceutica)

1. Fino al 31 dicembre 1995, il Servizio sanitario nazionale, nel procedere alla corresponsione alle farmacie di quanto dovuto, trattiene, a titolo di sconto, una quota pari al 3 per cento dell'importo al lordo dei ticket, fatta eccezione per le farmacie rurali che godono dell'indennità di residenza alle quali è trattenuta una quota pari all'1,5 per cento.

2. Per l'anno 1995 il prezzo dei farmaci con onere a carico del Servizio sanitario nazionale è ridotto del 2,5 per cento rispetto al prezzo medio europeo vigente al 15 ottobre 1994. Tale riduzione è del 5 per cento per le aziende, i cui ricavi relativi ai prodotti collocati nelle classi a), b) e c) di cui all'articolo 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, siano aumentati nel primo semestre dell'anno 1994 in misura pari o superiore al 10 per

cento rispetto allo stesso periodo dell'anno 1993. Alla determinazione delle modalità applicative provvede il CIPE entro dieci giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Qualora l'effetto della riduzione dei prezzi risulti al 30 giugno 1995 inferiore a 450 miliardi annui sulla base delle proiezioni effettuate sui consumi del primo semestre 1995, il CIPE, su proposta del Ministro della sanità, determina le ulteriori riduzioni sui prezzi necessarie al conseguimento del predetto risparmio.

3. A decorrere dal 1° giugno 1995 ai farmaci viene applicata l'aliquota IVA del 4 per cento, secondo le indicazioni della Comunità europea. Tale abbattimento dovrà applicarsi direttamente sul prezzo di vendita, riducendolo. A decorrere dalla stessa data l'imposta di fabbricazione dei superalcolici e dei tabacchi è aumentata in misura tale da compensare il minor gettito IVA.

4. L'onere a carico del Servizio sanitario nazionale per l'assistenza farmaceutica per l'anno 1995 è determinato in lire 9.000 miliardi. Qualora la spesa per l'assistenza farmaceutica risulti, sulla base delle proiezioni effettuate al termine del primo semestre del 1995, superiore al predetto limite, la Commissione unica del farmaco di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266, procederà alla riclassificazione di cui al comma 10 dell'articolo 8 della legge 24 dicembre 1993, n. 537, sulla base dei consumi farmaceutici nell'anno 1994.

5. L'onere a carico del Servizio sanitario nazionale per l'assistenza farmaceutica è determinato in lire 9.000 miliardi per ciascuno degli anni 1996 e 1997, salvo diversa determinazione adottata con apposita norma della legge finanziaria per gli anni medesimi. Entro il 15 settembre 1995 il Governo trasmette ai Presidenti delle Camere per l'inoltro alle competenti Commissioni permanenti una relazione tecnica sull'andamento, nel primo semestre del 1995, della spesa per l'assistenza farmaceutica a carico del Servizio sanitario nazionale, nonché sull'andamento previsto per l'intero 1995 e per il 1996.

6. Il settimo periodo del comma 4 dell'articolo 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412, è abrogato.

Art. 8

(Norme in materia di classificazione delle specialità medicinali)

1. Al fine di mantenere la spesa farmaceutica nei limiti indicati dall'articolo 7, comma 4, a partire dal 1° gennaio 1995 il Ministro della sanità dispone idonei controlli circa l'applicazione delle norme di cui al comma 10 dell'articolo 8, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, da parte delle unità sanitarie locali e dei medici, curando nel contempo l'applicazione delle norme relative ad un confezionamento ottimale, per ciclo di terapia, dei prodotti farmaceutici. Allo stesso fine il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), avvalendosi della Commissione unica del farmaco e di esperti in economia farmaceutica, fornisce al Governo elementi conoscitivi e criteri classificativi in ordine alla possibile introduzione di un sistema basato sui prezzi di riferimento dei farmaci proponendo, inoltre, al Governo un progetto di sperimentazione nella applicabilità di tale sistema. Eventuali variazioni al sistema vigente potranno intervenire dal 1° gennaio 1996 con specifico provvedimento legislativo.

2. Lo sconto praticato alle aziende ospedaliere e ai presidi ospedalieri nonché agli istituti di ricovero e cura sulle specialità medicinali e sui prodotti galenici, il cui prezzo al pubblico è

inclusivo dell'aliquota IVA sul prezzo base, è stabilito mediante contrattazione tra le parti interessate, e non può essere inferiore a quanto previsto dall'articolo 9, quinto comma, del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 agosto 1974, n. 386.

Art. 9

(Assistenza farmaceutica)

1. La prescrizione di specialità medicinali e di prodotti generici con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale è limitata al numero massimo di due pezzi per ricetta, fatta eccezione per i prodotti a base di antibiotici in confezione monodose e per i medicinali somministrati esclusivamente per fleboclisi, per i quali si applica la disposizione di cui all'articolo 2, comma 3, del decreto-legge 30 ottobre 1987, n. 443, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 dicembre 1987, n. 531. Fino al 31 marzo 1995 per i farmaci indicati dagli articoli 1, 2 e 4 del decreto del Ministro della sanità 1° febbraio 1991, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 32 del 7 febbraio 1991, e successive modificazioni ed integrazioni, a favore dei soggetti affetti dalle forme morbose di cui agli stessi articoli e per i farmaci a base di interferone a favore dei soggetti affetti da epatite cronica, la prescrizione è limitata ad un numero massimo di sei pezzi per ricetta.

2. Entro il 31 marzo 1995 il Ministro della sanità, sentito il parere della Commissione unica del farmaco, provvede, con proprio decreto, a definire per ciascuna categoria di farmaci destinati alla cura delle patologie di cui al citato decreto del Ministro della sanità 1° febbraio 1991 il confezionamento ottimale per ciclo di terapie, prevedendo fra l'altro standard di confezionamento a posologia limitata destinati ad evidenziare possibili fenomeni di intolleranza nonché l'efficacia del farmaco; conseguentemente, la prescrizione per tali farmaci è limitata al numero massimo di due pezzi per ricetta.

Art. 10

(Norme finali)

1. Alle Unità sanitarie locali si applicano le disposizioni di cui all'articolo 4, comma 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni. Agli eventuali disavanzi di gestione, ferma restando la responsabilità diretta delle predette Unità sanitarie locali, provvedono le regioni con risorse proprie, con conseguente esonero di interventi finanziari da parte dello Stato (1).

2. L'inosservanza delle disposizioni contenute nel presente capo, in quanto costituente fonte di responsabilità patrimoniale, deve essere tempestivamente e circostanziatamente denunciata alla competente procura regionale della Corte dei conti, ai fini di cui all'articolo 1 della legge 14 gennaio 1994, n. 20.

3. Il direttore generale o il commissario straordinario della unità sanitaria locale è direttamente responsabile per le somme indebitamente corrisposte ai medici di medicina generale ed ai pediatri di libera scelta convenzionati in caso di omissione o inesatta esecuzione degli obblighi posti a carico degli stessi. E' altresì direttamente responsabile del rispetto dei termini e della regolarità di tutte le spettanze ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta come previsto dai rispettivi contratti di lavoro.

(1) La Corte costituzionale con sentenza 28 luglio 1995, n. 416, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del presente comma nella parte in cui impone alle regioni di provvedere con risorse proprie al ripiano degli eventuali disavanzi di gestione anche in relazione a scelte esclusive o determinanti dello Stato.