

# SENATO DELLA REPUBBLICA

— XI LEGISLATURA —

N. 1749

## DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori **BETTONI BRANDANI, VISCO,  
GIOVANOLLA, BRESCIA, STEFÀNO, TORLONTANO e ZUFFA**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 22 DICEMBRE 1993

---

Norme per il risanamento della spesa sanitaria

---

## INDICE

Relazione .....	Pag.	3
Nota tecnica .....	»	9
Disegno di legge .....	»	11

ONOREVOLI SENATORI. - Da tempo si discute della necessità di fare una vera e propria «operazione verità» sui conti della sanità pubblica. Bilanci regionali in disavanzo, unità sanitarie locali in dissesto, ospedali e centri sanitari gravati dai debiti; sembra proprio che comporre il conflitto tra scarsità di risorse finanziarie e servizi sanitari più efficienti e per tutti sia quasi impossibile. Le strade sin qui seguite dal Governo hanno portato o all'aumento dei *tickets*, o all'inasprimento dei contributi, oppure al taglio delle prestazioni e dei servizi sanitari, senza apprezzabili risultati sul fronte della riduzione dei disavanzi della sanità, che continuano ad essere «sommersi» e ripianati a piè di lista dopo aspri contrasti tra Stato ed enti regionali.

Dal consuntivo 1992 emerge che il debito sommerso delle unità sanitarie locali, che occorrerà ripianare, non è di 6.254 miliardi di lire, come valuta il Governo, ma ben più elevato, arrivando a sfiorare i 9.000 miliardi di lire. La spesa sanitaria corrente ha raggiunto, alla fine del 1992, la cifra di 96.705 miliardi di lire, invece dei 93.341 miliardi di lire iscritti nel preconsuntivo. Molte voci di spesa hanno registrato un'imprevista accelerazione. In particolare, la spesa per beni e servizi è cresciuta dell'11 per cento; all'interno di questa alcuni aggregati hanno registrato un'espansione quasi incontrollabile. I cosiddetti «appalti convivenza» degli ospedali (spese di lavanderia e pulizia, mensa, riscaldamento) crescono del 18,6 per cento; la voce «mensa», che assorbe, da sola, 245 miliardi di lire, è aumentata del 30 per cento circa in un anno. Anche le spese per il riscaldamento hanno registrato una crescita elevata (+22 per cento), nonostante l'invarianza dei prezzi del gasolio. I lavori di lavanderia e pulizia - spesso appaltati all'esterno, con

duplicazione di personale e di mezzi - assorbono un volume crescente di risorse. Nel 1991 si spendeva non più di 1.000 miliardi di lire; nel 1992 gli esborsi hanno raggiunto i 1.233 miliardi di lire. Solo la dinamica della spesa per il personale rimane contenuta (il relativo aggregato cresce del 3 per cento). L'aumento esasperato di *tickets* su farmaci, analisi e prestazioni diagnostiche ha determinato un calo drastico del consumo di medicine e della spesa per prestazioni specialistiche convenzionate esterne (cliniche, ambulatori privati), che accusa una flessione del 30 per cento. Cresce invece il ricorso alle cure ospedaliere. Mentre gli acquisti di medicine nelle farmacie sono diminuiti del 5 per cento, la spesa per farmaci e per analisi negli ospedali ha riscontrato un aumento del 16 per cento nel primo caso e del 18 per cento nel secondo. Enorme la dimensione degli sprechi nel settore sanitario. In cinque anni, tra il 1986 e il 1991, i prezzi degli acquisti delle famiglie sono cresciuti del 34,9 per cento; quelli degli acquisti effettuati dalle strutture sanitarie sono invece lievitati sino a toccare il 78,4 per cento. Uno studio del Dipartimento sanità dello SPI-CGIL arriva ad un risultato sorprendente: se i prezzi degli acquisti delle unità sanitarie locali fossero cresciuti al ritmo dei prezzi degli acquisti delle famiglie, e non con una dinamica esponenziale, dal 1987 al 1991 lo Stato avrebbe risparmiato 30.600 miliardi di lire. L'equivalente della manovra finanziaria proposta dal Governo per il 1994.

Cresce intanto il divario nella composizione della spesa sanitaria tra Nord e Sud del Paese. Strutture sottoutilizzate ed esuberi di personale nel Mezzogiorno; una migliore distribuzione tra attrezzature sanitarie e personale tecnico nelle regioni settentriona-

## XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

li. La composizione della spesa è un indizio significativo dell'efficienza della struttura. In Emilia-Romagna, la spesa per il personale incide per il 41 per cento sul totale; quella per beni e servizi per il 24 per cento. Calabria e Sardegna spendono quasi il 46 per cento delle disponibilità per il personale sanitario, ma solo il 12,72 per cento e il 17 per cento, rispettivamente, in acquisti di beni e servizi destinati ai ricoverati.

L'inefficienza del servizio sanitario nazionale e l'invecchiamento della popolazione rendono necessario stanziare sempre nuove risorse e avviare investimenti. Ciò nonostante il Governo progetta di contenere la spesa sanitaria per il 1993 entro il limite di 89.000 miliardi di lire; di questi, 82.890 miliardi di lire, attribuiti al fondo sanitario nazionale, saranno a carico dello Stato, mentre 5.849 miliardi di lire dovranno essere coperti dalle regioni. L'obiettivo appare di difficile realizzazione: già nei primi sei mesi del 1993 la spesa sanitaria viaggia a ritmi di crescita dell'8,3 per cento rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Non a caso lo stesso piano sanitario stima in 10.843 miliardi di lire il fabbisogno aggiuntivo, necessario a coprire mutui per disavanzi pregressi (6.863 miliardi), finanziare attività di ricerca (1.850 miliardi), istituire fondi di riequilibrio territoriale (2.130 miliardi). Facile prevedere che a fine anno la spesa sanitaria sfiorerà i 100.000 miliardi di lire, oltre 10.000 miliardi più del previsto.

Gli interventi proposti dalla manovra finanziaria per il 1993 non sembrano affatto sufficienti a tenere sotto controllo la spesa sanitaria. Nel piano sanitario nazionale, il fabbisogno per il 1994 viene stimato pari a 89.121 miliardi di lire, sulla base di una spesa *pro capite* di 1.580.000 lire.

Tali valutazioni sono largamente ottimistiche. Ancora una volta, si propone una sottostima delle erogazioni necessarie per finanziare i programmi di spesa e le unità sanitarie locali e gli enti regionali saranno così costretti ad accendere mutui onerosi con istituti di credito.

L'obiettivo principale del disegno di legge è la cosiddetta «operazione verità» sui

conti della sanità pubblica. A tale scopo si è scelto di programmare, per il prossimo triennio, una gestione solo di cassa del servizio sanitario nazionale. In sostanza, si prendono come base di riferimento non le risorse impegnate o da impegnare, bensì le spese «documentate e documentabili» accertate a consuntivo nel 1992.

All'articolo 1, i commi 1 e 2 sottolineano la differenza, positiva, tra fabbisogno di cassa tendenziale e fabbisogno di cassa programmatico del servizio sanitario nazionale per il triennio. Gli obiettivi programmatici sono realizzati con le misure proposte, la cui quantificazione in termini finanziari è indicata all'articolo 12.

L'articolo 2 detta alcune raccomandazioni alle regioni in materia di buona amministrazione e di corretta gestione delle risorse. C'è da notare che gli eventuali risparmi realizzati in tal modo dalle regioni non sono quantificati tra gli effetti finanziari della proposta. Questo equivale a concedere un margine di piena discrezionalità alle regioni per realizzare risparmi aggiuntivi ed economie di spesa.

La parte più significativa della «minimanovra sanitaria» è contenuta nell'articolo 3. Sino a questo momento tutte le strutture sanitarie hanno fatto conto sulla possibilità di indebitarsi, di ottenere mutui e di finanziare in questo modo ogni nuova spesa. Questa «produzione di debiti a mezzo debiti» produce effetti deleteri: unità sanitarie locali e ospedali si sono indebitati, negli ultimi tempi, a un tasso d'interesse medio del 15 per cento, accumulando oneri spesso insostenibili. Per non dire delle «cattive abitudini» che si sono così diffuse. Il ripianamento da parte dello Stato dei *deficit* della gestione annuale ha generato nelle unità sanitarie locali incertezza iniziale sull'entità dei fondi disponibili, ma anche la convinzione che qualsiasi spesa effettuata per «non interrompere un pubblico servizio» sarebbe stata comunque sanata. Nessuno quindi aveva interesse ad esercitare un effettivo controllo sulla dinamica della spesa sanitaria. Il meccanismo di erogazione dei fondi, molto dilazionato nel tempo, sommandosi alla sottostima delle spese

## XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

effettive, non ha consentito di pagare alla scadenza gli acquisti fatti. Una circostanza che ha generato costi aggiuntivi sui beni e sui servizi acquistati (i fornitori inevitabilmente ricaricano sul prezzo il ritardato pagamento), la cessazione del rapporto con fornitori disposti a offrire condizioni vantaggiose, interessi passivi spesso molto elevati sulle anticipazioni della tesoreria e sui prestiti bancari. Senza dire dei conflitti e del contenzioso sorto tra strutture sanitarie e varie categorie di fornitori. Dal 1985 al 1992 le regioni hanno accumulato disavanzi per 57.660 miliardi di lire, che creano allo Stato oneri finanziari per una cifra annua pari a circa 9.000 miliardi di lire. Altri 1.000 miliardi di lire di oneri gravano sui bilanci regionali. Il ricarico applicato dai fornitori per rivalersi delle dilazioni di pagamento è di circa il 20 per cento. Il comma 2 dell'articolo 3 del presente disegno di legge, che stabilisce che i contratti di fornitura di beni e servizi non possano essere stipulati con dilazione di pagamento superiore a novanta giorni, consente di risparmiare almeno il 10 per cento della spesa per beni e servizi, grazie alla riduzione degli oneri per interessi. Basti pensare che normalmente i pagamenti avvengono non prima di trecentosessantacinque-quattrocento giorni. Non solo: i fornitori, in concorrenza tra loro, troveranno conveniente praticare prezzi scontati per assicurarsi vantaggiose commesse. Il risparmio complessivo potrebbe essere di almeno 4.000-5.000 miliardi di lire nel 1994. Per rendere possibile l'effettiva liquidazione delle obbligazioni entro novanta giorni, vengono costituiti fondi di rotazione per l'acquisto di beni e servizi, a cui affluiscono le risorse necessarie per i versamenti trimestrali. Si esclude per il futuro il ricorso a qualsiasi forma di indebitamento, che non siano mutui per spese d'investimento.

Un ulteriore risparmio, pari al 10 per cento della spesa per beni e servizi può essere realizzato iscrivendo le spese tecniche e per appalti tecnici - normalmente classificate come spese correnti - tra le spese in conto capitale. Per la realizzazione

degli obiettivi dell'articolo 3, si istituisce in ciascuna regione un osservatorio regionale sulla spesa per acquisto di beni e servizi e, all'articolo 4, un provveditore alla spesa individuato nel direttore amministrativo dell'unità sanitaria locale, o dell'azienda ospedaliera, o in un funzionario da questo delegato.

L'articolo 5 introduce, per il triennio, un rigoroso blocco del *turn-over* nelle unità sanitarie locali e nelle aziende ospedaliere, salvo deroghe a carico dei bilanci regionali. Da tempo si propone il blocco del *turn-over* per i dipendenti del servizio sanitario nazionale; si tratta di 672.000 mila lavoratori, con un *turn-over* annuale prossimo al 14 per cento, il doppio rispetto a quello dei Ministeri ed il triplo rispetto a quello della scuola. Una situazione che costa a Stato e regioni circa 40.000 miliardi di lire di spesa, con un incremento del 65 per cento nell'ultimo quinquennio. Per il 1994 il Governo conta di ridurre di 34.896 unità gli organici. Ma proprio il settore sanitario registra un eccezionale numero di deroghe ai numerosi «blocchi» del *turn-over* imposti per legge nella pubblica amministrazione. Nel 1985 le cessazioni dal servizio sono state 6.786 e le nuove assunzioni 17.923; nel 1986, mentre hanno «lasciato» 21.269 dipendenti, ne sono stati immessi in ruolo 39.157; lo stesso nel 1987 (28.281 neopensionati e 46.035 neoassunti), nel 1988 (per 37.714 cessazioni si sono avute 50.064 assunzioni), nel 1989 (saldo positivo di assunzioni per 7.773 unità), nel 1990 (saldo positivo di assunzioni per 13.707 unità), nel 1991 (i neoassunti superano gli uscenti per 7.647 unità). E nel 1992 i dipendenti sono aumentati di altre 15.811 unità grazie a cospicue immissioni in ruolo di precari. Negli ultimi cinque anni le cessazioni dal servizio hanno sempre oscillato tra i 30.000 e i 40.000 addetti, con una costante diminuzione dell'età media del personale. Nel 1993 sono stati bloccati i prepensionamenti e le pensioni di anzianità. Il blocco del *turn-over*, applicato secondo le modalità previste dal presente disegno di legge, dovrebbe consentire un risparmio di almeno 1.310 miliardi di lire.

## XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

L'articolo 6 prevede una modifica delle modalità di finanziamento degli investimenti delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere. Entro il 1° gennaio 1994, queste dovranno provvedere alla ridefinizione delle condizioni contrattuali dei mutui in essere, attualmente stipulati ad un tasso medio del 15 per cento. I mutui così ricontrattati non potranno essere stipulati ad un tasso superiore a quello stabilito dal Tesoro, secondo quanto disposto dal comma 6 dello stesso articolo. A partire dalla medesima data non potranno stipulare mutui con istituti diversi dalla Cassa depositi e prestiti, se non dopo che la Cassa abbia manifestato la propria indisponibilità a concederli. In questo modo si risparmiano almeno sei punti sugli oneri per interessi relativi a mutui per spese d'investimento, per una cifra non inferiore a 1.900 miliardi di lire a partire dal 1994. Un volume consistente di risorse, per il finanziamento degli investimenti, viene reso disponibile con le norme di cui al comma 5 dell'articolo 6. I fondi stanziati dalla legge finanziaria 1986 e 1988 confluiscono nel fondo sanitario nazionale e da questo sono trasferiti alle regioni, che hanno facoltà di utilizzarli come limiti di impegno per l'accensione di mutui. In tal modo si rendono disponibili circa lire 10.000 miliardi di risorse per investimenti da realizzare nel triennio. Lo stesso articolo 6 dispone che il Tesoro stabilisca il tasso massimo applicabile ai prestiti alle unità sanitarie locali e alle aziende ospedaliere, secondo un criterio già applicato per gli enti locali.

L'articolo 7 prevede una radicale operazione di riordino finanziario delle unità sanitarie locali, analoga a quella realizzata nella finanza locale alla fine degli anni '70. Entro il 31 dicembre 1994, le regioni, d'intesa con il Ministro della sanità, provvedono all'emanazione di decreti per la messa in liquidazione delle unità sanitarie locali.

È prevista la nomina di un commissario liquidatore che, entro due anni dalla data del provvedimento che dispone la liquidazione, accerta la consistenza delle poste dell'attivo e del passivo patrimoniale per l'inventario dei beni delle unità sanitarie

locali, individua eventuali disavanzi pregressi e procede alla chiusura di tutte le operazioni di liquidazione. Alla fine di ogni semestre presenta alle regioni e al Ministro della sanità una relazione sulla situazione patrimoniale delle unità sanitarie locali e sulla consistenza dei debiti. Ovviamente, l'unità sanitaria posta in liquidazione lascia contestualmente il posto ad una «nuova unità sanitaria locale», che potrà funzionare indipendentemente dall'attività del commissario liquidatore.

Al comma 3 dell'articolo 7 si dispone in merito all'estinzione dei debiti non rimborsati, al ripiano dei disavanzi in essere al 31 dicembre 1993 e alla graduale estinzione dei mutui, contratti dallo Stato e dalle regioni per il finanziamento della spesa sanitaria pregressa.

Con un'emissione straordinaria di titoli del debito regionale, autorizzati e garantiti dal Tesoro dello Stato, ed un piano di ammortamento a carico della regione, per un importo annuale pari all'ammontare dei debiti da rimborsare, dei mutui da estinguere e dei disavanzi pregressi accertati, si provvede alla copertura dei relativi oneri.

La durata dei titoli, le modalità di emissione e la remunerazione dei titoli sono stabilite con legge dello Stato.

È inoltre prevista la costituzione di società regionali per azioni denominate «Immobiliare sanitaria regionale». Queste provvedono al censimento, alla valutazione e alla valorizzazione dei cespiti patrimoniali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere anche mediante dismissioni (quando sia accertata l'impossibilità di provvedere all'economica utilizzazione dei cespiti nell'ambito della struttura sanitaria regionale) oppure tramite locazioni, ad un canone non inferiore a quello stabilito dalla legge. Si stabilisce inoltre che il ricavato delle operazioni sia attribuito, per l'80 per cento, all'ente proprietario e, per il 20 per cento, ad un fondo amministrato dalla regione da destinarsi alla realizzazione di investimenti sanitari, in particolare nelle zone in cui sia accertata la carenza di strutture sanitarie.

## XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

L'articolo 8 prevede l'abolizione di tutta la normativa sui *tickets*, una forma di imposizione fiscale potentemente regressiva che colpisce, in particolare, i cittadini malati (ma non affetti da patologie croniche o di tale gravità da giustificare l'esenzione) che consumano farmaci ed esprimono una domanda elevata di servizi e prestazioni sanitarie. I *tickets* sono stati introdotti, per la prima volta, nel nostro sistema sanitario a partire dagli anni '80, nell'intento di realizzare un intervento moderatore sul consumo, in particolare nei settori ritenuti più esposti all'abuso. Col passare degli anni la funzione moderatrice è venuta meno per lasciare il posto ad una vera e propria forma di prelievo fiscale, che raggiunge oggi, in taluni casi, il 100 per cento del costo della prestazione. La funzione moderatrice, peraltro, è limitata al 30 per cento delle preparazioni farmaceutiche, essendo il restante 70 per cento acquistato da cittadini esenti dai *tickets*.

Nel comma 2 dell'articolo 8 si unifica l'aliquota contributiva per il finanziamento del servizio sanitario nazionale, abrogando le norme che stabiliscono aliquote ridotte in funzione del livello di reddito del contribuente.

Com'è noto, il sistema contributivo si basa su aliquote decrescenti al crescere del reddito. Un sistema regressivo, che premia i contribuenti con un reddito superiore ai 40 milioni. I vantaggi del sistema attuale sono significativi anche per interi settori, come quelli del credito e delle assicurazioni, nei quali le retribuzioni sono sensibilmente più elevate rispetto alla media salariale. Una banca finisce per pagare un'aliquota contributiva media inferiore del 30 per cento a quella corrisposta da un'impresa edile. A conti fatti, un manovale paga i servizi sanitari più di un bancario. Ripristinare un criterio proporzionale nel pagamento dei contributi (analogamente a quanto avviene in campo previdenziale) significa introdurre un criterio di equità e giustizia sociale, aumentando nel contempo il gettito contributivo.

L'articolo 9 consente la riduzione della spesa farmaceutica (4.000 miliardi di lire)

grazie ad una rigorosa scelta dei farmaci a carico del servizio sanitario nazionale e con l'adozione del prezzo di riferimento ai fini dell'onere a carico del servizio sanitario nazionale stesso, cioè del prezzo più basso tra i farmaci dotati di efficacia terapeutica sovrapponibile, per dose giornaliera e per ciclo terapeutico. In particolare la Commissione unica del farmaco definisce, entro due mesi, una lista di specialità medicinali comprendente le specialità medicinali di comprovata efficacia clinica, idonee ed essenziali per la cura delle malattie clinicamente rilevanti, compresi i farmaci orfani, e le specialità medicinali di comprovata efficacia clinica, suscettibili di iperconsumo, cioè di una loro utilizzazione per indicazioni più ampie rispetto a quelle per le quali il farmaco è stato utilizzato, oppure in assenza di diagnosi accertata. I farmaci della prima fascia sono a totale carico del servizio sanitario nazionale, mentre i farmaci della seconda fascia possono essere soggetti ad un *ticket* moderatore a carico di tutti gli assistiti, tranne gli indigenti (i relativi oneri sono posti a carico della regione) e le altre fasce deboli, in misura non superiore al 20 per cento del prezzo del farmaco. Sono stabilite anche particolari misure di sorveglianza e controllo sul consumo dei farmaci e sanzioni nei confronti dei medici, che possono giungere a sanzioni amministrative di fronte a reiterate evasioni dei vincoli. Nelle unità sanitarie locali dove non viene effettuata l'attività continuativa di monitoraggio sulla spesa farmaceutica, i contributi dello Stato verranno erogati in base al valore rilevato all'ultima verifica effettuata, ridotto del 10 per cento.

All'articolo 10 si prevede che le regioni predispongano protocolli terapeutici per cicli di malattia, coinvolgendo gli ordini dei medici.

L'articolo 11 prevede norme per il controllo della spesa per indagini diagnostiche strumentali e di laboratorio. È istituita in ogni regione la commissione per la definizione dei protocolli per le indagini diagnostiche, strumentali e di laboratorio e per il controllo della spesa. La commissione ha

## XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

competenza per l'attività di diagnostica strumentale e di laboratorio eseguita direttamente o tramite convenzioni.

Le regioni fissano poi il pacchetto di prestazioni di cittadinanza a totale carico

del servizio sanitario nazionale, riservandosi di fissare, per le richieste in eccedenza e in presenza di fenomeni di abuso, un *ticket* moderatore non superiore al 30 per cento fino ad un tetto massimo.

## NOTA TECNICA

L'articolo 3 prevede, per effetto della riduzione dei tempi di pagamento e dell'esclusione degli oneri per appalti tecnici, la riduzione della spesa per beni e servizi nella misura prudenziale del 20 per cento.

La spesa per acquisto di beni e servizi è stimata, per il 1992, in lire 17.800 miliardi. Abbiamo applicato un tasso di crescita dell'aggregato pari alla media degli ultimi quattro anni, con i seguenti risultati:

1993 lire 19.900 miliardi;  
1994 lire 22.200 miliardi;  
1995 lire 24.840 miliardi;  
1996 lire 27.770 miliardi.

Il risparmio (20 per cento) è così quantificato:

1994 lire 4.440 miliardi;  
1995 lire 4.970 miliardi;  
1996 lire 5.550 miliardi.

All'articolo 5, il disegno di legge prevede il blocco del *turn-over* dei dipendenti del servizio sanitario nazionale. Il personale che lascerà il servizio nel 1994 è stimato in 34.896 unità. Calcolata una retribuzione lorda media di lire 42 milioni, il blocco produce un risparmio valutabile su base annua in 1.300 miliardi di lire, al netto di minori contributi sanitari per 146 miliardi di lire.

All'articolo 6 si prevedono la ricontrattazione dei mutui in essere per investimenti e la possibilità di contrarre nuovi mutui con la Cassa depositi e prestiti. Stimati in 6.800 miliardi di lire i mutui in essere, ad un tasso medio del 16 per cento, il risparmio derivante dalla ricontrattazione è valutato in lire 400 miliardi. La trasformazione in limiti d'impegno dell'attuale spesa in conto capitale e l'attribuzione alla Cassa depositi e prestiti dell'esclusività delle linee di credito consentono risparmi complessivi (per capitale ed interessi) stimati in lire 1.000 miliardi, al netto degli oneri di tesoreria per l'accollo di quota parte dei mutui in essere da parte della Cassa depositi e prestiti.

All'articolo 8 sono abrogate tutte le forme di compartecipazione alla spesa sanitaria. Per la medicina specialistica, le entrate della compartecipazione sono valutate in lire 2.500 miliardi. Per la farmaceutica, i *tickets* hanno un gettito di lire 3.500 miliardi. L'onere stimato è pertanto di lire 6.000 miliardi.

Al comma 2 dell'articolo 8 si parificano le aliquote per il finanziamento del servizio sanitario nazionale a tutti i livelli di reddito. L'imponibile oltre 40 milioni di reddito (3,5 milioni di contribuenti) è valutato in lire 80.000 miliardi; quello oltre 100 milioni di reddito (1 milione di contribuenti) è valutato in lire 15.000 miliardi. L'incremento dell'aliquota media è del 5 per cento da 40 a 100 milioni e del 9 per

## XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

cento, al netto della fiscalizzazione, oltre i 100 milioni. Nella prima fascia, l'aumento di gettito contributivo è valutabile in lire 4.800 miliardi; nella seconda in lire 1.360 miliardi. Considerata la deducibilità dei contributi in sede Irpef (con aliquota marginale media del 48 per cento), il gettito netto è di circa 3.300 miliardi di lire; il gettito del primo anno è di lire 6.160 miliardi.

All'articolo 9, si sopprime il prontuario terapeutico nazionale. I farmaci della fascia A, esenti da *tickets*, comporteranno una spesa pari a lire 5.000 miliardi. I farmaci della fascia B saranno invece consumati per il 60 per cento da esenti e per il 40 per cento da non esenti soggetti al *ticket* moderatore del 20 per cento. La spesa sarà pari a lire 2.000 miliardi per gli esenti e a lire 1.000 miliardi per i non esenti. La differenza rispetto alla spesa farmaceutica tendenziale è di lire 4.000 miliardi.

## RIEPILOGO (in miliardi di lire)

	1994	1995	1996
Articolo 3 .....	4.440	4.970	5.550
Articolo 5 .....	1.300	1.700	2.100
Articolo 6 .....	1.400	1.500	1.500
Articolo 8, comma 1 .....	- 6.000	- 6.000	- 6.000
Articolo 8, comma 2 .....	6.160	3.350	3.500
Articolo 9 .....	4.000	4.000	4.000
Risparmio .....	11.300	9.520	10.650

**DISEGNO DI LEGGE**

## Art. 1.

*(Certezza e trasparenza  
della spesa sanitaria)*

1. Il fabbisogno di cassa tendenziale del servizio sanitario nazionale è valutato in lire 100.500 miliardi per il 1993, lire 104.000 miliardi per il 1994, lire 107.000 miliardi per il 1995, lire 110.000 miliardi per il 1996.

2. Il fabbisogno di cassa programmatico del servizio sanitario nazionale è contenuto in lire 92.700 miliardi per il 1994, lire 97.480 miliardi per il 1995 e lire 99.350 miliardi per il 1996.

3. Gli importi di cui ai commi 1 e 2 possono essere rideterminati, tenendo conto del consuntivo di spesa per il 1993, dei rinnovi contrattuali, delle convenzioni o degli eventuali oneri aggiuntivi derivanti da disposizioni legislative.

## Art. 2.

*(Provvedimenti per l'efficienza  
del servizio sanitario nazionale)*

1. A decorrere dal 1° gennaio 1994 le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono:

a) alla sospensione, limitatamente all'anno 1994, dell'erogazione dell'incentivazione di cui agli articoli 58 e 124 del decreto del Presidente della Repubblica 28 novembre 1990, n. 384. Le regioni, sentite le organizzazioni sindacali, predispongono piani mirati di attività volti al superamento delle liste di attesa e alla erogazione diretta da parte delle unità sanitarie locali delle prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio attualmente

svolte in regime di convenzione. A questo fine, le unità sanitarie locali, sulla base dei piani e degli indirizzi regionali, provvedono alla ridefinizione dei piani di lavoro con conseguenti adeguamenti alle necessità accertate del *plus* orario del personale dipendente e del relativo fondo, utilizzando la maggiore disponibilità di ore lavorative conseguenti al passaggio dal rapporto di lavoro a tempo definito a quello a tempo pieno ai sensi dell'articolo 35 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, e dell'articolo 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412. Per gli operatori del servizio sanitario nazionale, a partire dal 1° gennaio 1994, vale il principio di incompatibilità con ogni altra attività, anche in applicazione degli articoli 2105 e 2125 del codice civile, fatte salve le prestazioni libere professionali interne, secondo criteri definiti dalle regioni, sentite le organizzazioni sindacali;

b) a garantire la copertura di almeno il 75 per cento della domanda di prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio, rese in ambulatorio, attraverso strutture a gestione diretta o convenzionate obbligatoriamente;

c) all'utilizzo a ciclo continuo delle strutture, anche ricorrendo a convenzioni;

d) alla ridefinizione delle prestazioni che sono rese nell'esclusivo interesse di terzi e all'adeguamento delle tariffe per prestazioni a pagamento, con la determinazione di un importo comunque non inferiore al costo di produzione incrementato del 25 per cento;

e) a introdurre la contabilità aziendale per costi e per ricavi nelle unità sanitarie locali.

### Art. 3.

#### *(Spesa per beni e servizi)*

1. Per l'anno 1994, le autorizzazioni di cassa per l'acquisto di beni e servizi del servizio sanitario nazionale sono ridotte, rispetto alla spesa risultante a consuntivo

nel 1993, in misura pari al 20 per cento. Per gli anni 1995 e 1996 le autorizzazioni di cassa sono stabilite nella stessa misura dell'anno 1994.

2. I contratti di fornitura di beni e servizi non possono essere stipulati con dilazione di pagamento superiore a novanta giorni.

3. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano costituiscono propri fondi di rotazione per l'acquisto di beni e servizi, alimentati con versamenti trimestrali pari al 25 per cento degli esborsi dal fondo sanitario nazionale per beni e servizi accertati a consuntivo nell'anno precedente. Il totale delle risorse assegnate ai fondi di rotazione nel 1995 non potrà comunque essere inferiore a lire 18.000 miliardi.

4. Alle unità sanitarie locali è vietato il ricorso a qualsiasi forma di indebitamento, esclusi i mutui per spese d'investimento, come disciplinati dall'articolo 6 della presente legge. Dal 1° gennaio 1994 e fino a diversa disposizione, sono sospese le anticipazioni mensili del tesoriere, di cui all'articolo 50, primo comma, n. 9), della legge 23 dicembre 1978, n. 833, se relative ad acquisti di beni e servizi.

5. Ai fini del bilancio delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, le spese tecniche e per appalti tecnici devono essere obbligatoriamente iscritte tra le spese di cui alla categoria V del titolo II del bilancio dello Stato.

6. Il Ministro della sanità, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, istituisce, di concerto con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, un osservatorio nazionale sulla spesa per l'acquisto di beni e servizi nel settore della sanità.

7. L'osservatorio di cui al comma 6 è organizzato con l'utilizzo di personale del Ministero della sanità e, a livello regionale, con l'utilizzo del personale delle singole regioni interessate ed ha il compito di rilevare l'andamento della spesa, segnalare eventuali difformità ed andamenti anomali, elaborare analisi a campione sulle spese e formulare suggerimenti in merito al loro contenimento.

## Art. 4.

*(Provveditore alla spesa)*

1. Il direttore amministrativo dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera o un funzionario delegato provvede all'attuazione delle norme di cui all'articolo 3. A tale fine:

a) rileva gli elementi previsionali ed i dati periodici di cassa del fondo previsto all'articolo 3, comma 3;

b) può assumere iniziative dirette a modificare e ad accelerare le procedure per la stipula di contratti aventi ad oggetto forniture e prestazioni, tenuto conto dei limiti di cassa del fondo di rotazione;

c) procede alla revisione degli atti di aggiudicazione o di approvazione dei contratti per la fornitura di beni e servizi e dei contratti di appalto che non siano stati eseguiti in misura superiore a un terzo alla data di entrata in vigore della presente legge, allo scopo di emettere giudizio di congruità dei contratti stessi e dei prezzi concordati, avuto riguardo ai prezzi di riferimento di cui al comma 7 dell'articolo 3. In ogni caso i prezzi concordati non dovranno essere superiori ai prezzi correnti di mercato per beni, servizi e prestazioni analoghi e per le medesime quantità.

## Art. 5.

*(Personale)*

1. Per gli anni 1994, 1995 e 1996, alle unità sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere è fatto divieto di procedere ad assunzioni di personale, salvo quanto stabilito dal comma 4.

2. I ruoli, le dotazioni organiche, nonché la consistenza complessiva del personale sanitario sono stabiliti entro il 31 dicembre 1993 dalle regioni, che definiscono le dotazioni complessive di ciascuna qualifica sulla base di *standards* di riferimento.

3. Le regioni, definite le dotazioni organiche e la consistenza complessiva del personale sanitario, compilano una lista di mobilità del personale in esubero e defini-

scono i criteri di mobilità in conformità alle vigenti disposizioni in materia. Sulla base di tale lista, le strutture sanitarie regionali debbono, in via prioritaria, ricoprire i ruoli vacanti.

4. Eventuali deroghe al divieto di cui al comma 1 sono disposte con decreto del presidente della giunta regionale esclusivamente al fine di assicurare il rispetto degli *standards* di cui al comma 2. Il decreto indica i mezzi finanziari a carico del bilancio della regione o della unità sanitaria locale necessari alla copertura dei relativi oneri per il triennio 1994-1996 e specifica le ragioni che ne richiedono l'emanazione.

5. Le unità sanitarie locali, verificate le compatibilità con gli *standards* regionali e la copertura finanziaria nei relativi capitoli di bilancio, espletate le procedure di mobilità secondo i criteri di cui al comma 3, procedono alla copertura dei posti vacanti mediante l'espletamento di concorsi. L'atto deliberativo della unità sanitaria locale è trasmesso alla regione, che entro quindici giorni può procedere ad un riscontro sulle modalità di copertura. In caso di mancato riscontro il provvedimento si intende approvato.

#### Art. 6.

##### *(Finanziamento degli investimenti)*

1. Entro il 1° gennaio 1994, le regioni, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere debbono provvedere alla ridefinizione dei contratti di mutuo in essere, stipulati con aziende di credito ordinario o con istituti di credito a medio e lungo termine. I nuovi contratti di mutuo non potranno essere stipulati ad un tasso di interesse superiore a quello massimo di cui al comma 6.

2. A decorrere dal 1° gennaio 1994, la Cassa depositi e prestiti è autorizzata a concedere mutui alle unità sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere. I mutui concedibili possono riguardare:

a) la costruzione, ristrutturazione e manutenzione di beni patrimoniali, di pro-

prietà dei soggetti di cui al presente comma;

b) l'acquisizione di immobili;

c) l'acquisto di beni mobili, di strumenti tecnici ed attrezzature, di mezzi di trasporto e di automezzi speciali, le spese tecniche e per appalti tecnici;

d) l'acquisto di mezzi informatici.

3. Con la medesima decorrenza di cui al comma 2, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere non possono stipulare mutui con istituti diversi dalla Cassa depositi e prestiti, ad eccezione della Banca europea degli investimenti, come previsto dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, se non dopo che la Cassa depositi e prestiti abbia manifestato la propria indisponibilità alla concessione dei mutui. La Cassa depositi e prestiti deve comunicare la propria indisponibilità entro trenta giorni dalla data di trasmissione della richiesta. Trascorso tale termine, la mancata risposta equivale a dichiarazione di indisponibilità.

4. I mutui di cui ai commi 2 e 3, contratti da unità sanitarie locali ed aziende ospedaliere, debbono essere stipulati in forma pubblica e contenere le seguenti clausole e condizioni:

a) ammortamento pluriennale, con decorrenza dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello della stipula del contratto;

b) la rata di ammortamento deve comprendere, fin dal primo anno, la quota capitale e quella degli interessi;

c) indicare esattamente la natura della spesa da finanziare con il mutuo e, ove necessario, avuto riguardo alla tipologia dell'investimento, dare attestazione dell'intervenuta approvazione del progetto esecutivo, secondo le norme vigenti al momento della deliberazione dell'ente mutuatario.

5. Le risorse stanziare ai sensi dell'articolo 8, comma 14, della legge 22 dicembre 1986, n. 910, non ancora impegnate, confluiscono nel fondo sanitario nazionale. Tali risorse, nonchè i fondi di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, relativi alla prima parte di investimenti da effettuare per gli anni 1994,

1995 e 1996, sono iscritti all'entrata nei bilanci regionali e sono stanziati come limiti d'impegno per l'accensione di mutui.

6. Il Ministro del tesoro stabilisce il tasso massimo applicabile dagli istituti di credito nei prestiti alle unità sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere.

7. Alla ripartizione delle risorse di cui al comma 5 provvede con decreto il Ministro del tesoro, in base ai criteri di cui all'articolo 12, comma 4, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

#### Art. 7.

##### *(Riordino finanziario)*

1. Entro il 31 dicembre 1994, le regioni, d'intesa con il Ministero della sanità, provvedono all'emanazione di decreti per la messa in liquidazione delle unità sanitarie locali.

2. Con il provvedimento che ordina la liquidazione viene nominato un commissario liquidatore. Entro due anni dalla data del provvedimento, il commissario accerta la consistenza delle poste dell'attivo e del passivo patrimoniale per l'inventario dei beni delle unità sanitarie locali, individua eventuali disavanzi pregressi e procede a tutte le operazioni della liquidazione, certificando il bilancio finale di liquidazione con il conto della gestione e il piano di riparto tra i creditori. Alla fine di ogni semestre, il commissario presenta alle regioni e al Ministero della sanità una relazione sulla situazione patrimoniale delle unità sanitarie locali e sulla consistenza dei debiti.

3. Con decreto del Ministro del tesoro, da emanarsi entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, si provvede all'estinzione dei debiti di cui al comma 2, al ripiano dei disavanzi in essere al 31 dicembre 1993 e alla graduale estinzione dei mutui contratti dallo Stato e dalle regioni per il finanziamento della spesa sanitaria pregressa.

4. Alla copertura degli oneri di cui al comma 3 si provvede mediante una emissione straordinaria di titoli del debito regionale, con oneri a carico del bilancio

## XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

regionale, per un importo annuale pari all'ammontare dei debiti da rimborsare, dei mutui da estinguere e dei disavanzi pregressi accertati.

5. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sono autorizzate ad emettere titoli obbligazionari del debito regionale, garantiti dal Tesoro. La durata dei titoli, le modalità di emissione e la loro remunerazione sono stabilite con legge dello Stato. Le regioni stabiliscono un piano di ammortamento del debito ed indicano i mezzi con i quali farvi fronte.

6. A partire dal 1° gennaio 1994 le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano costituiscono una società per azioni denominata «Immobiliare sanitaria regionale», che provvede al censimento, alla valutazione e alla valorizzazione dei cespiti patrimoniali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere anche mediante:

a) dismissione, quando sia accertata l'impossibilità di provvedere all'economica utilizzazione dei cespiti nell'ambito della struttura sanitaria regionale;

b) locazione, ad un canone non inferiore a quello stabilito dalla legge.

7. Il ricavato delle operazioni di cui al comma 6 è attribuito per l'80 per cento dell'ammontare all'ente proprietario e per il 20 per cento ad un fondo amministrato dalla regione per il finanziamento degli investimenti nelle zone nelle quali sia accertata la carenza di strutture sanitarie.

8. Entro il 31 dicembre 1994, le regioni, d'intesa con il Ministro della sanità, provvedono all'emanazione di leggi regionali per la costituzione delle nuove unità sanitarie locali, secondo i criteri stabiliti dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni.

#### Art. 8.

*(Abolizione dei tickets  
e riordino delle aliquote)*

1. Sono abrogate tutte le disposizioni vigenti relative alla compartecipazione alla spesa sanitaria.

2. A decorrere dal 1° gennaio 1994 i commi 13, 14 e 15 dell'articolo 31 della legge 28 febbraio 1986, n. 41, e successive modificazioni, sono abrogati.

Art. 9.

*(Abolizione del prontuario terapeutico nazionale)*

1. Il prontuario terapeutico nazionale è abrogato dal 1° gennaio 1994.

2. La Commissione unica del farmaco (CUF) definisce, entro il 31 dicembre 1993, la lista dei farmaci del servizio sanitario nazionale, articolata in base ai seguenti criteri:

- a) farmaci di comprovata efficacia clinica, per la cura delle malattie clinicamente rilevanti, compresi i farmaci orfani;
- b) farmaci di comprovata efficacia clinica suscettibili di iperconsumo.

3. I farmaci di cui alla lettera a) del comma 2 sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale. I farmaci di cui alla lettera b) del comma 2 sono soggetti ad un *ticket* moderatore, non superiore al 20 per cento del prezzo del farmaco, a carico di tutti gli assistiti, con esclusione degli indigenti, dei pensionati sociali e al minimo, degli invalidi con invalidità superiore al 67 per cento. I comuni provvedono alla copertura delle spese farmaceutiche per gli indigenti e rimettono le relative contabilità alla regione, che provvede al rimborso utilizzando quote del fondo sanitario nazionale.

4. Dal 1° gennaio 1994 il Ministero dell'industria, del commercio e dell'artigianato, attraverso l'osservatorio dei prezzi, ricevuta dal Ministero della sanità la lista dei farmaci del servizio sanitario nazionale, redatta dalla CUF, individua il prezzo più basso tra i farmaci dotati di efficacia terapeutica sovrapponibile, per dose terapeutica giornaliera e per ciclo terapeutico. Le specialità medicinali debbono di norma essere confezionate in funzione del ciclo terapeutico. Detto prezzo costituisce il

prezzo di riferimento ai fini dell'onere a carico del servizio sanitario nazionale.

5. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito delle competenze ad esse attribuite da leggi nazionali in materia di sorveglianza e controllo, istituiscono particolari misure di monitoraggio sul consumo dei farmaci, coinvolgenti i soggetti interessati: unità sanitarie locali, farmacie, medici prescrittori. Assumono provvedimenti di contenimento ed eliminazione di eventuali fenomeni di abuso tramite l'introduzione del sistema di *budget* per i medici di base, la definizione di protocolli terapeutici concordati con gli ordini dei medici ed infine attivando sanzioni amministrative di fronte a reiterate evasioni dei succitati vincoli. Il Ministero della sanità elabora, d'intesa con la CUF, criteri di redazione di uno strumento informativo sul farmaco rivolto ai medici prescrittori, improntato a rigore scientifico e ad indipendenza di informazione.

6. Nelle unità sanitarie locali in cui non viene effettuata l'attività continuativa di monitoraggio, a partire dal 1° gennaio 1994 le risorse erogate a tale titolo vengono stabilizzate al valore rilevato con l'ultima verifica effettuata, ridotto del 10 per cento. Il Ministro della sanità esercita, tramite l'Istituto superiore di sanità, le funzioni di indirizzo e coordinamento, anche con interventi sostitutivi, previa diffida, nei confronti delle regioni inadempienti.

#### Art. 10.

##### *(Protocolli terapeutici)*

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano segnalano all'ordine dei medici le malattie per le quali debbono essere predisposti, entro il 1° gennaio 1994, i protocolli terapeutici per cicli di malattia.

2. I protocolli terapeutici di cui al comma 1 sono adottati dalle regioni che li trasmettono alle unità sanitarie locali perchè siano portati a conoscenza dei medici. La prescrizione farmaceutica del medico deve tener conto, in quanto compatibile, dei protocolli adottati e trasmessi.

3. In caso di mancata definizione dei protocolli di cui al comma 1 da parte degli ordini regionali dei medici, la regione costituisce a tal fine apposite commissioni di esperti che elaborano proposte da sottoporre al parere dell'ordine regionale dei medici.

Art. 11.

*(Norme per il controllo della spesa per indagini diagnostiche strumentali e di laboratorio)*

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano istituiscono la commissione per le indagini diagnostiche strumentali e di laboratorio e per il controllo della spesa riferita a tale settore di attività. La commissione ha competenza per l'attività di diagnostica strumentale e di laboratorio eseguita direttamente o tramite convenzioni, ai sensi della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, avuto riguardo altresì a criteri di efficacia e di efficienza.

2. La determinazione della spesa di cui al comma 1 è effettuata tenendo presenti i protocolli diagnostici di cui all'articolo 10, la spesa storica per indagini diagnostiche strumentali e di laboratorio, compresa, per l'attività prodotta direttamente dalle strutture pubbliche, la spesa per la correlata incentivazione, il grado di proprietà della stessa espresso con riferimento alle principali categorie diagnostiche, la tariffa stabilita per le prestazioni convenzionate, la presumibile media di prescrizioni per le principali categorie diagnostiche.

3. La commissione di cui al comma 1, composta da esperti nelle discipline attinenti alle finalità indicate al medesimo comma, e con rappresentanza dell'ordine dei medici, è nominata con decreto del presidente della giunta regionale o provinciale ed è rinnovata ogni tre anni. Il mandato degli esperti uscenti non è immediatamente rinnovabile.

4. La commissione di cui al comma 1, se entro il 31 ottobre 1994 non ha provveduto agli adempimenti di cui al medesimo

comma, è sciolta e il presidente della giunta regionale o provinciale provvede alla sua ricostituzione entro i quindici giorni successivi.

5. Le regioni fissano, in base ai protocolli diagnostici e terapeutici adottati, il pacchetto di prestazioni di cittadinanza relative alla specialistica e alla diagnostica a totale carico del servizio sanitario nazionale, riservandosi di fissare, per le richieste in eccedenza e in presenza di fenomeni di abuso, un *ticket* moderatore non superiore al 30 per cento del costo delle prestazioni fino un tetto massimo di spesa. Sono comunque esentati dal *ticket* moderatore di cui sopra i cittadini indigenti, i disoccupati, i titolari di pensioni sociali e al minimo, gli invalidi con invalidità superiore al 67 per cento.

6. I comuni provvedono alla copertura della spesa per accertamenti diagnostici ed indagini di laboratorio degli indigenti e rimettono il relativo rendiconto alla regione, che provvede al rimborso utilizzando quote del fondo sanitario nazionale.

#### Art. 12.

##### *(Copertura finanziaria)*

1. Alla realizzazione degli obiettivi programmatici di cassa, previsti all'articolo 1, comma 2, e alla copertura degli oneri di cui all'articolo 8, comma 1, valutati in lire 6.000 miliardi annui, si provvede:

a) quanto a lire 4.440 miliardi per il 1994, lire 4.970 miliardi per il 1995, lire 5.550 miliardi per il 1996, con la minore spesa derivante dall'applicazione delle norme di cui all'articolo 3;

b) quanto a lire 1.300 miliardi, lire 1.700 miliardi, lire 2.100 miliardi rispettivamente per ognuno degli anni 1994, 1995 e 1996, con la minore spesa conseguente all'applicazione delle norme di cui all'articolo 5;

c) quanto a lire 1.400 miliardi per il 1994 e lire 1.500 miliardi per gli anni 1995 e 1996, con la minore spesa conseguente all'applicazione delle norme di cui all'articolo 6;

d) quanto a lire 6.160 miliardi, lire 3.350 miliardi e lire 3.500 miliardi per ognuno degli anni 1994, 1995, 1996, con le maggiori entrate derivanti dall'applicazione della norma di cui al comma 2 dell'articolo 8;

e) quanto a lire 4.000 miliardi per il triennio 1994-1996, con la riduzione di spesa derivante dall'attuazione delle norme di cui all'articolo 9.