

Parlamento Italiano

Legge 6 agosto 2008, n. 133

"Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria"

pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 195 del 21 agosto 2008 - Suppl. Ordinario n. 196

Capo IV

Spesa sanitaria e per invalidità

Art. 79.

Programmazione delle risorse per la spesa sanitaria

1. Al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2009-2011 il finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato e' confermato in 102.683 milioni di euro per l'anno 2009, ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 1, comma 796, lettera a) della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni, e all'articolo 3, comma 139 della legge 24 dicembre 2007, n. 244, ed e' determinato in 103.945 milioni di euro per l'anno 2010 e in 106.265 milioni di euro per l'anno 2011, comprensivi dell'importo di 50 milioni di euro, per ciascuno degli anni indicati, a titolo di ulteriore finanziamento a carico dello Stato per l'ospedale pediatrico Bambino Gesù, preventivamente accantonati ed erogati direttamente allo stesso Ospedale, secondo le modalità di cui alla legge 18 maggio 1995, n. 187, che ha reso esecutivo l'accordo tra il Governo italiano e la Santa Sede, fatto nella Città del Vaticano il 15 febbraio 1995. Restano fermi gli adempimenti regionali previsti dalla legislazione vigente, nonche' quelli derivanti dagli accordi e dalle intese intervenute fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

1-bis. Per gli anni 2010 e 2011 l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato derivante da quanto disposto dal comma 1, rispetto al livello di finanziamento previsto per l'anno 2009, e' subordinato alla stipula di una specifica intesa fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, da sottoscrivere entro il 31 ottobre 2008, che, ad integrazione e modifica dell'accordo Stato-regioni dell'8 agosto 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 207 del 6 settembre 2001, dell'intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005 e dell'intesa Stato-regioni relativa al Patto per la salute del 5 ottobre 2006, di cui al provvedimento 5 ottobre 2006, n. 2648, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 256 del 3 novembre 2006, contempi ai fini dell'efficiamento del sistema e del conseguente contenimento della dinamica dei costi, nonche' al fine di non determinare tensioni nei bilanci regionali extrasanitari e di non dover ricorrere necessariamente all'attivazione della leva fiscale regionale:

a) una riduzione dello standard dei posti letto, diretto a promuovere il passaggio dal ricovero ospedaliero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale;

b) l'impegno delle regioni, anche con riferimento a quanto previsto dall'articolo 1, comma 565, lettera c) della legge 27 dicembre 2006, n. 296, in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione e di efficientamento della rete ospedaliera, alla riduzione delle spese di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale anche attraverso:

1) la definizione di misure di riduzione stabile della consistenza organica del personale in servizio e di conseguente ridimensionamento dei fondi della contrattazione integrativa di cui ai contratti collettivi nazionali del predetto personale;

2) la fissazione di parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento rispettivamente delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto comunque delle disponibilità dei fondi della contrattazione integrativa, così come rideterminati ai sensi di quanto previsto dal numero 1);

c) l'impegno delle regioni, nel caso in cui si profili uno squilibrio di bilancio del settore sanitario, ad attivare anche forme di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini, ivi compresi i cittadini a qualsiasi titolo esenti ai sensi della vigente normativa, prevedendo altresì forme di attivazione automatica in corso d'anno in caso di superamento di soglie predefinite di scostamento dall'andamento programmatico della spesa.

1-ter. Qualora non venga raggiunta l'Intesa di cui al comma 1-bis entro il 31 ottobre 2008, con la procedura di cui all'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono fissati lo standard di dotazione dei posti letto nonché gli ulteriori standard necessari per promuovere il passaggio dal ricovero ospedaliero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale nonché per le finalità di cui al comma 1-bis, lettera b) del presente articolo.

1-quater. All'articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al primo periodo le parole: «di criteri e parametri fissati dal Piano stesso» sono sostituite dalle seguenti: «di linee guida proposte dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali ed approvate con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano»;

b) il terzo periodo è sostituito dai seguenti: «La predetta modalità di ammissione al finanziamento è valida per le linee progettuali attuative del Piano sanitario nazionale fino all'anno 2008. A decorrere dall'anno 2009, il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, provvede a ripartire tra le regioni le medesime quote vincolate all'atto dell'adozione della propria delibera di ripartizione delle somme spettanti alle regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta di Fondo sanitario nazionale di parte corrente. Al fine di agevolare le regioni nell'attuazione dei progetti di cui al comma 34, il Ministero dell'economia e delle finanze provvede ad erogare, a titolo di acconto, il 70 per cento dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna regione, mentre l'erogazione del restante 30 per cento è subordinata all'approvazione da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, dei progetti presentati dalle regioni, comprensivi di una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente. Le mancate presentazione ed approvazione dei progetti comportano, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua del 30 per cento ed il recupero,

anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata».

1-quinquies. Al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 8-sexies, comma 5:

1) al primo periodo, le parole da: «in base ai costi standard» fino alla fine del periodo sono sostituite dalle seguenti: «tenuto conto, nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse, anche in via alternativa, di: a) costi standard delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza come risultanti dai dati in possesso del Sistema informativo sanitario; b) costi standard delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome; c) tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome»;

2) il secondo periodo e' sostituito dai seguenti: «Lo stesso decreto stabilisce i criteri generali, nel rispetto del principio del perseguimento dell'efficienza e dei vincoli di bilancio derivanti dalle risorse programmate a livello nazionale e regionale, in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificate in sede di accreditamento delle strutture stesse. Le tariffe massime di cui al presente comma sono assunte come riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale. Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente disposizione e' abrogato il decreto del Ministro della sanità 15 aprile 1994, recante «Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera», pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 107 del 10 maggio 1994»;

b) all'articolo 1, comma 18, e' aggiunto, in fine, il seguente periodo: «Le attività e le funzioni assistenziali delle strutture equiparate di cui al citato articolo 4, comma 12, con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale, sono esercitate esclusivamente nei limiti di quanto stabilito negli specifici accordi di cui all'articolo 8-quinquies»;

c) all'articolo 8-quater, al comma 3, lettera b) dopo le parole: «delle strutture al fabbisogno» sono inserite le seguenti: «, tenendo conto anche del criterio della soglia minima di efficienza che, compatibilmente con le risorse regionali disponibili, deve esser conseguita da parte delle singole strutture sanitarie,»;

d) all'articolo 8-quinquies:

1) al comma 2, alinea, le parole: «accordi con le strutture pubbliche ed equiparate» sono sostituite dalle seguenti: «accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, comprese le aziende ospedaliere universitarie,»;

2) al comma 2, lettera b) dopo le parole: «distinto per tipologia e per modalità di assistenza» e' aggiunto il seguente periodo: «Le regioni possono individuare prestazioni o gruppi di prestazioni per i quali stabilire la preventiva autorizzazione, da parte dell'azienda sanitaria locale competente, alla fruizione presso le strutture o i professionisti accreditati.»;

3) dopo il comma 2-ter sono aggiunti i seguenti:

«2-quater. Le regioni stipulano accordi con le fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e contratti con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati, che sono definiti con le modalità di cui all'articolo 10 comma 2 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288. Le regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, sia finanziata a

prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio, nonché sulla base di funzioni riconosciute dalle regioni, tenendo conto nella remunerazione di eventuali risorse già attribuite per spese di investimento, ai sensi dell'articolo 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e successive modificazioni ed integrazioni. Ai predetti accordi e ai predetti contratti si applicano le disposizioni di cui al comma 2, lettere a), b), c), e) ed e-bis.

2-quinquies. In caso di mancata stipula degli accordi di cui al presente articolo, l'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-quater delle strutture e dei professionisti eroganti prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale interessati e' sospeso».

1-sexies. Al fine di garantire il pieno rispetto degli obiettivi finanziari programmatici di cui al comma 1:

a) sono potenziati i procedimenti di verifica delle esenzioni, in base al reddito, dalla partecipazione del cittadino alla spesa sanitaria per le prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN). A tal fine, con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, da adottare entro il 30 settembre 2008, sono individuate le modalità con le quali l'Agenzia delle entrate mette a disposizione del SSN, tramite il sistema della tessera sanitaria, attuativo dell'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni, le informazioni utili a consentire la verifica della sussistenza del diritto all'esenzione per reddito del cittadino in base ai livelli di reddito di cui all'articolo 8, comma 16, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, e successive modificazioni e integrazioni, individuando l'ultimo reddito complessivo del nucleo familiare, in quanto disponibile al sistema informativo dell'anagrafe tributaria. Per nucleo familiare si intende quello previsto dall'articolo 1 del decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro delle finanze, del 22 gennaio 1993, pubblica nella Gazzetta Ufficiale n. 21 del 27 gennaio 1993, e successive modificazioni;

b) con il medesimo decreto di cui alla lettera a) sono definite le modalità con cui il cittadino e' tenuto ad autocertificare presso l'azienda sanitaria locale di competenza la sussistenza del diritto all'esenzione per reddito in difformità dalle predette informazioni, prevedendo verifiche obbligatorie da parte delle aziende sanitarie locali delle informazioni rese dagli assistiti in contrasto con le informazioni rese disponibili al SSN e, in caso di accertata dichiarazione mendace, il recupero delle somme dovute dall'assistito, pena l'esclusione dello stesso dalla successiva prescrivibilità di ulteriori prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del SSN;

c) per le regioni che, ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, hanno sottoscritto l'Accordo per il perseguimento dell'equilibrio economico nel settore sanitario, una quota delle risorse di cui all'articolo 20, comma 1, della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, come da ultimo rideterminato dall'articolo 83, comma 3, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, e dall'articolo 1, comma 796, lettera n), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni, può essere destinata alla realizzazione di interventi diretti a garantire la disponibilità di dati economici, gestionali e produttivi delle strutture sanitarie operanti a livello locale, per consentirne la produzione sistematica e l'interpretazione gestionale continuativa, ai fini dello svolgimento delle attività di programmazione e di controllo regionale ed aziendale, in attuazione dei piani di rientro. I predetti interventi devono garantire la coerenza e l'integrazione con le metodologie definite nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sulla assistenza sanitaria (SiVeAS), di cui all'articolo 1, comma 288, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, e successive modificazioni, e con i modelli dei dati del Nuovo sistema informativo sanitario nazionale (NSIS).

1-septies. All'articolo 88 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, il comma 2 e' sostituito dal seguente:

«2. Al fine di realizzare gli obiettivi di economicità nell'utilizzazione delle risorse e di verifica della qualità dell'assistenza erogata, secondo criteri di appropriatezza, le regioni assicurano, per ciascun soggetto erogatore, un controllo analitico annuo di almeno il 10 per cento delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione, in conformità a specifici protocolli di valutazione. L'individuazione delle cartelle e delle schede deve essere effettuata secondo criteri di campionamento rigorosamente casuali. Tali controlli sono estesi alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni ad alto rischio di inappropriata individuata delle regioni tenuto conto di parametri definiti con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze.».

2. Al fine di procedere al rinnovo degli accordi collettivi nazionali con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale per il biennio economico 2006-2007, il livello del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, di cui al comma 1, e' incrementato di 184 milioni di euro per l'anno 2009 e di 69 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010, anche per l'attuazione del Progetto Tessera Sanitaria e, in particolare, per il collegamento telematico in rete dei medici e la ricetta elettronica, di cui al comma 5-bis dell'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326.

3. All'articolo 4, comma 2, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, il secondo periodo e' soppresso.