

# CAMERA DEI DEPUTATI

N. 2443

## PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**LAFORGIA, MERENDA, PAVONE, URSO, TAMBRONI, BOVA, NAN-  
NINI, ANSELMI TINA, AZZARO, BARBI, BECCARIA, BERSANI, BIANCHI  
FORTUNATO, BIMA, BOLDRIN, BOSCO, BOTTARI, BRESSANI, BUZZI,  
CAIAZZA, CARRA, CASTELLUCCI, CERUTI, COCCO MARIA, COLOMBO  
VITTORINO, DAGNINO, DALL'ARMELLINA, DE PONTI, ERMINERO,  
FABBRI, BIANCHI GERARDO, GALLI, GIRARDIN, HELFER, LETTIERI,  
LONGONI, MARTINI MARIA ELETTA, MATTARELLA, MERLI,  
MEUCCI, MICHELI FILIPPO, NAPOLITANO FRANCESCO, PANDOLFI,  
PATRINI, RADI, RICCIO, SALVI, SAVIO EMANUELA, SGARLATA,  
SORGI, TANTALO, VECCHIARELLI, ZACCAGNINI**

*Presentata il 23 aprile 1970*

### Nuove norme per l'assistenza ospedaliera e per l'avviamento alla sicurezza sociale

ONOREVOLI COLLEGHI! — La grave situazione determinatasi nel settore dell'assistenza di malattia ai lavoratori richiede urgenti e concreti provvedimenti onde evitare che la crisi determini una paralisi completa di tutto il sistema ospedaliero e mutualistico.

Le possibilità economiche degli enti gestori non consentono di affrontare l'enorme lievitazione dei costi delle prestazioni e, d'altra parte, le necessità degli ospedali, protesi ad un potenziamento delle strutture sanitarie, esigono massicci aumenti delle entrate.

Si dovrebbe distinguere quale sia la quota di aumento delle rette ospedaliere dovuta a normali motivi di incremento del costo della vita od a revisione delle retribuzioni ai sanitari, da quella dovuta invece all'applicazione della programmazione sanitaria ed al conseguente aumento delle attrezzature all'uopo predisposte e si dovrebbe altresì accertare se

il criterio di gradualità e di logica applicazione dei programmi stessi sia stato osservato e rigidamente contenuto.

Ma una tale analisi appare, in questo momento, pressoché impossibile e non utile ad arrestare il fenomeno.

Occorre invece constatare che il limite contributivo raggiunto da parte dei datori di lavoro e dei lavoratori (particolarmente per i lavoratori autonomi) non è superabile mentre i costi assistenziali proseguono nel loro inarrestabile aumento, costringendo gli enti mutualistici a lasciare insoluti i propri debiti verso gli ospedali.

Non trattasi quindi di escogitare rimedi temporanei o di limitata estensione, ma di porre riparo con urgenza ad una situazione ormai insostenibile.

D'altra parte sembra ormai acquisito il principio di una trasformazione del sistema

attuale per giungere alla così detta « sicurezza sociale » e quindi si rende ormai necessario preparare l'intervento determinante ed integrale dello Stato per la soluzione del problema.

Con la presente proposta di legge si tende ad incrementare un fondo nazionale già esistente presso il Ministero della sanità, devolvendo ad esso il pagamento degli oneri dovuti alle amministrazioni ospedaliere per i ricoveri dei lavoratori assicurati.

Si tenga presente che i lavoratori coperti da assicurazione obbligatoria per le malattie rappresentano l'80 per cento della popolazione e che di conseguenza garantendo il pagamento agli ospedali per i soggetti di cui sopra si risolverebbe automaticamente la situazione economica degli ospedali.

Senza necessità di creare nuovi organi, la competenza a raccogliere i fondi necessari ed a distribuirli, viene affidata al Fondo nazionale ospedaliero di cui all'articolo 33 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, ampliandone i compiti e le funzioni.

Il finanziamento (articolo 3) deriva dalle somme che gli enti mutualistici versano al Fondo nazionale secondo la spesa accertata per tale voce al 31 dicembre 1969 con incremento, per gli anni successivi, sulla base degli indici ISTAT per il caro-vita, e da contribuzione integrativa a carico dei vari ministeri competenti.

Interverranno successivamente le regioni, quando saranno funzionanti su tutto il territorio nazionale così come previsto dalla citata legge n. 132, ma per il momento le necessità del Fondo nazionale possono essere agevolmente assicurate ove si consideri che varie componenti della retta ospedaliera devono ritenersi di competenza di singoli dicasteri.

L'ampliamento delle costruzioni e delle attrezzature sono da finanziare attraverso gli stanziamenti del Ministero dei lavori pubblici; le spese per l'addestramento dei medici e del personale infermieristico sono di compe-

tenza del Ministero della pubblica istruzione; i piani di sviluppo, in generale, devono essere affrontati dal Ministero del tesoro e così via.

Con la presente proposta di legge si tende quindi ad istituire un sistema di pagamento delle somme dovute agli ospedali, attraverso il Fondo nazionale ospedaliero che dovrà controllare la legittimità delle voci comprese nella retta, acquisire dalle varie fonti i mezzi finanziari necessari al normale funzionamento degli ospedali ed al loro sviluppo entro i piani di programmazione ed infine predisporre gli strumenti idonei alla realizzazione della sicurezza sociale in questo settore (articolo 12).

Per una ordinata applicazione di questo sistema si è ritenuto altresì necessario precisare la ripartizione delle spese nei casi di: assistenza in forma indiretta (articolo 4), per i ricoveri in caso di malattia infettiva (articolo 5), per i ricoveri per tubercolosi (articolo 6), per i ricoveri in ospedali psichiatrici (articolo 7) ed infine per estendere gli sconti sui medicinali anche ai prodotti farmaceutici acquistati dagli ospedali.

Si è ritenuto inoltre di elevare a lire 10.000 (diecimila) pro-capite il contributo a carico dello Stato per l'assistenza ai pensionati artigiani e commercianti, nella considerazione che l'onere attualmente sostenuto dai rispettivi enti per queste categorie, è valutabile in lire 25.000 annue per unità assistita. Passando a carico dello Stato l'assistenza ospedaliera di questa categoria (articolo 9) gli enti mutualistici provvederanno, con la quota sopra indicata, ad erogare le altre prestazioni previste dalle leggi e dai regolamenti in vigore, sino a quando non si potrà dar vita ad una radicale riforma.

Con l'articolo 11 si è infine provveduto ad integrare la composizione del comitato nazionale per la programmazione ospedaliera in modo da rendere responsabilmente presenti gli enti mutualistici anche in merito all'applicazione della presente legge.

**PROPOSTA DI LEGGE****ART. 1.**

L'articolo 82 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, concernente la corresponsione di compensi fissi e addizionali ai medici ospedalieri, è abrogato con annullamento dei provvedimenti ministeriali conseguentemente adottati.

I relativi oneri sono assorbiti nella misura della retta di degenza che deve intendersi omnicomprensiva.

È abrogata la legge 17 gennaio 1968, n. 4, relativa alla costituzione di una Cassa nazionale di conguaglio per la parziale copertura degli oneri delle retribuzioni in favore dei medici ospedalieri.

I fondi della suddetta cassa conguaglio verranno trasferiti al fondo nazionale ospedaliero di cui all'articolo 33 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, in relazione ai compiti precisati dalla presente legge.

**ART. 2.**

Il fondo nazionale ospedaliero, oltre ai compiti indicati dal citato articolo 33 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, provvede a:

1) riscuotere dagli Enti mutualistici che gestiscono: l'assicurazione obbligatoria di malattia per i lavoratori subordinati, dipendenti sia da privati che dallo Stato, e l'assicurazione obbligatoria di malattia per i lavoratori autonomi iscritti quali artigiani, coltivatori diretti o esercenti attività commerciali, l'importo delle somme destinate, dagli enti stessi, all'assistenza ospedaliera;

2) riscuotere dallo Stato i finanziamenti integrativi necessari alla copertura della spesa per l'assistenza ospedaliera dei soggetti assicurati obbligatoriamente contro le malattie, nella misura che verrà indicata da apposita legge delegata di cui al seguente articolo 12;

3) pagare agli ospedali l'importo a ciascuno di essi dovuto per i ricoveri dei soggetti sopra citati con le modalità che verranno stabilite.

**ART. 3.**

I contributi che ai sensi del punto 1) del precedente articolo 2 gli enti mutualistici dovranno trasferire, per ogni anno solare, al

fondo nazionale ospedaliero, sono così commisurati:

a) per il 1970 nella somma uguale a quella dovuta per l'assistenza ospedaliera risultante al 31 dicembre 1969;

b) per gli anni successivi una somma eguale a quella di cui al precedente punto a) maggiorata di una aliquota pari alla variazione del costo della vita, media annuale, calcolato dall'ISTAT;

c) per gli enti mutualistici dei lavoratori autonomi la somma risultante da quanto indicato nelle precedenti lettere a) e b) verrà diminuita del 10 per cento.

#### ART. 4.

Per i ricoverati che risultino assicurati presso enti mutualistici e che chiedano di passare dalla corsia comune a camera a pagamento o che comunque usufruiscano dell'assistenza in forma indiretta o siano ricoverati in case di cura private non convenzionate, il Ministero della sanità provvederà a stabilire la percentuale di maggiorazione o di riduzione rispetto alla retta mutualistica approvata, entro un massimo del 20 per cento ed in relazione alle caratteristiche dei servizi prestati e della situazione economica provinciale.

Allorché l'erogazione dell'assistenza avvenga in forma indiretta o presso case di cura private non convenzionate, la somma corrisposta dall'ente mutualistico verrà defalcata dalla somma totale dovuta al fondo nazionale ospedaliero di cui al precedente articolo 3.

L'erogazione di tali somme dovrà essere comprovata allegando regolari quietanze firmate dagli assicurati o dall'amministrazione della casa di cura.

#### ART. 5.

Le spese di ospedalità per i casi di malattie infettive e diffuse vengono suddivise per l'80 per cento a carico dell'ente mutualistico presso il quale è iscritto l'ammalato e per il 20 per cento a carico del comune competente come domicilio di soccorso.

Il Ministro della sanità, entro sei mesi dall'emanazione della presente legge, provvederà con proprio decreto ad elencare le forme morbose che sono da considerare incluse nel precedente comma.

In questi casi l'amministrazione ospedaliera provvederà a riscuotere direttamente dal

comune la quota-parte del conto ospedaliero sopra indicato e defalcherà il relativo importo dalla somma totale per la quale chiederà il rimborso al fondo nazionale ospedaliero.

#### ART. 6.

In caso di ricovero di assicurato che risulti affetto da forma tubercolare, di qualsiasi tipo e in qualsiasi fase della malattia, le spese relative restano a carico dell'ente mutualistico competente sino all'accertamento della forma specifica e, comunque, non oltre il 30° giorno di degenza.

L'amministrazione ospedaliera è tenuta a segnalare il caso entro 5 giorni dall'avvenuto accertamento della forma specifica, sia all'ente mutualistico, sia all'Istituto nazionale della previdenza sociale, sia al Consorzio antitubercolare competente per territorio.

Il rimborso degli oneri relativi al primo periodo di ricovero, entro i limiti indicati dal primo comma del presente articolo, verranno richiesti al fondo nazionale ospedaliero come previsto dall'articolo 2 della presente legge. Gli altri oneri verranno corrisposti all'ospedale direttamente dall'INPS se trattasi di lavoratore assicurato contro la tubercolosi oppure dal Consorzio provinciale antitubercolare ferma restando la facoltà di provvedere subito dopo la segnalazione, al trasferimento del malato in luogo di cura specializzato.

#### ART. 7.

In caso di ricovero di avente diritto all'assistenza di ente mutualistico in un ospedale psichiatrico, indipendentemente dai motivi del ricovero stesso, le spese restano a carico dell'ente mutualistico per i primi trenta giorni di degenza.

Dopo tale periodo l'onere fa carico alle province. La amministrazione ospedaliera provvederà pertanto a chiedere il rimborso per i primi 30 giorni al fondo nazionale ospedaliero, mentre per il pagamento della rimanente somma si rivolgerà alla provincia di residenza dell'assistito.

#### ART. 8.

Le agevolazioni previste dall'articolo 4 della legge 4 agosto 1955, n. 692, concernente la estensione dell'assistenza di malattia ai pensionati, agli effetti della riduzione sui prodotti

medicinali e galenici preconfezionati, vengono estese ai lavoratori autonomi assicurati con la legge 29 dicembre 1956, n. 1533, per gli artigiani, con la legge 27 novembre 1960, n. 1397, per gli esercenti attività commerciali e con la legge 22 novembre 1954, n. 1136, per i coltivatori diretti.

Nei conti ospedalieri che le amministrazioni interessate rimetteranno al fondo nazionale ospedaliero dovranno risultare con voce separata gli sconti ottenuti in base alle vigenti leggi o di fatto.

ART. 9.

La lettera *a*) dell'articolo 4 della legge 27 febbraio 1963, n. 260, per i pensionati artigiani è sostituita dalla seguente:

« *a*) con contributo a carico dello Stato, per ciascun titolare di pensione e ciascun familiare assistibile, di lire diecimila annuo pro-capite ».

ART. 10.

La lettera *a*) dell'articolo 32 della legge 22 luglio 1966, n. 613, per i pensionati già esercenti attività commerciali è sostituita dalla seguente:

« *a*) con contributo a carico dello Stato, per ciascun titolare di pensione e ciascun familiare assistibile, di lire diecimila annuo pro-capite ».

ART. 11.

Il contributo di cui agli articoli 9 e 10 verrà commisurato al numero delle unità assistibili dei pensionati e loro familiari esistenti nelle singole province, alla fine di ogni anno di competenza.

L'onere dell'assistenza ospedaliera per i suddetti pensionati rimane a totale carico dello Stato. Le somme relative verranno defalcate dal totale di cui al precedente articolo 3 e verranno considerate nei finanziamenti integrativi previsti dal punto 2 dell'articolo 2.

ART. 12.

Allorché non risulti possibile pervenire ad un accordo in merito ai compensi per le prestazioni professionali dei medici specialisti tra gli organi previsti dall'articolo 8 della legge 21 febbraio 1963, n. 244, la controversia viene demandata ad un collegio arbitrale composto da tre direttori generali designati rispet-

tivamente dal Ministero della sanità, dal Ministero del lavoro e della previdenza sociale e dal Ministero del tesoro.

Il collegio arbitrale, udite le parti interessate, decide circa i compensi di cui sopra in via definitiva.

Le convenzioni in tal modo stipulate valgono anche per le prestazioni specialistiche erogate presso poliambulatori gestiti dagli ospedali.

ART. 13.

Il comitato nazionale previsto dall'articolo 28 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, agli effetti del controllo sulla regolare attribuzione e distribuzione dei fondi previsti dalla presente legge al fondo nazionale ospedaliero, viene integrato, in via transitoria, da sei rappresentanti degli enti mutualistici che gestiscono la assicurazione obbligatoria di malattia di cui quattro rappresentanti degli enti per i lavoratori subordinati e due rappresentanti degli enti per i lavoratori autonomi.

I rappresentanti di cui al precedente comma vengono designati dai presidenti degli enti secondo un turno che consenta a tutti gli enti stessi di seguire i lavori del comitato durante il quinquennio di durata in carica.

Il comitato, oltre i compiti previsti dalla legge 12 febbraio 1968 n. 132, è incaricato di emanare direttive in merito ai criteri per la determinazione della retta di degenza; di seguire l'andamento dei costi ospedalieri in relazione all'applicazione graduale della programmazione e di accertare la regolarità degli accrediti al fondo nazionale e dei rimborsi agli ospedali.

ART. 14.

Le disposizioni contenute nella presente legge entreranno in vigore 180 giorni dopo la pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

Entro tale termine il Governo è delegato ad emanare, con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta congiunta dei ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale, della pubblica istruzione e del tesoro, le norme necessarie all'applicazione della presente legge.

In particolare il Governo dovrà attenersi ai seguenti criteri:

a) assorbimento dei compiti e delle responsabilità della cassa nazionale di conguaglio di cui alla legge 17 gennaio 1968, n. 4, da parte del fondo nazionale ospedaliero;

b) modalità di accredito al fondo nazionale ospedaliero delle somme dovute dagli enti mutualistici ai sensi del punto 1), articolo 2 della presente legge;

c) misura degli interventi a carico dello Stato per l'integrazione del Fondo, ripartendoli tra i vari Ministeri interessati all'attività ospedaliera, a seconda della competenza, mediante adeguati stanziamenti nei rispettivi stati di previsione;

d) modalità di rimborso alle Amministrazioni ospedaliere delle somme dovute;

e) coordinamento delle disposizioni contenute nella presente legge con quelle riguardanti la programmazione ospedaliera;

f) non dovranno essere effettuate assunzioni di personale, ma dovrà all'uopo utilizzarsi personale di ruolo degli stessi Ministeri interessati o di Enti mutualistici.

#### ART. 15.

Il medico provinciale disporrà, mensilmente, indagini campione presso tutti gli ospedali della provincia tendenti a controllare la regolarità dei ricoveri in ordine: alla forma in cui essi sono avvenuti con particolare riferimento ai motivi di urgenza; alla loro durata in relazione all'obbligo dei primari di ridurla al minimo necessario; alla tempestività degli interventi relativamente al titolo iniziale del ricovero ed infine agli accertamenti diagnostici effettuati dal paziente prima del ricovero stesso.

Le risultanze di tali indagini verranno rimesse, per l'eventuale giudizio di responsabilità, alla Corte dei conti, in attesa della costituzione dei tribunali decentrati per il giudizio anzidetto.

#### ART. 16.

All'articolo 12 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, viene aggiunto il seguente comma:

« I rappresentanti dei Ministeri competenti, indicati nel comma precedente, devono essere scelti tra i funzionari in servizio presso gli uffici provinciali delle suddette amministrazioni ».