

CAMERA DEI DEPUTATI N. 3626

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**DE LORENZO, BATTISTUZZI, ALTISSIMO,
BIONDI, SERRENTINO, STERPA**

Presentata il 9 febbraio 1989

**Modifiche alla contribuzione sanitaria e norme
per l'assistenza sanitaria indiretta**

ONOREVOLI COLLEGHI! — È ormai unanimemente riconosciuta la necessità di porre mano a profonde modifiche dell'ordinamento sanitario scaturito dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833.

La riforma ha generato un mastodontico e costoso sistema di potere che, nella stragrande maggioranza delle sue articolazioni territoriali, si è rivelato incapace non solo di realizzare l'obiettivo, forse ambizioso, della tutela globale della salute, ma nemmeno di garantire un'efficace e dignitosa assistenza al cittadino malato.

Nel vasto settore della prevenzione volta alla tutela della salute collettiva non sono stati affrontati con mezzi e me-

todiche adeguati i problemi dell'ambiente, della sicurezza del lavoro, dell'igiene alimentare, delle malattie sociali, dell'educazione sanitaria, cosicché registriamo oggi un grossissimo ritardo rispetto alle accresciute esigenze del Paese ed addirittura, per molti aspetti, un oggettivo arretramento rispetto alla situazione esistente prima della riforma.

Nel settore dell'intervento diagnostico-curativo e riabilitativo — nel quale quotidianamente il sistema si confronta con i bisogni degli assistiti — l'impostazione chiusa e monopolistica della legge n. 833 del 1978 ha prodotto diffusi fenomeni di burocratizzazione dell'assistenza, di inefficienza delle strutture, di deresponsabiliz-

zazione professionale, cui fanno riscontro un gravissimo disagio ed una crescente insofferenza dei cittadini.

A rendere ancor più intollerabile questa situazione si aggiunge la constatazione che il sistema sanitario assorbe un volume di risorse finanziarie ormai pari a 60.000 miliardi. Entità, questa, bensì inferiore, in termini percentuali sul PIL, a quella destinata alla spesa sanitaria in altri Paesi economicamente progrediti, ma del tutto sproporzionata rispetto al basso livello qualitativo del servizio complessivamente reso alla collettività e comunque insostenibile nell'attuale situazione della finanza pubblica.

Si tratta, oltretutto, di una spesa in continuo aumento e che il Ministro del tesoro non ha esitato, nel suo recente documento al Presidente del Consiglio, a definire « incontrollata » dopo aver rilevato che « il ritmo abnorme degli andamenti di spesa è segnalato dalle crescenti dimensioni del disavanzo che ogni esercizio lascia a quelli successivi, nonostante l'adeguamento intervenuto negli anni più recenti nella dotazione del Fondo sanitario ».

« Quando questa — si apprende dal citato documento — veniva mantenuta entro i limiti del tasso d'inflazione, risultavano alla fine disavanzi di esercizio dell'ordine di 2.000 miliardi, che venivano imputati alla sottostima iniziale. Proprio da quando si è preso a definire dotazioni ragionevolmente più realistiche, i disavanzi di esercizio hanno assunto ritmi di crescita sempre più elevati, sino a raggiungere i 5.000 miliardi nel 1987, ed a superarli, secondo le stime nel 1988 ».

D'altra parte, l'insufficiente risposta del servizio pubblico alla domanda di prestazioni sanitarie, impone ai cittadini di assumere a proprio diretto carico una spesa aggiuntiva per la salute, che l'« indagine conoscitiva » *ad hoc*, recentemente svolta dalla Commissione affari sociali della Camera dei deputati, valuta nell'importo di oltre 14.200 miliardi nel 1987, pari al 20 per cento dell'intero mercato, con un andamento crescente di anno in anno, con un ricorso amplissimo a medici privati (lo compie ogni anno il 30 per cento degli italiani).

Altro dato di estremo interesse, posto in luce dall'« indagine parlamentare », è quello relativo all'« importanza della presenza privata nel sistema e nel mercato sanitario in Italia ».

Il ricorso ai servizi ed alle prestazioni offerti da imprese e da strutture private, nonché da professionisti liberi esercenti — non solo da parte dei cittadini che assumono a loro carico il relativo onere, ma anche da parte del Servizio sanitario attraverso lo strumento della convenzione — ha avuto nell'arco di otto anni un costante incremento in termini di spesa, raggiungendo nel 1987 l'importo complessivo di oltre 35.000 miliardi, pari al 53,4 per cento della spesa totale per la salute.

Il quadro fornito da queste autorevoli quanto insospettabili fonti conferma in effetti una situazione di disordine e di crisi che il Paese conosce e subisce da lungo tempo. Ma dimostra soprattutto l'inutilità dei tentativi ripetutamente compiuti negli anni scorsi, attraverso una copiosa produzione legislativa, per porre fine allo sperpero del denaro pubblico, per arginare il consumismo sanitario, per riportare le strutture sanitarie pubbliche a più accettabili livelli di efficienza.

I correttivi al sistema, finora introdotti con le leggi finanziarie e con varie leggi di settore, hanno puntato da una parte a meglio definire e delimitare i poteri degli organi di gestione delle unità sanitarie locali, dall'altra a scoraggiare, mediante *ticket* e mediante veri e propri intralci di natura burocratica, la domanda di prestazioni non indispensabili ed il ricorso alle strutture private.

In realtà, nessuno di questi correttivi ha prodotto risultati apprezzabili sul funzionamento complessivo del Servizio sanitario nazionale, né ha impedito l'ulteriore aumento della spesa, mentre è indubbio che le misure variamente limitative dell'accesso alle prestazioni hanno imposto nuovi disagi ai cittadini, in aggiunta a quelli derivanti dalle disfunzioni delle strutture pubbliche.

Il già citato documento del Ministro del tesoro rileva giustamente che all'intervenuta incontrollabilità della spesa

« va posto rimedio con misure che operino congiuntamente sul lato dell'offerta e su quello della domanda ».

Peraltro, non tutte le misure indicate dal tesoro sembrano idonee ad incidere decisamente i mali della sanità e, quindi, a superare l'attuale situazione di crisi del sistema.

Infatti, sul lato dell'offerta è senz'altro da condividere la necessità di modifiche strutturali come la trasformazione delle unità sanitarie locali in aziende o la restituzione dell'autonomia gestionale agli ospedali, ma su quello della domanda, i liberali ritengono invece che debba essere definitivamente abbandonata la politica dei *ticket* e delle misure riduttive del livello delle prestazioni.

A nostro avviso occorre piuttosto riconsiderare l'idea — rivelatasi del tutto utopica e comunque di difficile realizzazione, specie sotto il profilo della compatibilità finanziaria — che si possa demandare al Servizio sanitario nazionale il compito di coprire con il proprio intervento l'intero arco delle esigenze collettive ed individuali in campo sanitario.

Il punto di partenza per un riordino del sistema, capace di razionalizzare la spesa sanitaria e di dare contenuti effettivi al diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione, va individuato, secondo i liberali, nel riconoscimento al cittadino di una reale libertà di scelta dei modi di tutela della propria salute, nell'ambito di formule alternative previste e disciplinate dalla legge e garantite dal controllo pubblico.

Va realizzato, in definitiva, un nuovo rapporto tra l'intervento pubblico e l'iniziativa privata, basato non più sull'attuale sistema delle convenzioni con le unità sanitarie locali, ma su un libero confronto di capacità tecnico-professionali, imprenditoriali e gestionali.

Sarà possibile attivare così una presenza privata che, lungi dall'attingere — talvolta da posizioni di rendita parassitaria o attraverso rapporti non sempre limpidi con le unità sanitarie locali — alle risorse pubbliche, si ponga, rispetto alle strutture del Servizio sanitario nazionale

su di un piano di sana e corretta competizione e quindi come stimolo alla ricerca di una maggiore economicità dei servizi ed al miglioramento generale dell'efficienza e della qualità delle prestazioni.

La presente proposta di legge persegue questi obiettivi offrendo anzitutto al cittadino la possibilità di scegliere liberamente tra più forme assistenziali alternative, ciascuna delle quali lo responsabilizza, soprattutto sotto il profilo economico, al corretto uso delle risorse e delle strutture pubbliche o private destinate alla tutela della salute individuale, fermo restando l'obbligo di concorrere al finanziamento della spesa sostenuta dallo Stato per garantire in modo efficace i servizi sanitari d'interesse collettivo.

In concreto, la nostra proposta, in linea con gli indirizzi maturati in seno al Parlamento e fatti propri dal Governo, contempla forme di assistenza indiretta basate essenzialmente sull'assicurazione privata e sulla mutualità volontaria, disciplinate da norme intese a proteggere il cittadino da ogni possibile abuso ed a garantirgli l'effettiva copertura del rischio di malattia anche attraverso periodici controlli clinici obbligatori.

L'utilizzazione, in via esclusiva, degli anzidetti strumenti di tutela previdenziale in campo sanitario consente inoltre di evitare il ricorso a farraginosi e gravosi sistemi di rimborso della spesa per le prestazioni fruite, prevedendo, invece, a seconda della forma assistenziale prescelta, riduzioni percentuali del contributo sanitario in misura proporzionale alla riduzione della spesa *pro capite* a carico del Fondo sanitario nazionale.

Questi meccanismi consentiranno inoltre di eliminare, o quanto meno ridimensionare fortemente i cosiddetti viaggi della speranza all'estero dei malati, con spese a carico del Servizio sanitario nazionale; viaggi che spesso non sono giustificati da carenze complessive dell'assistenza medico-chirurgica nel nostro Paese e che, in ogni caso, comportano un'uscita di valuta non indifferente. Sarà il settore privato della sanità, nelle sue componenti più efficienti e quindi superando il

modello del convenzionamento, a sopprimere alle eventuali carenze del Servizio sanitario pubblico.

Preme sottolineare che la proposta non esprime alcuna posizione preconcepita contro il Servizio sanitario nazionale, del quale intende semmai promuovere un recupero di efficienza e di economicità attraverso un aperto confronto con le strutture private, di cui sarà unico arbitro il cittadino con le sue libere scelte.

Siamo convinti, infatti che le innovazioni da noi suggerite, se condivise dal Parlamento, creeranno le condizioni per un radicale cambiamento di mentalità in tutti i soggetti coinvolti nel sistema di tutela della salute, cambiamento che metterà finalmente fuori gioco le interferenze partitiche e gli interessi corporativi ed assicurerà ai cittadini un'assistenza più efficace nel rispetto della sua personalità e dignità umana.

È questa, a nostro avviso, la sola strada che potrà consentire di riprendere il controllo della spesa sanitaria e pervenire ad una più razionale utilizzazione delle risorse finanziarie che la collettività nel suo complesso può destinare alla tutela della salute individuale e collettiva.

La recente denuncia della Corte dei Conti sullo stato di degrado della gestione delle unità sanitarie locali sia sotto il profilo della incontrollabilità dei flussi di spesa, sia sotto quello della inadeguatezza dei servizi in rapporto ai costi, è una ulteriore riprova del fatto che è ormai indispensabile introdurre elementi di concorrenza fra sanità pubblica e sanità privata in modo da eliminare rendite di posizione mantenute a tutto danno degli interessi dei cittadini e spesso solo per tutelare aree di influenza partitica.

Per quanto riguarda gli aspetti finanziari e programmatici va ricordato che un impegno per forme di assistenza sanitaria indiretta è previsto nel programma dell'attuale Governo e che una indicazione specifica in tal senso è altresì contenuta nel documento di politica economica e finanziaria approvato dal Parlamento nel luglio 1988 e che prelude al disegno di legge finanziaria per il 1989.

Le predette indicazioni sono dirette ad individuare la via principale per contenere la dinamica della spesa sanitaria riducendo la copertura sanitaria di natura pubblicistica ai cosiddetti grandi rischi oppure consentendo ai cittadini la possibilità di scegliere in ordine al grado di copertura sanitaria di cui usufruire.

È nel quadro di tali orientamenti che si muove la presente proposta che è articolata nel seguente modo.

Articolo 1. — Viene prevista la possibilità per i cittadini di scegliere fra tre forme di assistenza sanitaria:

assistenza diretta omnicomprensiva: cioè il tipo di assistenza previsto dall'attuale ordinamento;

assistenza diretta parziale che consiste essenzialmente nell'assistenza sanitaria in condizioni di degenza ospedaliera e che esclude perciò l'assistenza medico-generica, l'assistenza farmaceutica e la diagnostica strumentale esterna;

l'assistenza indiretta che comporta una rinuncia dell'assistenza sanitaria pubblica a condizione però di stipulare una polizza di assicurazione sanitaria o di iscriversi ad una associazione di mutualità volontaria.

L'articolo prevede che chi non compie opzione, resta con l'assistenza diretta omnicomprensiva e che per le altre due forme di assistenza, è necessario compiere la scelta entro il mese di ottobre che precede l'anno di riferimento, scelta che si rinnova automaticamente se non disdetta.

Articolo 2. — L'articolo definisce l'assistenza sanitaria diretta parziale che consiste nella sola assistenza in regime di ricovero presso ospedali pubblici o equiparati.

Viene stabilito inoltre che chi opta per tale forma di assistenza parziale beneficia di una riduzione del 40 per cento della contribuzione per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale; naturalmente tale riduzione si applica anche sulla contribu-

zione a carico dei datori di lavoro i quali devono corrispondere tale importo ai lavoratori. Tale riduzione è elevata al 60 per cento per i lavoratori dipendenti dei settori che beneficiano della fiscalizzazione degli oneri sociali e si applica sulla quota di contribuzione al netto della fiscalizzazione medesima.

La riduzione del 40 per cento rappresenta il peso percentuale nell'ambito delle spese sostenute dal Servizio sanitario nazionale delle prestazioni cui rinuncia l'optante per l'assistenza diretta parziale. Trattandosi di spese immediatamente comprimibili, questa riduzione non comporta oneri per i conti del Servizio sanitario nazionale.

Nel caso dell'assistenza parziale non viene previsto nessun obbligo di copertura dei rischi non tutelati al di fuori dell'assistenza ospedaliera. Ciò perché i grandi rischi sanitari sono in questo caso già coperti e si lascia alla discrezionalità di ogni cittadino come e se provvedere alla copertura dei cosiddetti piccoli rischi.

Articolo 3. — La norma disciplina l'assistenza sanitaria indiretta. Chi compie questa scelta non ha ovviamente diritto a prestazioni gratuite da parte del Servizio sanitario nazionale, ma deve obbligatoriamente contrarre una polizza di assicurazione sanitaria o iscriversi ad una associazione di mutualità volontaria, per la copertura di prestazioni assistenziali almeno equivalenti a quelle fornite dal Servizio sanitario nazionale.

Coloro che compiono tale scelta hanno diritto a una riduzione dei contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale del 60 per cento rispetto alle aliquote attualmente in vigore. La riduzione è elevata all'80 per cento per i lavoratori dipendenti dei settori che godono della fiscalizzazione degli oneri sociali.

Al fine di garantire una adeguata funzione di prevenzione dell'assistenza sanitaria anche in forma indiretta, è previsto che per dare diritto alla riduzione contributiva le polizze di assicurazione o gli statuti delle associazioni di mutualità volontaria, devono prevedere oltre alla co-

pertura di prestazioni equivalenti o superiori a quelle garantite dal Servizio sanitario nazionale in forma diretta, anche l'obbligo per l'assicurato o il mutuato, di sottoporsi con periodicità almeno biennale, a controllo clinico generale. Inoltre le polizze di assicurazione non devono prevedere clausole di recesso da parte dell'assicuratore prima della scadenza contrattuale.

Resta fermo che il cittadino che opta per l'assistenza indiretta ha comunque diritto ad accedere a pagamento ai presidi del Servizio sanitario nazionale.

Le minori entrate derivanti dall'applicazione di questo articolo che sono per ogni optante del 60 per cento dei contributi sanitari vengono compensate dalle minori prestazioni del Servizio sanitario nazionale. Tale compensazione è immediata e diretta per tutte quelle spese immediatamente comprimibili e cioè per tutte le spese diverse dall'assistenza ospedaliera.

Per quanto riguarda le spese ospedaliere è evidente che a fronte di una riduzione della domanda di prestazioni dirette gratuite ci sarà un aumento di prestazioni a pagamento con oneri a carico di mutue ed assicurazioni in regime di assistenza indiretta per quei presidi pubblici efficienti e funzionali. Sarà messo fuori gioco il settore privato assistito cioè le case di cura convenzionate poco efficienti, il tutto con risparmi di spesa considerevoli.

Si innesta così una sana concorrenza fra sanità privata e sanità pubblica che dovrebbe portare vantaggi significativi sia in termini di riduzione dei costi complessivi, sia e soprattutto in termini di efficienza delle prestazioni al cittadino.

Anche per coloro che optano per l'assistenza indiretta resta un carico contributivo di circa il 40 per cento che è diretto a coprire quei compiti di prevenzione generale che restano necessariamente a carico del Servizio sanitario nazionale nonché a coprire parte delle spese fisse delle strutture ospedaliere che in ogni caso restano a disposizione, sia pure a pagamento, di tutti i cittadini.

Articolo 4. — L'articolo prevede norme dirette a consentire ai medici di stipulare direttamente con i pazienti o le compagnie di assicurazione o con le associazioni di mutualità volontaria, convenzioni per prestazioni sanitarie con compenso onnicomprensivo annuo forfettario. Questo in concreto significherebbe consentire, in deroga a quanto previsto dalla legislazione vigente, ai medici al di fuori del Servizio sanitario nazionale, di essere pagati dai cittadini o dagli organismi sopradetti con le stesse modalità della quota capitaria con cui vengono compensati dal Servizio sanitario nazionale le prestazioni di medicina generale.

Si darebbe in questo modo la possibilità a molti giovani medici di cominciare a lavorare e li si porrebbe in concorrenza, sotto il profilo della qualità delle prestazioni, con i medici già inseriti nel sistema, il tutto a vantaggio dei pazienti e senza nessun onere aggiuntivo per le casse pubbliche.

La norma persegue un duplice obiettivo: da una parte, contenere l'onere che il cittadino dovrà affrontare in proprio, direttamente o indirettamente, nei limiti della corrispondente riduzione percentuale del contributo sanitario previsto dagli articoli 2 e 3; dall'altra, offrirà a tutti i medici, al di fuori del Servizio sanitario nazionale, pari opportunità di lavoro professionale, riducendo peraltro al minimo gli effetti che l'attuazione delle disposizioni in esame potrà avere nei confronti dei medici di medicina generale convenzionati con le USL.

Con riguardo ai legittimi interessi di questa categoria di medici, infatti, la norma non fa altro che ripristinare, senza alcun onere aggiuntivo per la finanza pubblica e per gli stessi assistiti, una situazione di libero confronto sul piano professionale; situazione, che offrirà bensì ai medici oggi non inseriti nel Servizio sanitario nazionale la possibilità di aspirare alla conquista di un loro spazio di lavoro in questo settore, ma non impedirà certo — né intende impedire — a quelli inseriti, che svolgono con competenza e dedizione la loro professione, di continuare privatamente ad assistere in modo qualificato e a

parità di compensi i cittadini che li avranno scelti come medico di fiducia nell'ambito del sistema pubblico.

Articolo 5. — L'articolo è diretto a rimuovere un ostacolo che fino ad oggi aveva disincentivato le compagnie di assicurazione dallo stipulare polizze di assistenza sanitaria di durata poliennale. Viene in sostanza consentita la costituzione di una riserva di senescenza, in analogia a quanto già previsto dall'ordinamento per le polizze vita, in modo da permettere alle compagnie di assicurazione di compensare l'aggravarsi del rischio dovuto al crescere dell'età degli assicurati. Si tratta di una norma identica a quella già proposta del Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato e non approvata finora dal Parlamento per intoppi procedurali.

Questo articolo consentirebbe lo sviluppo delle polizze di assistenza sanitaria di lunga durata che è necessario per consentire un'efficace assistenza sanitaria indiretta.

Articolo 6. — L'articolo è diretto a chiarire anche in linea con la sentenza della Corte costituzionale numero 992/88 che il Servizio sanitario nazionale è tenuto al rimborso di quelle prestazioni diagnostiche e terapeutiche ritenute assolutamente indispensabili e che il Servizio non riesce ad assicurare in tempo utile.

L'entità del rimborso è fissata in misura pari al costo delle prestazioni per il Servizio sanitario nazionale, costo individuato annualmente dal Ministro della sanità con proprio decreto, quando questo è possibile, altrimenti il rimborso sarà fissato in base ai costi sostenuti e dimostrati.

All'onere per l'applicazione di questo articolo si provvede mediante l'utilizzo dell'accantonamento di 24 miliardi e mezzo previsto per il triennio 1989-1991 nella legge finanziaria per l'assistenza sanitaria indiretta.

Tale accantonamento è stato inserito nella legge finanziaria 1989 su richiesta liberale proprio in vista della presentazione di questa proposta di legge ed è stato fatto approvare superando le molte resistenze ad una svolta in campo sanitario.

PROPOSTA DI LEGGE

PAGINA BIANCA

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Scelte nell'ambito dell'assistenza sanitaria).

1. I cittadini hanno diritto di scegliere fra le seguenti forme delle prestazioni sanitarie:

- a) assistenza diretta omnicomprensiva prevista dall'ordinamento vigente;
- b) assistenza diretta parziale;
- c) assistenza indiretta.

2. Coloro che non intendono avvalersi dell'assistenza diretta di cui alla lettera a), devono esercitare l'opzione per una delle altre forme previste dal comma 1 entro il mese di ottobre di ogni anno, mediante comunicazione scritta alla regione di residenza.

3. L'opzione è a tempo indeterminato ed è revocabile entro il 31 ottobre di ogni anno con effetti a partire dal 1° gennaio successivo.

ART. 2.

(Assistenza diretta parziale).

1. L'assistenza diretta parziale dà diritto a fruire soltanto delle prestazioni di assistenza sanitaria in regime di ricovero presso ospedali pubblici o equiparati o in case di cura convenzionate con le unità sanitarie locali.

2. Coloro che optano per l'assistenza diretta parziale, sono tenuti al pagamento dei contributi per le prestazioni del servizio sanitario nazionale in percentuale ridotta del 40 per cento rispetto alle aliquote ordinarie a loro carico.

3. La riduzione di cui al comma 2, si applica anche alle aliquote a carico dei datori di lavoro ed il corrispondente importo è da questi corrisposto ai lavoratori.

4. Per i lavoratori dipendenti i cui datori di lavoro beneficiano della fiscalizzazione degli oneri sociali la riduzione di cui al comma 2 è elevata al 60 per cento e si applica sia sulla quota di contribuzione per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale a carico del datore di lavoro al netto della fiscalizzazione, sia sulla quota a carico del lavoratore.

ART. 3.

(Assistenza indiretta).

1. I cittadini che optano per l'assistenza indiretta non hanno diritto di fruire gratuitamente delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale.

2. Coloro che optano per l'assistenza indiretta sono tenuti a contrarre una polizza di assicurazione sanitaria sostitutiva dell'assistenza erogata da parte del Servizio sanitario nazionale o ad iscriversi ad una associazione di mutualità volontaria o ad analogo istituzione di previdenza sanitaria.

3. A garanzia dell'effettiva copertura del rischio di malattia l'opzione per l'assistenza indiretta è valida solo se corredata dalla polizza di cui al comma 2 per il periodo cui si riferisce l'opzione stessa o da documento comprovante l'iscrizione ad una mutua volontaria.

4. Per essere valida ai fini dell'opzione per l'assistenza indiretta la polizza di assicurazione non deve prevedere clausole di recesso da parte dell'assicuratore prima della scadenza contrattuale.

5. Coloro che optano per l'assistenza indiretta sono tenuti al pagamento dei contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale in percentuale ridotta del 60 per cento rispetto alle aliquote ordinarie a loro carico.

6. La riduzione di cui al comma 5 si applica anche alle aliquote a carico dei datori di lavoro ed il corrispondente importo è da questi corrisposto ai lavoratori.

7. Per i lavoratori dipendenti i cui datori di lavoro beneficiano della fiscalizzazione degli oneri sociali la riduzione di

cui al comma 5 è elevata all'80 per cento e si applica sia sulla quota di contribuzione per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale a carico del datore di lavoro al netto della fiscalizzazione, sia sulla quota a carico del lavoratore.

8. Per essere validi ai fini dell'opzione per l'assistenza indiretta, le polizze di assicurazione sanitaria o gli statuti delle associazioni di mutualità volontaria, devono prevedere oltre alla copertura di prestazioni equivalenti o superiori a quelle garantite dal Servizio sanitario nazionale in forma diretta, anche l'obbligo per l'assicurato o il mutuato di sottoporsi con periodicità almeno biennale a controllo clinico generale.

9. Il cittadino che opta per l'assistenza indiretta, ha comunque diritto di accedere a pagamento e con costi a carico dell'assicurazione o dell'associazione mutualistica ai presidi del Servizio sanitario nazionale anche al di fuori dei casi di urgenza.

10. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge il Ministro della sanità, con proprio decreto, individua le tariffe delle prestazioni del Servizio sanitario per i cittadini che optano per l'assistenza indiretta, sulla base dei costi medi sostenuti dal Servizio sanitario nazionale.

11. Le tariffe predette sono aggiornate annualmente con decreto ministeriale entro il 31 dicembre precedente all'anno di riferimento.

12. Le associazioni di mutualità volontaria e le altre istituzioni di previdenza sanitaria sono soggette per le prestazioni di cui alla presente legge anche alla vigilanza dell'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo (ISVAP) per gli aspetti tecnico-assicurativi.

13. Le modalità di tale vigilanza sono determinate, con proprio decreto, dal Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato, di concerto col Ministro del lavoro e della previdenza sociale, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

ART. 4.

(Agevolazioni dell'assistenza medica).

1. In deroga al disposto dell'articolo 2, quinto comma della legge 21 febbraio 1963, n. 244, i medici chirurghi possono convenire con le compagnie di assicurazione, con le associazioni di mutualità volontaria o direttamente con l'assistito, per l'erogazione delle prestazioni medicogeneriche, un compenso omnicomprensivo annuo di importo pari a quello degli emolumenti base a qualsiasi titolo spettanti ai medici convenzionati con le unità sanitarie locali ai sensi dell'accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale di cui all'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, maggiorato dell'importo dei contributi previdenziali ed assistenziali dovuti dalle unità sanitarie locali, sui predetti emolumenti.

2. Nell'ambito delle convenzioni di cui al comma 1 il medico è tenuto a garantire all'assistito, senza diritto ad ulteriori compensi, le stesse prestazioni previste dall'accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale, stipulati ai sensi dell'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, con le modalità dal medesimo stabilite.

3. Le convenzioni di cui al comma 1 devono essere stipulate con atto scritto, copia del quale, vistata dall'Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri nel cui Albo il sanitario è iscritto, deve essere consegnato all'assistito.

ART. 5.

*(Riserva di senescenza
nelle assicurazioni malattia).*

1. Per i contratti di assicurazione facenti parte del portafoglio italiano e riguardanti l'assicurazione contro le malattie che abbiano durata poliennale o che, pur avendo durata annuale, prevedano

l'obbligo dell'assicuratore di rinnovarli alla scadenza, le imprese, qualora i premi siano determinati, per l'intera durata del rapporto, con riferimento all'età degli assicurati al momento della stipulazione del contratto, debbono costituire una riserva di senescenza destinata a compensare l'aggravarsi del rischio dovuto al crescere dell'età degli assicurati.

2. La riserva di cui al comma 1, deve essere calcolata in relazione alla prevedibile durata dei contratti, all'età degli assicurati ed alle basi tecniche adottate dall'impresa.

3. Le imprese debbono presentare all'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo (ISVAP) in allegato al bilancio una relazione dalla quale risultino i criteri seguiti per il calcolo della riserva di senescenza.

4. Il calcolo della riserva di senescenza può essere effettuato anche forfettariamente in misura compresa fra il 10 ed il 20 per cento dei premi lordi d'esercizio relativi ai contratti aventi le caratteristiche indicate al comma 1. L'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo (ISVAP), sulla base dei criteri indicati al comma 2, può fissare, anche per singole imprese, un'aliquota più elevata per il calcolo in via forfettaria della riserva.

ART. 6.

(Integrazione della copertura sanitaria).

1. Unitamente alle prestazioni assistenziali di cui il cittadino ha diritto di fruire in forma diretta, il Servizio sanitario nazionale è tenuto comunque a rimborsare il costo delle prestazioni diagnostiche o terapeutiche ritenute assolutamente indispensabili, a giudizio del medico curante, che il Servizio sanitario nazionale medesimo non riesca ad assicurare in tempi utili e definiti né direttamente né attraverso strutture sanitarie convenzionate.

2. L'entità del rimborso è fissata in misura pari al costo delle prestazioni per il Servizio sanitario nazionale. Detto

costo per prestazione è individuato dal Ministro della sanità, con proprio decreto, da pubblicarsi ogni anno a partire dalla data di entrata in vigore della presente legge.

3. All'onere derivante dall'applicazione del presente articolo previsto in 4 miliardi e mezzo nel 1989, 10 miliardi rispettivamente nel 1990 e nel 1991, si provvede mediante utilizzazione dell'accantonamento iscritto ai fini del bilancio triennale 1989-1991, al capitolo 6856 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro per l'anno finanziario 1989, alla voce « Avvio di forme di assistenza sanitaria indiretta ».