

(N. 2536)

DISEGNO DI LEGGE

presentato dal **Ministro della Sanità**

(MARIOTTI)

di concerto col **Ministro dell'Interno**

(TAVIANI)

col **Ministro del Tesoro**

(COLOMBO)

e col **Ministro del Lavoro e della previdenza sociale**

(BOSCO)

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 18 NOVEMBRE 1967

Conversione in legge del decreto-legge 18 novembre 1967, n. 1044, concernente la costituzione ed il funzionamento di una cassa nazionale di conguaglio per assicurare, attraverso la riduzione dei compensi fissi mutualistici previsti e determinati a norma dell'articolo 82 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, la parziale copertura finanziaria del costo delle nuove retribuzioni fissate in favore dei medici ospedalieri che ne abbiano diritto a decorrere dal 1° gennaio 1966

ONOREVOLI SENATORI. — A favore dei medici ospedalieri, con decorrenza 1° gennaio 1966, è in vigore un trattamento economico base adeguato sia agli impegnativi compiti assolti dalla categoria, sia alla imprescindibile esigenza di assicurare al cittadino una più efficiente e responsabile assistenza ospedaliera.

Giova premettere che alle misure del nuovo trattamento economico si è pervenuti do-

po ampio studio svolto, in apposita Commissione, fra i rappresentanti dei Ministeri interessati alla questione (interni, lavoro e previdenza sociale, tesoro e sanità) e i delegati delle federazioni od associazioni di categorie dei medici ospedalieri, della FIARO, della F.N.OO.MM.

Tali conclusioni sono state poi riportate in apposita circolare (n. 184 del 31 ottobre 1966) con cui il Ministero della sanità rivol-

LEGISLATURA IV - 1963-67 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

geva, tramite i propri organi periferici, alle amministrazioni ospedaliere l'esplicito invito — già ormai recepito nelle norme regolamentari dei singoli nosocomi — di corrispondere, salvo precise eccezioni, le misure proposte.

Gli aspetti salienti dell'intesa raggiunta possono così riassumersi:

1) aumento delle vecchie retribuzioni fino a raggiungere limiti uniformi — a parità di qualifica e categoria di ospedale — con obbligo di prestazioni di lavoro nelle corsie, pari a 5 ore giornaliere per i primari e a 6 ore per gli aiuti e gli assistenti, nonchè la riduzione dei tempi di diagnosi attraverso una più rapida funzionalità dei servizi (agevolata da un orario di servizio più impegnativo) e l'utilizzazione in via normale, degli accertamenti diagnostici (radiologici, di laboratorio, eccetera) già effettuati presso gli ambulatori o poliambulatori mutualistici;

2) copertura del maggior onere (valutata in circa 35 miliardi di lire) dei miglioramenti attraverso:

a) l'aumento medio generale annuo delle rette di degenza, con incidenza presunta del 4-5 per cento a carico degli enti chiamati per legge a sostenere gli oneri delle spedalità, che importa un costo complessivo approssimato di 18 miliardi di lire per anno (pari cioè al 52 per cento del costo dei miglioramenti). Pertanto gli oneri per gli anni 1966 e 1967, ammontanti a 36 miliardi di lire, dovrebbero incidere dell'8-10 per cento sulla retta 1967;

b) la riduzione del 29 per cento (decreto ministeriale 5 novembre 1966) dei compensi fissi — spettanti ai medici ospedalieri in applicazione dei decreti ministeriali 24 gennaio, 22 marzo 1963 e 8 gennaio 1965 — che dovrebbe in via preventiva essere in grado di coprire il residuo (48 per cento) costo dei miglioramenti, pari a circa 17 miliardi per ciascuno degli anni 1966 e 1967. Si tratta infatti di una classica operazione di parziale auto-finanziamento.

L'importo della citata riduzione verrà accantonato per essere redistribuito mensilmente agli ospedali, attraverso una speciale procedura, secondo le esigenze prospettate.

La riduzione opera solo per i medici che sono beneficiari dei nuovi trattamenti economici. Ne sono infatti esclusi i clinici, i medici destinati a divisioni aventi una dotazione inferiore a 50 o 30 posti letto — a seconda se trattasi rispettivamente di ospedali brevi degenti non specializzati o specializzati — i medici che non godono dei benefici di cui all'articolo 82 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, i medici interini che non ricoprono posti di organico;

3) costituzione di un'apposita cassa nazionale in cui accantonare, come già detto, le somme derivanti dalla riduzione dei compensi fissi (lettera *b*) del punto precedente.

Tale « cassa », istituita per il conguaglio o integrazione del trattamento economico, dovrà consentire di effettuare le occorrenti rimesse ai singoli ospedali in misura che tenga conto del livello raggiunto dagli stipendi dei medici ospedalieri prima della circolare n. 184 e consenta, nel contempo, di pervenire al pareggio dei bilanci ospedalieri, assicurando la copertura finanziaria dei nuovi oneri.

Infatti, resi operanti da tempo i nuovi emolumenti e divenuta imprescindibile ed urgente la necessità di assicurare agli ospedali la copertura finanziaria in questione, si è ritenuto di dare vita alla « cassa » prevista al punto 3; dar vita, cioè, al mezzo che consentirà l'operazione di raccolta e redistribuzione dei fondi, scegliendo lo strumento legislativo per una soluzione più agevole delle difficoltà insite nella procedura e modalità di costituzione della detta « cassa ».

È stato predisposto, pertanto, il provvedimento, che occorre convertire in legge, che comprende cinque articoli e precisamente:

Articolo 1 - riduzione dei compensi fissi mutualistici, specificazione ed istituzione della cassa nazionale di conguaglio;

Articolo 2 - costituzione del comitato amministrativo che ha il compito di gestire, con la collaborazione del personale messo a disposizione dal Ministero della sanità, la « cassa », nel senso di accertare la correttezza e l'entità dei versamenti effettuati dagli enti mutualistici e di dare esecuzione alla di-

LEGISLATURA IV - 1963-67 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

distribuzione dei fondi raccolti in favore dei singoli ospedali in base alle esigenze prospettate dai medesimi in sede ministeriale;

Articolo 3 - attribuzione del predetto comitato e poteri di verifica annuale dell'eventuale autosufficienza della « cassa »;

Articolo 4 - servizio delle riscossioni e pagamenti affidati ad un istituto di credito pubblico in base ad apposita convenzione;

Articolo 5 - riscontro amministrativo-contabile affidato ad un comitato di vigilanza.

Come è stato messo in evidenza la prevista « cassa » in sostanza attua, attraverso il comitato amministrativo, una pura redistribuzione dei fondi:

da una parte riceve — a mezzo di un istituto di credito — i versamenti dagli enti mutualistici corrispondenti al 29 per cento dei compensi fissi spettanti, per ciascuno degli anni 1966 e 1967, ai medici ospedalieri destinatari dei miglioramenti delle retribuzioni;

dall'altra invia agli ospedali le rimesse secondo le esigenze dagli stessi prospettate. I pagamenti saranno assicurati sulla base di periodiche segnalazioni che gli ospedali già mensilmente effettuano (mod. 6 allegato alla circolare n. 184, preventivamente controllato ed eventualmente modificato in sede di riscontro ministeriale), sottoposte al comitato amministrativo che redige il titolo utile per ordinare all'istituto di credito l'emissione delle rimesse di denaro, dovute mensilmente a ciascun nosocomio.

Per quanto precede, gli introiti alla cassa avverranno su segnalazione degli ospedali, i quali nell'effettuare la rituale periodica comunicazione, per recupero dei crediti, compensi fissi e addizionali, per ottenere dagli enti mutualistici la liquidazione dei compensi fissi per ogni degente, dovranno nel contempo poter distinguere ai fini della distribuzione dei compensi e perciò ad uso interno:

a) i medici che non hanno diritto al nuovo trattamento, ai fini di far conservare loro l'intera misura dei compensi;

b) i medici che, avendo diritto al nuovo trattamento, debbono sopportare la riduzione dei compensi fissi più volte citata.

Considerato che tali comunicazioni prescindono dal nominativo dei medici che hanno di fatto curato i malati, in quanto fanno riferimento al reparto, al malato e al tipo di malattia, possono prevedersi in via di massima le seguenti ipotesi:

a) ospedali senza reparti clinicizzati e senza divisioni sottonumerate. Per la stragrande maggioranza dei nosocomi le contabilità di addebito di compensi fissi mutualistici possono, quindi, continuare ad essere effettuati come per il passato (con contabilità nominative e singole degli infermi; con contabilità nominative riepilogate mensilmente, eccetera) in quanto la riduzione del 29 per cento può essere operata dagli enti mutualistici sul totale dei compensi dovuti e riversata alla « cassa ». Nessuna variazione si avrà anche nella distribuzione ai medici che viene attuata dall'ospedale in base alle quote di riparto ridotte della cennata percentuale;

b) ospedali senza reparti clinicizzati, ma con divisioni sottonumerate. Le contabilità di addebito dei compensi fissi possono continuare ad essere redatte come per il passato, con l'aggiunta per i malati destinati a reparti sottonumerati di un codice distintivo in base al quale individuare i compensi da corrispondere per intero (medici destinati a reparti sottonumerati) da quelli soggetti alla riduzione del 29 per cento (importo da versare nella cassa). Per l'ospedale l'operazione di riparto fra i medici non presenta alcuna difficoltà in quanto la liquidazione avviene in base alle note di addebito dallo stesso approntate in precedenza;

c) ospedali con reparti interamente clinicizzati. L'ente ricoverante nel predisporre le rituali contabilità di addebito delle spedalità avrà cura di individuare con altro apposito codice i reparti clinicizzati. Così gli enti mutualistici nel liquidare le spedalità procederanno alla liquidazione dei compensi separatamente per i reparti ospedalieri ai quali va applicata la ritenuta del 29 per cento mentre per i reparti clinicizzati nessuna ri-

tenuta deve essere effettuata. L'importo della ritenuta verrà contemporaneamente versato alla « cassa »;

d) ospedali con reparti misti (con prestazione di servizio promiscua di medici universitari e ospedalieri). L'ente ricoverante si comporterà come sopra, codificando però gli infermi per i quali i compensi relativi non devono essere soggetti alla nota ritenuta. Di fronte alla possibile difficoltà di poter distinguere i degenti curati dai clinici da quelli curati dai medici ospedalieri l'ente ricoverante dovrà trasmettere contemporaneamente l'elenco nominativo dei medici ospedalieri per i quali secondo il Ministero della sanità ha piena validità — in mancanza di una esplicita norma — l'articolo 82 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631. In-

fatti, sempre secondo l'amministrazione sanitaria, la ripartizione dei compensi fissi mutualistici nei reparti in questione deve essere eseguita dall'ospedale, con le conseguenti istruzioni ricevute, in applicazione della citata norma. Gli istituti mutualistici provvederanno a separate liquidazioni.

Con quest'ultima fase — che assicura, secondo gli impegni, alle amministrazioni nosocomiali la copertura dei maggiori oneri attraverso la necessaria disponibilità dei fondi messi a disposizione dagli stessi medici beneficiari del provvedimento — si concluderà l'operazione mirante a migliorare la base retributiva dei medici ospedalieri i cui benefici sono già operanti dal 1° gennaio 1966.

DISEGNO DI LEGGE

Articolo unico.

È convertito in legge il decreto-legge 18 novembre 1967, n. 1044, concernente la costituzione ed il funzionamento di una cassa nazionale di conguaglio per assicurare, attraverso la riduzione dei compensi fissi mutualistici previsti e determinati a norma dell'articolo 82 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, la parziale copertura finanziaria del costo delle nuove retribuzioni fissate in favore dei medici ospedalieri che ne abbiano diritto a decorrere dal 1° gennaio 1966.

ALLEGATO

Decreto-legge 18 novembre 1967, n. 1044, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 288 del 18 novembre 1967

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visto l'articolo 77, secondo comma, della Costituzione;

Ritenuta la straordinaria necessità ed urgenza di provvedere alla costituzione di una cassa nazionale di conguaglio per assicurare, attraverso la riduzione dei compensi fissi mutualistici previsti e determinati a norma dell'articolo 82 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, la parziale copertura finanziaria del costo delle nuove retribuzioni fissate in favore dei medici ospedalieri che ne abbiano diritto a decorrere dal 1° gennaio 1966;

Sentito il Consiglio dei Ministri;

Sulla proposta del Ministro per la sanità, di concerto con i Ministri per l'interno, per il tesoro e per il lavoro e la previdenza sociale;

DECRETA:

Art. 1

Con effetto dal 1° gennaio 1966 i compensi fissi e addizionali a carico degli Enti mutualistici e assicurativi per i ricoveri in corsia comune, determinati in conformità all'articolo 82 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, sono ridotti del 29 per cento, e detta percentuale è devoluta al pagamento di quota parte dei miglioramenti economici disposti dalle amministrazioni ospedaliere a decorrere dal 1° gennaio 1966, in base agli accordi intervenuti tra le categorie interessate e la federazione nazionale degli ordini dei medici ed omologati dal Ministro per la sanità, di concerto con i Ministri per l'interno, per il tesoro e per il lavoro e la previdenza sociale.

La percentuale di riduzione può, ogni anno, sulla base delle risultanze della verifica prevista all'articolo 3, lettera e), essere soggetta a revisione con decreto del Ministro per la sanità, di concerto con i Ministri per l'interno, per il tesoro e per il lavoro e la previdenza sociale, sentiti la Federazione nazionale degli ordini dei medici, la Federazione italiana delle associazioni regionali ospedaliere e i Sindacati più rappresentativi dei medici ospedalieri.

La quota di riduzione di cui ai commi precedenti affluisce ad una Cassa nazionale di conguaglio, che a tal fine viene istituita presso il Ministero della sanità.

Art. 2

L'amministrazione della Cassa è affidata ad un Comitato composto come segue:

- a) un funzionario del Ministero della sanità, di qualifica non inferiore ad Ispettore generale, con funzioni di Presidente;
- b) un funzionario del Ministero dell'interno, di qualifica non inferiore ad Ispettore generale;
- c) un funzionario del Ministero del lavoro e della previdenza sociale, di qualifica non inferiore ad Ispettore generale;
- d) un funzionario del Ministero del tesoro, di qualifica non inferiore ad Ispettore generale;
- e) un rappresentante degli Enti mutualistici ed assicurativi, e delle Casse mutue, designato dal Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

LEGISLATURA IV - 1963-67 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

f) due rappresentanti dei medici ospedalieri designati d'intesa tra le Associazioni di categoria a base nazionale, e, in caso di non raggiunto accordo, dal Ministro per la sanità su indicazione delle singole Associazioni;

g) due rappresentanti della Federazione italiana delle associazioni regionali ospedaliere, designati dal Comitato esecutivo.

Le funzioni di segretario sono esercitate da un impiegato della carriera direttiva amministrativa del Ministero della sanità, con qualifica non inferiore a Direttore di sezione.

Il Comitato è nominato con decreto del Ministro per la sanità, di concerto con i Ministri per lo interno, per il tesoro, per il lavoro e la previdenza sociale. I suoi componenti durano in carica tre anni e possono essere riconfermati.

Al Presidente, ai componenti ed al segretario spetta un gettone di presenza, nella misura prevista dalla legge 5 giugno 1967, n. 417, la cui spesa sarà a carico del Ministero della sanità.

Il Comitato ha sede presso il Ministero della sanità.

Art. 3

Il Comitato:

a) delibera le modalità con cui gli Enti mutualistici ed assicurativi dovranno provvedere al pagamento della quota di riduzione dei compensi fissi dovuta alla Cassa nazionale di conguaglio;

b) provvede all'erogazione, in favore delle Amministrazioni ospedaliere, delle somme destinate alla copertura degli stanziamenti dei bilanci degli Enti stessi, in conseguenza di adeguamenti del trattamento economico del personale medico adottati in conformità dei criteri stabiliti dal Ministro per la sanità, di concerto con i Ministri per l'interno, per il tesoro e per il lavoro e la previdenza sociale;

c) controlla le richieste e la documentazione in base alle quali devono effettuarsi, mensilmente, le rimesse di cui al precedente punto b) alle Amministrazioni ospedaliere;

d) delibera il rendiconto annuale di gestione della Cassa;

e) verifica, alla fine di ogni esercizio, ai fini della determinazione della quota di riduzione di cui all'articolo 1, secondo comma, l'entità dei versamenti effettuati o da effettuarsi da parte degli Enti mutualistici ed assicurativi, rispetto agli accreditamenti già disposti ovvero ancora da disporre in favore delle Amministrazioni ospedaliere;

f) delibera lo schema di convenzione di cui al successivo articolo 4.

Art. 4

Il servizio relativo al movimento delle riscossioni e dei pagamenti, in applicazione dei precedenti articoli, è espletato da un Istituto di credito di diritto pubblico, in base ad apposite convenzioni stipulate, in conformità dello schema-tipo deliberato dal Comitato, tra il Presidente dell'Istituto di credito — ovvero da persona da lui delegata — e dai Presidenti — o delegati — degli Enti mutualistici ed assicurativi interessati, ed omologate dal Ministro per la sanità.

Art. 5

La gestione della Cassa nazionale di conguaglio, ai fini del riscontro amministrativo-contabile della sua regolarità, è sottoposta ad un Comitato di vigilanza composto:

1) da un Consigliere della Corte dei conti con funzione di Presidente, designato dal Presidente della Corte stessa;

2) da un rappresentante del Ministero della sanità;

3) da un rappresentante del Ministero del tesoro;

4) da un rappresentante del Ministero dell'interno;

5) da un rappresentante del Ministero del lavoro e della previdenza sociale.

LEGISLATURA IV - 1963-67 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Il Comitato di vigilanza è nominato con decreto del Ministro per la sanità, di concerto con i Ministri per l'interno, per il tesoro e per il lavoro e la previdenza sociale, dura in carica tre anni e può essere riconfermato. Ai componenti il Comitato di vigilanza spetta un gettone di presenza nella misura prevista dalla legge 5 giugno 1967, n. 417.

Il Comitato, ove ne ravvisi la necessità, può delegare uno o più componenti per eseguire accertamenti sul riscontro della gestione della Cassa presso l'Istituto di credito di cui all'articolo precedente, presso gli Enti mutualistici ed assicurativi e presso le Amministrazioni ospedaliere.

Art. 6

All'onere derivante dall'applicazione della presente legge si farà fronte a carico dello stanziamento previsto dal capitolo 1063 dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per il periodo 1° novembre-31 dicembre 1967 e ai corrispondenti capitoli per gli esercizi successivi.

Art. 7

Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica e sarà presentato alle Camere per la sua conversione in legge.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti della Repubblica Italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma, addì 18 novembre 1967.

SARAGAT

MORO — MARIOTTI — TAVIANI
COLOMBO — BOSCO

Visto, *il Guardasigilli*: REALE.