RIDEFINIZIONE DEL SISTEMA DI PARTECIPAZIONE AL COSTO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E DEL REGIME DELLE ESENZIONI

Art. 3

Modalità di partecipazione al costo delle prestazioni

Le modalita' di partecipazione al costo da parte degli assistiti non esenti per le prestazioni di cui all'articolo 2, comma 1, si applicano a decorrere dall'introduzione del sistema di partecipazione e di esenzione correlato alla situazione economica del nucleo familiare, ai sensi dell'articolo 4, e comunque a partire dal 1 gennaio 2000. (2) Per i farmaci collocati nella classe di cui all'articolo 8, comma 10, lettera a), della legge 24 dicembre 1993, n. 537, e' dovuta una partecipazione al costo pari a 3.000 lire per ricetta, per prescrizione di una confezione, e pari a 6.000 lire per ricetta, per prescrizioni di piu' confezioni. Per i farmaci collocati nella classe di cui al citato articolo 8, comma 10, lettera b), e' dovuta una partecipazione al costo pari al 50% del prezzo di vendita al pubblico dagli assistiti parzialmente esentati e non esentati dalla partecipazione ai sensi del successivo articolo 4. I farmaci collocati nella classe di cui al citato articolo 8, comma 10, lettera c), sono a totale carico dell'assistito. E' abrogato l'articolo 1, comma 42, della legge 23 dicembre 1996, n. 662. (2) Per le singole prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e per le altre prestazioni specialistiche erogate in regime ambulatoriale e' dovuta una partecipazione al costo pari all'85% della corrispondente tariffa determinata dalla regione di appartenenza del soggetto erogatore, fino ad un importo massimo di spesa di 100.000 lire per singola ricetta, fermo restando quanto previsto dall'articolo 1, comma 3, della legge 25 gennaio 1990, n. 8, e successive modificazioni. Per gli assistiti che hanno diritto all'esenzione parziale ai sensi dell'articolo 4, comma 5, e' dovuta una partecipazione al costo pari al 70% della corrispondente tariffa fino ad un importo massimo di spesa per singola ricetta pari a 60.000 lire. Le regioni ridefiniscono il valore del limite massimo di spesa per le ricette contenenti accorpamenti per profilo di trattamento di due o piu' prestazioni eventualmente definiti a livello regionale e provinciale ai sensi dell'articolo 1, comma 2, del decreto del Ministro della sanita' del 22 luglio 1996, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 216 del 14 settembre 1996. Al fine di procedere al graduale superamento dei limiti di prescrivibilita' per ricetta di cui alla legge 25 gennaio 1990, n. 8, e successive modificazioni, di razionalizzare la spesa a carico del Servizio sanitario nazionale, di semplificare l'accesso alle prestazioni da parte degli assistiti, nonche' di ridurre la spesa a loro carico e di promuovere l'utilizzo dei percorsi diagnostici e terapeutici, il Ministro della sanita' con proprio decreto, ai sensi dell'articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449,

individua i criteri per la sperimentazione di forme agevolate di erogazione di pacchetti di prestazioni predefiniti a fronte di determinate condizioni cliniche, identificati sulla base dei percorsi, consentendo la prescrivibilita' in un'unica ricetta di prestazioni afferenti a branche specialistiche diverse e prevedendo la ridefinizione in aumento del valore del limite massimo di spesa per ricetta. (2) Per ciascun episodio di ricovero diurno finalizzato ad accertamenti diagnostici, e quindi con l'esclusione di quelli individuati nell'allegato 1, e' dovuta una partecipazione forfetaria pari a 150.000 lire; per gli assistiti che hanno diritto all'esenzione parziale ai sensi dell'articolo 4, comma 5, tale partecipazione e' pari a 75.000 lire. (2) Per le prestazioni di assistenza termale e' dovuta una partecipazione al costo pari al 75% della corrispondente tariffa determinata dalla regione di appartenenza del soggetto erogatore, fino ad un massimo di spesa di 200.000 lire per prescrizione; per gli assistiti che hanno diritto all'esenzione parziale ai sensi dell'articolo 4, comma 5, il limite massimo di spesa per prescrizione e' pari a 100.000 lire. (2) Per le prestazioni di assistenza riabilitativa extraospedaliera erogate in regime semiresidenziale e residenziale, e' dovuta una partecipazione forfetaria, differenziata in base al costo delle diverse modalita' di erogazione, fissata dalle regioni, fino ad un massimo di spesa di 80.000 lire a settimana. Per gli assistiti che hanno diritto all'esenzione parziale ai sensi dell'articolo 4, comma 5, tale limite massimo di spesa e' pari a 40.000 lire. La partecipazione non puo' comunque essere inferiore a 20.000 lire a settimana. Per le prestazioni di assistenza riabilitativa extraospedaliera semiresidenziale e residenziale conseguenti ad episodi di ricovero in ospedale per acuti erogate in favore di soggetti direttamente inviati da ospedali per acuti la partecipazione e' dovuta a decorrere dal sessantesimo giorno di assistenza. Per le prestazioni di assistenza riabilitativa extraospedaliera erogate in regime domiciliare e ambulatoriale e' dovuta una partecipazione forfetaria, fissata dalle regioni fino ad un massimo di spesa di 20.000 lire per giornata; per gli assistiti che hanno diritto all'esenzione parziale ai sensi dell'articolo 4, comma 5, tale limite massimo di spesa e' pari a 10.000 lire. La partecipazione non puo' comunque essere inferiore a 6.000 lire per giornata. Il valore massimo della partecipazione alla spesa mensile non puo' essere superiore a 100.000 lire e, per gli assistiti che hanno diritto all'esenzione parziale ai sensi dell'articolo 4, comma 5, a lire 60.000. (2) Per le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso non seguite da ricovero, effettuabili in regime ambulatoriale senza pregiudizio del paziente e per le quali non si riscontra carattere di emergenza o urgenza le regioni possono fissare una partecipazione al costo in relazione alle prestazioni erogate, fino ad un importo massimo di 100.000 lire per accesso. Per gli assistiti che hanno diritto all'esenzione parziale ai sensi dell'articolo 4, comma 5, tale limite massimo di spesa e' pari a 60.000 lire. (2) La partecipazione al costo da parte degli assistiti non esenti, per le prestazioni di cui al comma 3, non puo' comunque essere inferiore a 6.000 lire per ricetta; gli importi dovuti per ricetta si arrotondano, per eccesso o per difetto, alle 500 lire. (2) Gli assistiti totalmente esenti dalla partecipazione al costo delle prestazioni, ai sensi degli articoli 4 e 5, sono tenuti comunque al pagamento di una quota fissa per ricetta pari a 3.000 lire per la prescrizione di una confezione di farmaci e di 6.000 lire per le prescrizioni di piu' confezioni di farmaci.

Dalla data di entrata in vigore dei regolamenti di cui all'articolo 5, il limite massimo di prescrivibilita' di sei pezzi, di cui al secondo periodo del comma 1 dell'articolo 9 della legge 23 dicembre 1994, n. 724, si applica ai farmaci destinati al trattamento delle patologie indicate negli stessi regolamenti. La quota fissa per ricetta non e' dovuta per le prescrizioni relative alle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e per le altre prestazioni specialistiche erogate in regime ambulatoriale di cui al comma 3. Per le prescrizioni relative alle restanti tipologie di prestazioni di cui ai commi 4, 5, 6 e 7 la quota fissa dovuta dagli assistiti totalmente esenti e' pari a 6.000 lire. (2) Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, le regioni disciplinano i criteri secondo i quali i direttori generali delle aziende unita' sanitarie locali ed ospedaliere determinano, entro trenta giorni dall'efficacia della disciplina regionale, il tempo massimo che puo' intercorrere tra la data della richiesta delle prestazioni di cui ai commi 3 e 4 e l'erogazione della stessa. Di tale termine e' data comunicazione all'assistito al momento della presentazione della domanda della prestazione, nonche' idonea pubblicita' a cura delle aziende unita' sanitarie locali ed ospedaliere. In caso di mancata definizione da parte delle regioni dei criteri e delle modalita' di cui al comma 10, il Ministro della sanita' vi provvede, previa diffida, tenendo conto dell'interesse degli utenti, della realta' organizzativa delle aziende unita' sanitarie locali ed ospedaliere della regione, della media dei tempi fissati dalle regioni adempienti. I direttori generali provvedono a determinare il tempo massimo di cui al comma 10 entro trenta giorni dall'efficacia del provvedimento ministeriale. Le determinazioni del Ministro cessano di avere effetto al momento dell'esercizio dei poteri regionali di cui al comma 10. Le regioni disciplinano, anche mediante l'adozione di appositi programmi, il rispetto della tempestivita' dell'erogazione delle predette prestazioni, con l'osservanza dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) assicurare all'assistito la effettiva possibilita' di vedersi garantita l'erogazione delle prestazioni nell'ambito delle strutture pubbliche attraverso interventi di razionalizzazione della domanda, nonche' interventi tesi ad aumentare i tempi di effettivo utilizzo delle apparecchiature e delle strutture, ad incrementare la capacita' di offerta delle aziende eventualmente attraverso il ricorso all'attivita' liberoprofessionale intramuraria, ovvero a forme di remunerazione legate al risultato, anche ad integrazione di quanto gia' previsto dai vigenti accordi nazionali di lavoro, nonche' a garantire l'effettiva corresponsabilizzazione di sanitari dipendenti e convenzionati;

b) prevedere, anche sulla scorta dei risultati dell'attivita' di vigilanza e controllo di cui all'articolo 32, comma 9, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, idonee misure da adottarsi nei confronti del direttore generale dell'azienda unita' sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera in caso di reiterato mancato rispetto dei termini individuati per l'erogazione delle prestazioni ai sensi del comma 10;

c) imputare gli eventuali maggiori oneri derivanti dal ricorso all'erogazione delle prestazioni in regime di attivita' liberoprofessionale intramuraria alle risorse di cui all'articolo 13 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive

modificazioni ed integrazioni, con conseguente esclusione di ogni intervento finanziario a carico dello Stato;

d) prevedere correzioni al regime di partecipazione al costo come definito nei commi 3 e 4 secondo i criteri desumibili dal comma 13. Fino all'entrata in vigore delle discipline regionali di cui al comma 12, qualora l'attesa della prestazione richiesta si prolunghi oltre il termine fissato dal direttore generale ai sensi dei commi 10 e 11, l'assistito puo' chiedere che la prestazione venga resa nell'ambito dell'attivita' liberoprofessionale intramuraria, ponendo a carico dell'azienda unita' sanitaria locale di appartenenza e dell'azienda unita' sanitaria locale nel cui ambito e' richiesta la prestazione, in misura eguale, la differenza tra la somma versata a titolo di partecipazione al costo della prestazione e l'effettivo costo di quest'ultima, sulla scorta delle tariffe vigenti. Nel caso l'assistito sia esente dalla predetta partecipazione l'azienda unita' sanitaria locale di appartenenza e l'azienda unita' sanitaria locale nel cui ambito e' richiesta la prestazione corrispondono, in misura eguale, l'intero costo della prestazione. Agli eventuali maggiori oneri derivanti dal ricorso all'erogazione delle prestazioni in regime di attivita' liberoprofessionale intramuraria si fa fronte con le risorse di cui all'articolo 13 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, con conseguente esclusione di ogni intervento finanziario a carico dello Stato. Il direttore generale dell'azienda sanitaria vigila sul rispetto delle disposizioni adottate in attuazione del comma 12 e di quelle del comma 13, anche al fine dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilita' contabile nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione nei confronti dell'assistito. L'utente che non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilita' di fruire della prestazione prenotata e' tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione.

Versione in vigore dal 1 gennaio 2001, non più in vigore dal 18 novembre 2001 · versione 3

RIFERIMENTI NORMATIVI

Atto	Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni
Estremi	Decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124
Pubblicazione	Gazzetta Ufficiale del 30 aprile 1998

NOTE DI AGGIORNAMENTO

(2) La L. 23 dicembre 2000, n. 388 ha disposto (con l'art. 84, comma 2, lettera c)) che "In vista della progressiva eliminazione della partecipazione degli assistiti al costo delle prestazioni sanitarie erogate dal Servizio sanitario nazionale, e' sospesa l'efficacia" del presente dell'articolo 3, comma 1, comma 2, ad eccezione dell'ultimo periodo; comma 3, primo e secondo periodo; commi 4, 5, 6, 7 e 8; comma 9, primo periodo".

Fonte del testo: dati aperti ufficiali, licenza CC BY 4.0
Fonti e licenze su iuspedia.it/fonti-e-metodologia. Il testo non ha carattere di ufficialità: fa fede quello pubblicato nella Gazzetta Ufficiale.

Documento generato da Iuspedia.it il 27 novembre 2026
https://www.iuspedia.it/decreto-legislativo-124-1998/art-3-modalita-di-partecipazione-al-costo-delle-prestazioni/versione/3

Inquadra il QR code per aprire la pagina su Iuspedia.it