

3. LA SPESA SANITARIA

La spesa volta a garantire al cittadino l'assistenza sanitaria si suddivide in spesa pubblica e privata; la prima risulta di più facile rilevazione rispetto alla seconda in quanto si dispone dei bilanci delle aziende sanitarie e dell'Amministrazione provinciale. La spesa privata risulta invece di difficile rilevazione a causa della scarsità delle fonti informative.

Dall'analisi macroeconomica della spesa, mediante il confronto delle due componenti, pubblica e privata, si deduce che le famiglie italiane negli ultimi anni hanno destinato risorse sempre crescenti per i consumi sanitari. Si suppone quindi un rapporto di complementarità piuttosto che di sostituzione della spesa privata rispetto a quella pubblica. Le analisi che seguono sono dedicate alla sola spesa sanitaria pubblica.

La seconda grande distinzione è quella fra spesa corrente e spesa per investimenti. Per spesa corrente si intende la spesa sostenuta per la copertura dei costi di gestione, come ad esempio quelli relativi al personale e all'acquisto di beni e servizi. La spesa in conto capitale o per investimenti è invece quella diretta all'acquisto, alla costruzione e alla ristrutturazione di beni durevoli.

I paragrafi successivi sono dedicati alle due parti fondamentali costituenti la spesa sanitaria pubblica, quella corrente (paragrafo 3.3) e quella in conto capitale (paragrafo 3.4).

La lettura dell'analisi della spesa sanitaria pubblica complessiva (paragrafo 3.2) deve essere preceduta dalla lettura del paragrafo 3.1 relativo all'introduzione della contabilità economico-patrimoniale nelle aziende sanitarie della Provincia Autonoma di Bolzano, decretata con legge provinciale n. 14 del 5 novembre 2001. Questo paragrafo focalizza l'attenzione sul nuovo strumento di monitoraggio della spesa la cui introduzione ha richiesto un lungo lavoro di riconciliazione ed una attenta valutazione circa l'omogeneità e la confrontabilità dei dati storici con gli attuali valori. La nuova contabilità detta anche un cambiamento di terminologia e introduce concetti nuovi come quello di costo e di ricavo. Nei paragrafi successivi si parla in termini di "costo" quando oggetto di analisi sono i bilanci delle aziende sanitarie, mentre si parla in termini

**Spesa pubblica e
spesa privata**

**Spesa sanitaria
corrente ed in conto
capitale**

**Contabilità finanziaria e
contabilità economico-
patrimoniale**

di "spesa" quando oggetto di analisi è il bilancio della Provincia. Anche quando si analizza l'aggregazione tra la spesa sostenuta dalla Provincia e i costi sostenuti dalle aziende si parla più genericamente in termini di "spesa".

**Costi sostenuti dalle
Aziende sanitarie e
modello di
aggregazione**

Il documento di riferimento per i dati di costo delle aziende sanitarie considerato in questo capitolo è il bilancio preconsuntivo, per l'esercizio 2003, presentato dalle singole aziende sanitarie, fatta eccezione per l'Azienda Sanitaria di Merano di cui si dispone solo del bilancio preventivo. I dati sono stati aggregati secondo la logica utilizzata dal Ministero della Salute che ripercorre la metodologia di aggregazione del modello CE ministeriale. Tale modello (approvato con decreto ministeriale del 16 febbraio 2001) scaturisce dall'aggregazione delle voci del Piano dei Conti delle aziende sanitarie secondo una logica parzialmente diversa rispetto al conto economico (documento del bilancio d'esercizio ai sensi della Legge provinciale 14/2001). Il CE ministeriale evidenzia maggiormente la distinzione tra l'acquisto di beni e l'acquisto di servizi a sua volta suddivisi in servizi per la medicina di base, per la farmaceutica e per le varie tipologie di assistenza che l'azienda sanitaria eroga al cittadino. Per consentire una ricostruzione storica dei costi delle aziende sanitarie e permettere quindi il confronto tra la spesa monitorata con la contabilità finanziaria (fino all'anno 2001) e i costi che risultano dalla contabilità economico-patrimoniale (a partire dall'anno 2002) è stato elaborato un modello di riconciliazione. Dal costo complessivo risultante dal modello di aggregazione elaborato secondo la logica di cui sopra sono state depurate quelle voci di costo non contemplate in contabilità finanziaria, quali gli ammortamenti, gli accantonamenti, la mobilità passiva e le rimanenze. I costi per l'assistenza aggiuntiva sono stati anch'essi scorporati dal totale dei costi delle aziende sanitarie e imputati alla spesa corrente della Provincia, come avveniva in contabilità finanziaria.

**Investimenti
delle Aziende
sanitarie**

Gli investimenti per le aziende sanitarie sono stati calcolati sulla base delle assegnazioni effettuate alle aziende mediante deliberazioni della Giunta Provinciale. Le assegnazioni corrispondono quindi alla somma dei contributi provinciali a carico del bilancio provinciale 2003 impegnati e trasferiti alle aziende sanitarie,

tralasciando le quote relative ai residui perenti perché non di competenza dell'esercizio.

Spesa corrente della Provincia Il documento di riferimento per i dati della spesa corrente direttamente sostenuta dalla Provincia è il modello CE ministeriale del IV trimestre 2003. Il modello è stato rivisto nell'ottica di considerare anche la quota della spesa aggiuntiva scorporata dai costi di esercizio delle aziende sanitarie e di depurare il dato così ottenuto da quote di costo già imputate alle aziende sanitarie per evitare duplicazioni di spesa. Quindi la spesa corrente della Provincia comprende sia l'assistenza che ricade all'interno dei livelli essenziali di assistenza (LEA) definiti a livello nazionale (DPCM 22/11/2001), che quella oltre i LEA nazionali, includendovi inoltre le quote relative ai capitoli Socio Sanitari, che, nella nuova struttura del bilancio provinciale, rientrano fra la "macrofunzione" della sanità. Gli importi presi come riferimento sono quelli relativi agli impegni.

La spesa per investimenti della Provincia è data dagli impegni sui capitoli del bilancio provinciale direttamente gestiti dalla Provincia volti al finanziamento delle spese in conto capitale.

Per consentire i confronti temporali sono stati applicati ai valori nominali di spesa dei vari anni, i coefficienti di conversione da lire correnti espresse in euro a lire costanti espresse in euro riferite al 2003. Si parla di lire correnti rispettivamente di lire costanti espresse in euro in quanto i dati proposti dal 1992 al 2001 inizialmente espressi in lire sono stati convertiti in euro. Tali coefficienti, sintetizzati in Tabella 1, considerati i differenti andamenti del tasso di inflazione provinciale e nazionale, sono stati calcolati rispettivamente per i due ambiti territoriali e si basano sulla media degli indici ASTAT/ISTAT di variazione del costo della vita per le famiglie di operai ed impiegati.

Spesa in conto capitale della Provincia

Coefficienti di conversione delle lire correnti in lire costanti espresse in euro 2003

Tabella 1: Coefficienti di conversione delle lire correnti espresse in euro in lire costanti espresse in Euro 2003: Provincia (Comune di Bolzano), Italia e media tra coefficienti Italia e coefficienti del Comune di Bolzano

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Provincia	1,495	1,412	1,343	1,251	1,186	1,148	1,124	1,105	1,082	1,056	1,025	1,000
Italia	1,378	1,323	1,273	1,208	1,163	1,143	1,123	1,105	1,078	1,050	1,025	1,000
Media	1,437	1,367	1,308	1,230	1,174	1,145	1,123	1,105	1,080	1,053	1,025	1,000

Fonte: ASTAT / ISTAT

I coefficienti di conversione relativi alla "Provincia" sono stati utilizzati per i grafici delle figure 1, 8, 9, 11, 13, 15, 17, 20; i coefficienti

“nazionali” sono stati utilizzati per la parte relativa ai dati nazionali dei grafici delle figure: 9, 12, 14, 16, 18.

I dati nazionali relativi alla spesa sanitaria ed al prodotto interno lordo, utilizzati ai fini dei confronti della realtà provinciale rispetto alla situazione nazionale, sono desunti dalla pubblicazione IRIS 1996, per il periodo 1990-95; i dati relativi alla spesa sanitaria corrente riferita al territorio nazionale per gli anni 1996-99 sono stati tratti dalla “Relazione generale sulla situazione economica del paese -1999”; i dati nazionali per gli anni successivi sono stati forniti dal Ministero della Salute.

Il rapporto tra la spesa sanitaria nazionale e il PIL a prezzi di mercato, è stato ricostruito, dal 1999 al 2003, in base alle valutazioni riportate nella “Relazione generale sulla situazione economica del Paese 2003”.

Infine i dati riferiti al prodotto interno lordo della provincia per gli anni 1992-2003 sono stati forniti dall’ASTAT/ISTAT che ha aggiornato la serie storica dei dati per il periodo dal 2000 al 2002 e ha fornito la stima del PIL provinciale a prezzi correnti per il 2003.

3.1. Il cambiamento del sistema contabile: dalla contabilità finanziaria alla contabilità economico-patrimoniale

**Natura “aziendale”
delle aziende sanitarie**

Il decreto legislativo 502/92 ha apportato un cambiamento radicale nella natura degli attori del sistema sanitario pubblico; infatti, ha attribuito la “natura aziendale” ed una personalità giuridica alle Aziende sanitarie. L’ente sanitario si evolve quindi – così come si evince dall’articolo 5 del sopraccitato decreto - in una “azienda dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, gestionale e tecnica...”. Naturalmente la “natura aziendale” è da intendersi in senso lato, non perseguendo l’azienda sanitaria scopo di lucro: il concetto di “aziendalizzazione” è da intendersi quindi come responsabilizzazione, vale a dire: chiara definizione dei servizi dell’azienda sanitaria rispetto agli obiettivi di salute e ai consumi delle risorse assegnate.

L’evoluzione verso “l’Azienda” sanitaria non poteva prescindere dalla necessità di fornire alle aziende nuovi mezzi di monitoraggio della spesa. Si rende quindi necessario l’abbandono progressivo

della contabilità finanziaria a favore della contabilità economico-patrimoniale.

Anche le aziende sanitarie della Provincia Autonoma di Bolzano hanno adottato a partire dal 1° gennaio 2002 la contabilità generale, ai sensi della legge provinciale del 05.11.2001, n. 14 che detta norme in materia di programmazione, contabilità e controllo di gestione nel servizio sanitario provinciale. La nuova legge richiama il concetto di aziendalizzazione nel significato sopra descritto: in particolare dall'articolo 4 si evince che il direttore generale é responsabile del programma operativo annuale e budget dell'azienda.

Documenti del bilancio d'esercizio

La nuova legge descrive inoltre i nuovi strumenti di programmazione e i nuovi documenti contabili. Per il passaggio alla nuova contabilità si é resa necessaria una fase sperimentale conclusasi a fine 2001 che ha coinvolto le aziende sanitarie da un lato e la Provincia dall'altro: così come ribadito dal Piano Sanitario Provinciale 2000-2002 l'Amministrazione provinciale ha infatti un ruolo di coordinamento e di controllo che si concretizza nella stesura di atti di indirizzo, di direttive e di linee guida per la predisposizione dei documenti contabili da parte delle aziende, nonché esame e consolidamento dei loro bilanci.

La nuova contabilità poggia sulla redazione del bilancio di esercizio, che si compone di Stato patrimoniale, Conto economico e Nota integrativa. Lo Stato patrimoniale evidenzia le voci dell'attivo e del passivo del patrimonio, come le immobilizzazioni, i crediti e i debiti dell'azienda. Il Conto economico rileva costi e ricavi di competenza dell'esercizio e permette la determinazione del risultato economico. La Nota integrativa infine ha carattere descrittivo e indica ad esempio quali sono stati i criteri di rilevazione e di valorizzazione delle voci di bilancio.

Il passaggio alla contabilità generale nelle aziende sanitarie richiede necessariamente di svincolarsi dalla logica della contabilità finanziaria: cambia la terminologia, il criterio di imputazione delle voci, cambiano gli strumenti di rilevazione e il sistema di monitoraggio della pubblica amministrazione sui conti delle aziende. E' un passaggio critico ma necessario, non solo ai fini di una maggiore responsabilizzazione di coloro che sono preposti alla gestione delle risorse, ma anche per il recepimento del decreto

legislativo 502/92 così come è accaduto per altre regioni che permette un confronto con le aziende sanitarie del resto d'Italia. Nel prospetto seguente sono descritte le principali caratteristiche dei due sistemi contabili.

**Confronto tra i
due sistemi
contabili**

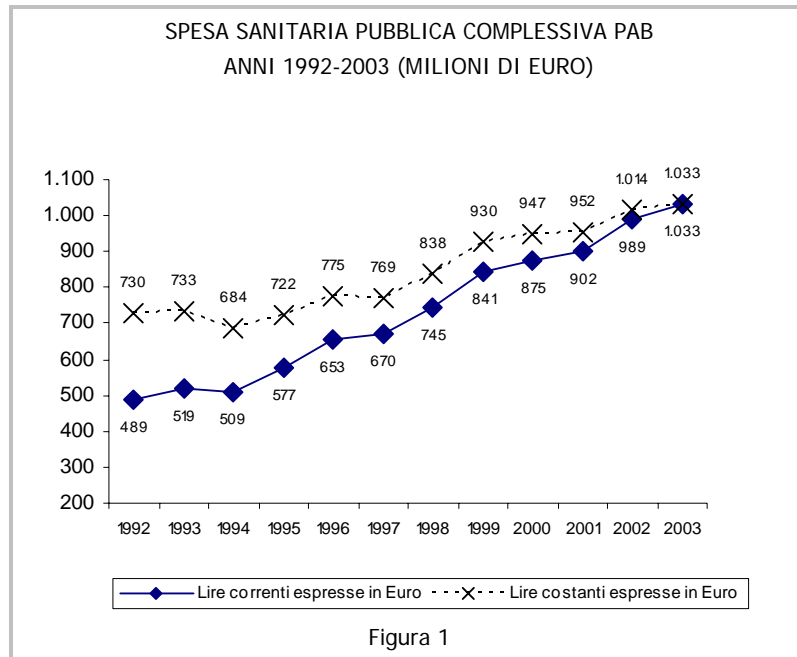
CONTABILITÀ FINANZIARIA	CONTABILITÀ ECONOMICO-PATRIMONIALE
È il sistema contabile tipico della Pubblica Amministrazione	È il sistema contabile tipico delle aziende private.
Scopo è il controllo dell'equilibrio finanziario	Scopo è rilevare l'aspetto finanziario ed in particolare l'aspetto economico della gestione.
Oggetto di rilevazione sono i flussi finanziari	Oggetto di rilevazione sono le voci patrimoniali (attive e passive) e le voci di reddito (costi e ricavi).
La tecnica di rilevazione è la partita semplice	La tecnica di rilevazione è la partita doppia.
È basato essenzialmente su rilevazioni di tipo finanziario, riguardanti soltanto le entrate e le spese di un determinato periodo (esercizio finanziario)	È basato sul principio di competenza, secondo cui diventa rilevante il momento in cui è sorto il ricavo o il costo a prescindere dal momento di incasso o di pagamento.
È tesa ad assicurare la regolarità e la legalità dell'effettuazione delle spese autorizzate attraverso la rigida osservanza delle procedure formali di erogazione.	La contabilità è tenuta nel rispetto del principio di verità, di prudenza, di costanza, di continuità.
Risultanza della contabilità finanziaria è il conseguimento di un avanzo rispettivamente disavanzo di amministrazione che si limita ad esprimere il risultato della sola gestione finanziaria.	Risultanza della contabilità economico-patrimoniale è il conseguimento di un utile rispettivamente di una perdita d'esercizio quale risultato della somma algebrica dei costi e dei ricavi sostenuti nell'esercizio

3.2. La spesa sanitaria pubblica complessiva

Spesa sanitaria provinciale pubblica complessiva Per spesa sanitaria pubblica complessiva è da intendersi la somma delle spese sostenute direttamente dalla Provincia per il Servizio Sanitario Provinciale (espresse in termini di impegni effettuati sia per la parte corrente sia per quella in conto capitale) a cui vanno ad aggiungersi i costi di esercizio, nonché gli investimenti sostenuti dalle aziende sanitarie. Si ribadisce che per il calcolo dei costi sostenuti dalle aziende si è proceduto come segue: dal costo complessivo risultante dal modello di aggregazione elaborato secondo la logica ministeriale sono state depurate quelle voci di costo non contemplate in contabilità finanziaria, quali gli ammortamenti, gli accantonamenti, la mobilità passiva e le rimanenze. I costi per l'assistenza aggiuntiva sono stati anch'essi incorporati dal totale dei costi delle aziende sanitarie e imputati alla spesa corrente della Provincia, come avveniva in contabilità finanziaria.

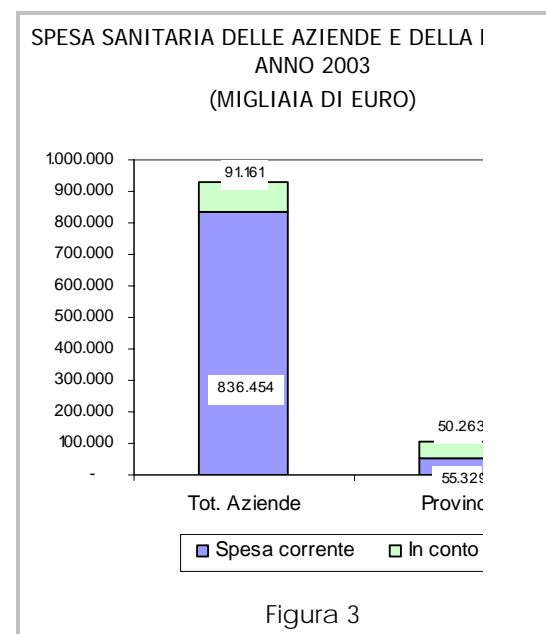
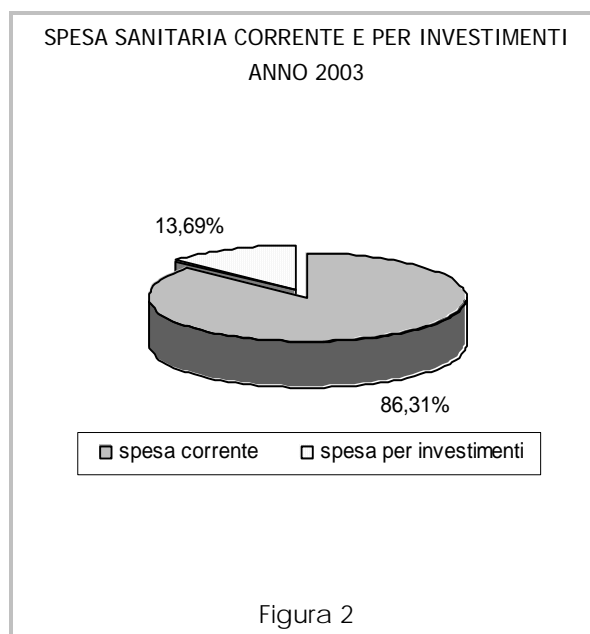
La spesa sanitaria pubblica complessiva rilevata per l'anno 2003 ammonta complessivamente a 1.033,208 milioni di euro pari a 2.189,86 euro pro-capite, con un incremento in termini nominali di circa il 3,4% rispetto al 2002 (spesa pro-capite di euro 2.118,19 circa).

In Figura 1 è rappresentato l'andamento della spesa sanitaria pubblica provinciale degli ultimi 11 anni.



Dalla distribuzione della spesa sanitaria complessiva secondo le componenti, spesa corrente e spesa per investimenti, rappresentata in Figura 2, emerge che l'incidenza della spesa corrente sulla spesa complessiva nel 2003, è pari al 86,3% (89,7% nel 2002); il rimanente 13,7% riguarda la spesa per investimenti in beni immobili, beni mobili ed attrezzature biomediche.

Spesa corrente e spesa per investimenti



I dati relativi alla spesa corrente in valore assoluto riportati nella Tabella 2 contengono anche i costi sostenuti dalle aziende sanitarie per i servizi interaziendali e per la fornitura di prestazioni ai cittadini non residenti (mobilità attiva). Essendo il valore pro-capite il rapporto tra i dati di spesa e la popolazione per azienda, il risultato ne risente di conseguenza.

Composizione della spesa sanitaria per Azienda sanitaria e Provincia: valori assoluti e pro-capite. Anno 2003

Azienda	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Tot. aziende	Provincia	Totale
Valori in migliaia di euro							
Spesa corrente	419.292	191.982	118.344	106.836	836.454	55.329	891.784
In conto capitale	24.705	4.193	28.237	34.026	91.161	50.263	141.424
Totale	443.997	196.176	146.581	140.862	927.615	105.592	1.033.208
Valori pro-capite (in euro)							
Spesa corrente	1.999,37	1.556,34	1.761,68	1.492,72	1.772,84	117,27	1.890,11
In conto capitale	117,80	33,99	420,33	475,41	193,21	106,53	299,74
Totale	2.117,18	1.590,33	2.182,01	1.968,14	1.966,06	223,80	2.189,86

Fonte: Rip. Sanità – Ufficio economia sanitaria

ANITARIA CORRENTE PER INVESTIMENTI
LE AZIENDE SANITARIE – ANNO 2003

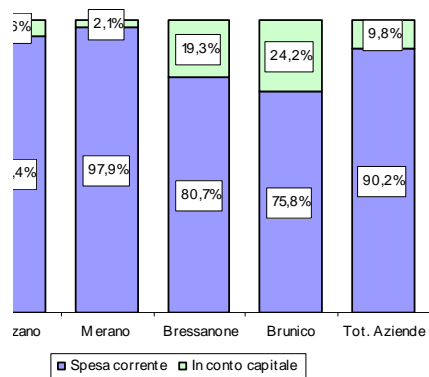


Figura 4

SPESA SANITARIA PROCAPITE PER AZIENDA
SANITARIA – ANNO 2003 (IN EURO)

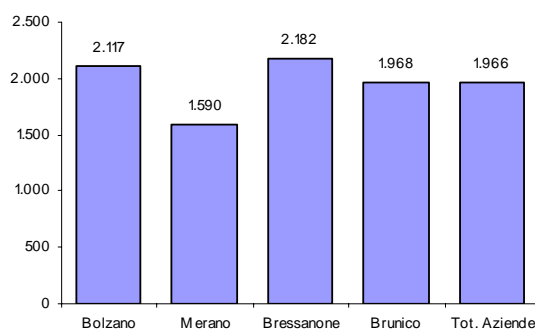


Figura 5

Spesa sanitaria per azienda

A livello locale, la distribuzione percentuale della spesa complessiva sostenuta dalle aziende sanitarie rispetto alle due componenti, corrente e in conto capitale, assume configurazioni differenti nelle singole aziende, con valori percentuali della componente di spesa corrente massimi e minimi rispettivamente per l'Azienda Sanitaria di Merano (97,9%) e per l'Azienda Sanitaria di Brunico (75,8%) (Figura 4).

Spesa sanitaria pro-capite

In termini pro-capite (Figura 5), la spesa sanitaria complessiva sostenuta dalle aziende sanitarie è di 1.966,06 euro, con valori massimi raggiunti nell'Azienda Sanitaria di Bressanone (2.182,01 euro), e valori minimi assunti dalla Azienda di Merano (1.590,33 euro).

3.3. La spesa sanitaria corrente

La spesa sanitaria corrente rappresenta l'86,31% della spesa complessiva sostenuta dalle aziende sanitarie e dalla Provincia, quantificabile nel 2003 in circa 891,784 milioni di euro, corrispondente a circa 1.890,11 euro pro-capite.

**Spesa sanitaria
corrente della
Provincia e costi
sostenuti dalle
Aziende**

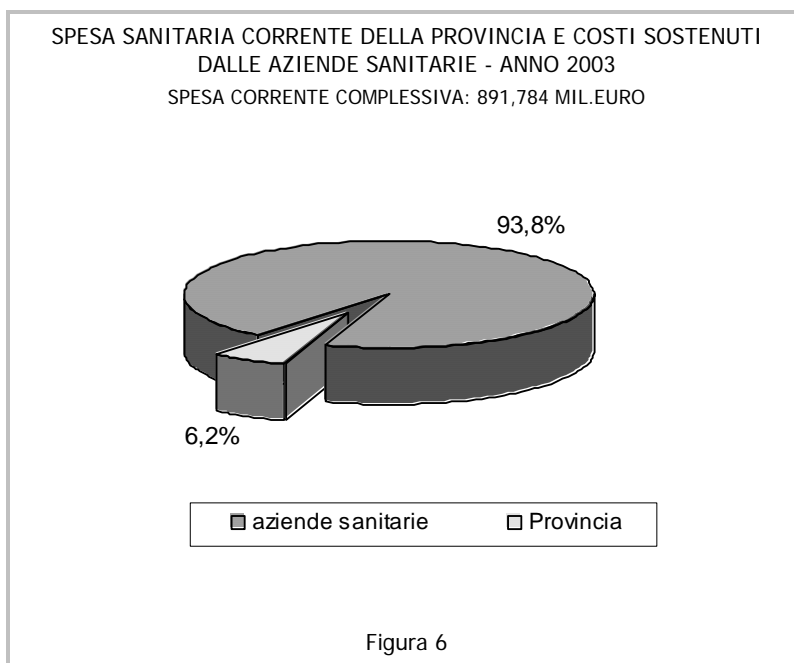
La spesa sanitaria corrente è composta dalla spesa corrente standard e dalla spesa corrente aggiuntiva. Per spesa corrente standard si intende la spesa sostenuta per garantire i livelli essenziali di assistenza, uniformi su tutto il territorio nazionale, ai cittadini residenti e agli aventi diritto. Nella Provincia di Bolzano viene garantito inoltre un livello di assistenza sanitaria che supera lo standard nazionale il cui costo viene principalmente imputato alla spesa corrente. Tale costo riguarda l'erogazione di prestazioni aggiuntive previste da apposite leggi provinciali, riguardanti per esempio l'assistenza odontoiatrica (L.P. 16/88), l'ospedalizzazione a domicilio (L.P. 33/88), la fornitura straordinaria di protesi non previste nel nomenclatore tariffario (L.P. 2/86).

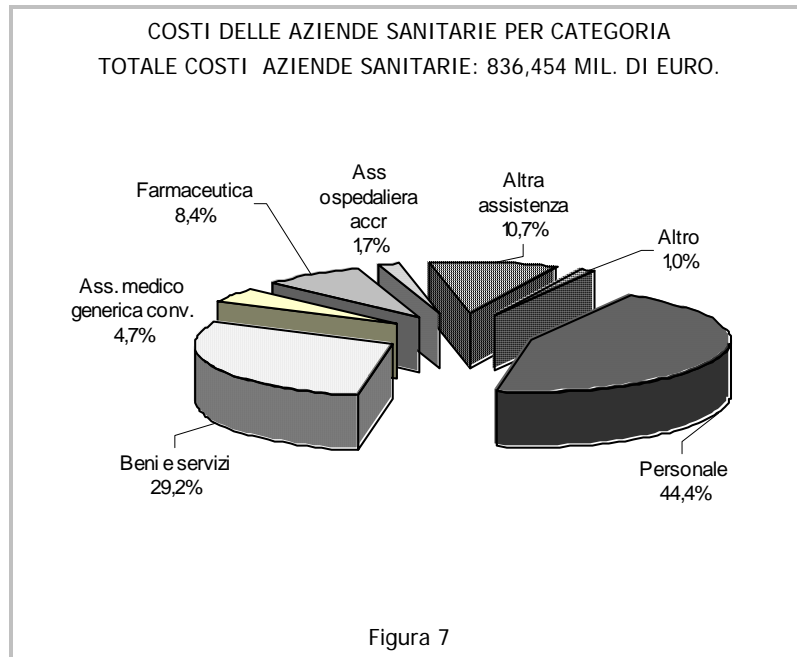
Si ribadisce che per il calcolo dei costi sostenuti dalle aziende si è proceduto come segue: dal costo complessivo risultante dal modello di aggregazione elaborato secondo la logica ministeriale sono state depurate quelle voci di costo non contemplate in contabilità finanziaria, quali gli ammortamenti, gli accantonamenti, la mobilità passiva e le rimanenze. I costi per l'assistenza aggiuntiva sono stati anch'essi scorporati dal totale dei costi delle Aziende sanitarie e imputati alla spesa corrente della Provincia, come avveniva in contabilità finanziaria.

Come si può vedere dalla Figura 6 i costi sostenuti dalle aziende sanitarie sono pari al 93,8% della spesa corrente complessiva e la spesa corrente della Provincia incide quindi per il 6,2% sul totale.

**Costi sostenuti
dalle aziende
sanitarie**

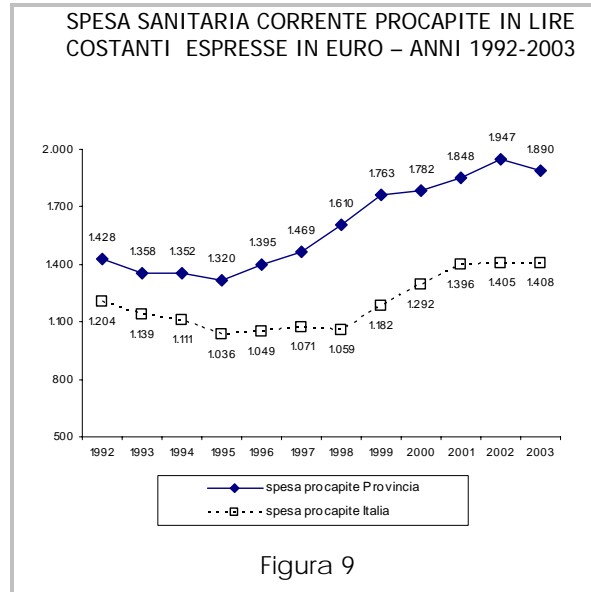
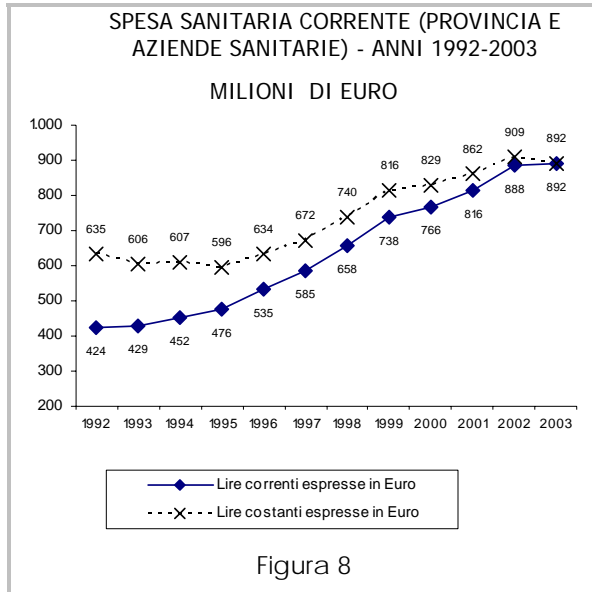
In valore assoluto infatti degli 891,784 milioni di euro 836,454 milioni sono costi sostenuti dalle Aziende sanitarie (secondo la logica di aggregazione dei costi esposta nella premessa del presente capitolo), e sono in gran parte destinati al personale, al consumo di beni e servizi, all'assistenza di base e ad altre forme di assistenza sanitaria in convenzione. Nella Figura 7 viene presentata la suddivisione dei costi sostenuti dalle aziende sanitarie per le principali categorie.





**Spesa sanitaria
corrente della
Provincia**

La spesa sanitaria corrente sostenuta dalla Provincia ammonta per il 2003 a 55,329 milioni di euro. Essa comprende i contributi per l'attività di formazione del personale sanitario, le spese per il conseguimento degli obiettivi del Piano sanitario provinciale ed i rimborsi per le varie forme di assistenza aggiuntiva, tra cui l'ospedalizzazione a domicilio e l'assistenza odontoiatrica. La spesa corrente a carico della Provincia risulta nel 2003 ridimensionata, in quanto il servizio di trasporto in ambulanza, l'elisoccorso, l'assistenza erogata in Austria e l'assistenza indiretta sono stati trasferiti alle Aziende sanitarie ai sensi dell'art. 76 della legge provinciale n.7/2001.



L'andamento temporale della spesa sanitaria corrente sostenuta dall'amministrazione provinciale a cui vanno ad aggiungersi i costi delle aziende sanitarie nell'ultimo decennio ripercorre essenzialmente il trend osservato in precedenza per la spesa sanitaria complessiva, essendo quest'ultima composta per circa l'86,3% da spesa sanitaria corrente.

Di grande interesse è anche l'andamento della spesa sanitaria corrente pro-capite registrato dal 1992 al 2003. Come si può notare dalla Figura 9 la spesa pro-capite provinciale è più alta di quella nazionale; infatti, come già precedentemente ricordato, il Servizio Sanitario Provinciale eroga delle prestazioni che rientrano in livelli assistenziali oltre allo standard nazionale.

La spesa sanitaria pro-capite altoatesina risulta essere più elevata rispetto a quella nazionale, con differenze che nel corso degli ultimi anni sono andate aumentando, con valori che si attestano attorno al 49,2% nel 1999 e pari a circa il 37,9% nel 2000. Esaminando in particolare l'anno 2003 si nota che il divario tra spesa pro-capite provinciale e nazionale è pari al 34,3%. Se tuttavia il dato provinciale viene decurtato della spesa aggiuntiva si evince che lo scostamento si riduce al 28,8%.

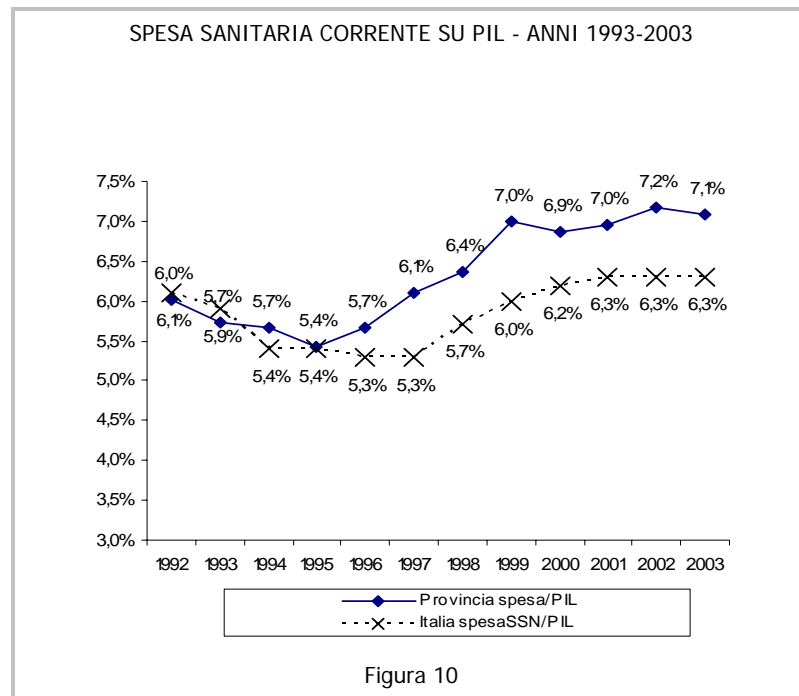
Un'ulteriore modalità di valutazione dell'andamento della spesa sanitaria corrente riguarda il rapporto tra la spesa sanitaria corrente ed il PIL (prodotto interno lordo).

Andamenti temporali della spesa corrente

Spesa corrente procapite provinciale e nazionale

Spesa corrente e PIL

Tale rapporto esprime la quota parte della ricchezza prodotta destinata alla tutela della salute attraverso il servizio sanitario pubblico. Nella Figura 10 sono rappresentati gli andamenti del rapporto percentuale tra spesa sanitaria e PIL a livello nazionale e provinciale. A partire dal 1994 i valori provinciali superano quelli nazionali; dal 1998 la differenza tra i due rapporti è pari quasi a 1 punto percentuale, differenza che si mantiene sostanzialmente inalterata anche negli anni successivi.



Analisi della spesa sanitaria corrente per categorie

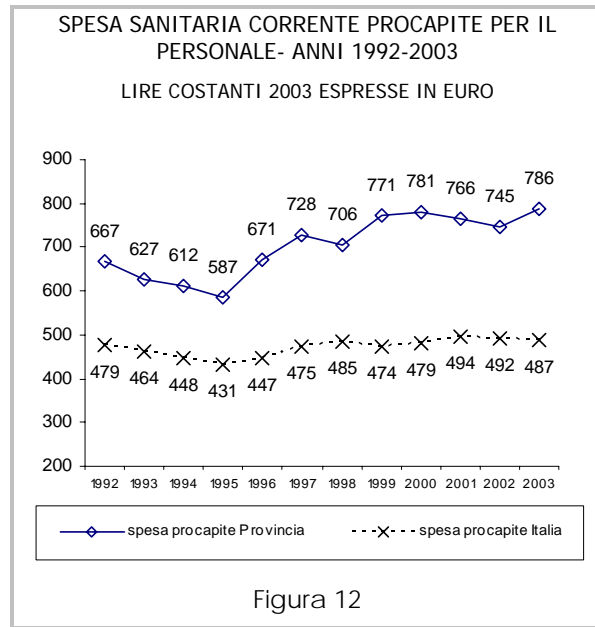
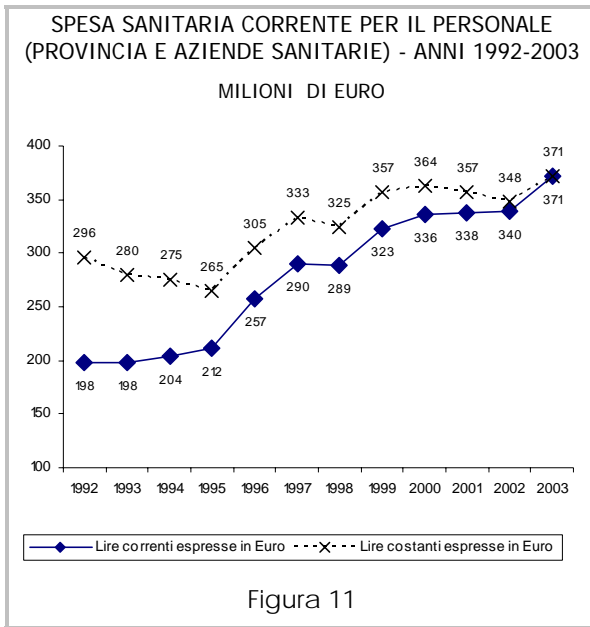
Di seguito viene presentata una analisi della spesa sanitaria corrente per categorie (personale, consumo di beni e servizi, assistenza farmaceutica e assistenza medico generica). Nelle rappresentazioni tabellari vengono considerati i costi sostenuti nel 2003 dalle sole aziende sanitarie, mentre le rappresentazioni grafiche riportano gli andamenti storici della spesa corrente complessiva per categoria sostenuta dalle aziende sanitarie e dalla Provincia.

3.3.1. La spesa sanitaria corrente per il personale

I costi sostenuti dalle aziende sanitarie e dalla Provincia per il personale dipendente ammonta per il 2003 a 371,049 milioni di euro pari al 41,61% della spesa sanitaria di parte corrente.

Relativamente alle aziende sanitarie il dato del personale è stato estrapolato dal Piano dei conti delle aziende seguendo la

logica di aggregazione utilizzata dal Ministero della Salute come spiegato nella premessa del presente capitolo. In particolare alla voce del personale sono state imputate le voci che il modello CE ministeriale riconduce al personale rispettivamente del ruolo sanitario, del ruolo professionale, del ruolo tecnico ed amministrativo. Il ruolo sanitario, che comprende medici, sanitari laureati, il personale infermieristico e tecnico sanitario, incide in maniera cospicua sul costo del personale.



Di seguito viene proposta una tabella da cui si evince il riparto dei costi del personale per azienda sanitaria.

Tabella 3: Costi delle Aziende sanitarie per il personale dipendente – anno 2003 ¹

Spesa per il personale	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Tot. aziende
In totale (migliaia di €)	166.617	90.583	59.695	54.154	371.050
Pro-capite (€)	794,51	734,33	888,62	756,65	786,43
% su costi sostenuti dalle aziende	39,74%	47,18%	50,44%	50,69%	44,36%

Fonte: aziende sanitarie

Costi del personale per azienda sanitaria

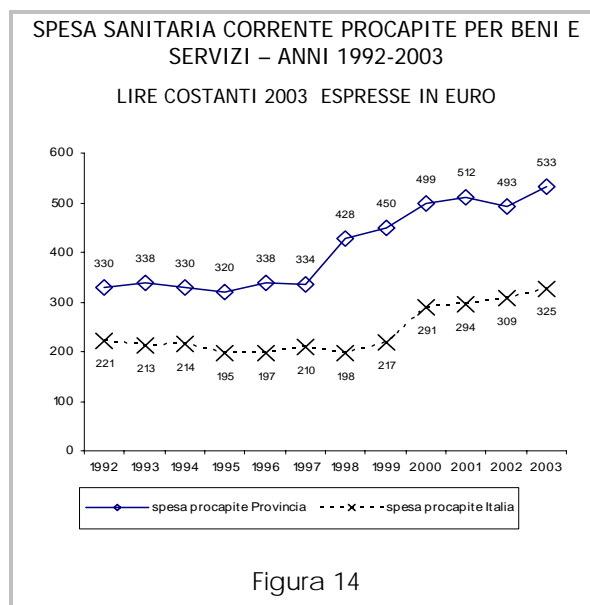
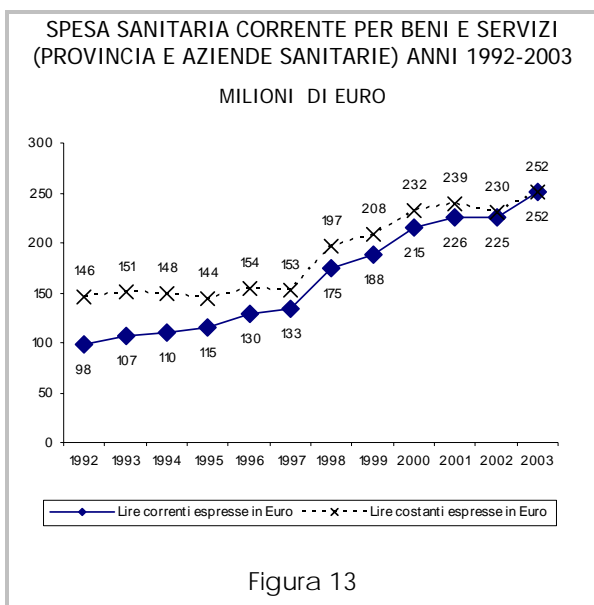
¹ il dato risente dell'imputazione dei costi relativi alle prestazioni erogate ai cittadini non residenti (mobilità attiva).

La maggiore incidenza di costi per il personale sul totale dei costi sostenuti si registra per l'Azienda Sanitaria di Brunico, pari al 50,7% a fronte del 39,7% registrato per l'Azienda Sanitaria di Bolzano.

In termini pro-capite (costo del personale rapportato alla popolazione) i costi per il personale raggiungono valori massimi per l'Azienda Sanitaria di Bressanone e minimi per quella di Merano.

3.3.2. La spesa sanitaria corrente per il consumo di beni e servizi

Dopo il personale, l'acquisizione di beni e servizi di consumo costituisce la categoria che incide maggiormente sui costi. Rientrano tra i beni e i servizi le seguenti tipologie di costo: acquisti di esercizio (prodotti farmaceutici, emoderivati, materiali per la profilassi, materiali diagnostici, presidi chirurgici, ...), costi per la manutenzione e la riparazione, godimento beni di terzi (fitti, canoni leasing), spese amministrative e generali, servizi appaltati (lavanderia, pulizia, mensa, riscaldamento.....), altri servizi sanitari (trasporti....), consulenze, imposte e tasse e altre voci minori.



Andamento temporale del consumo di beni e servizi

Nel 2003 la spesa provinciale per il consumo di beni e servizi è stata complessivamente (per le aziende sanitarie e la Provincia) pari a 251,638 milioni di euro, di cui 7.605 a carico dell'amministrazione provinciale. La quota sostenuta direttamente dalla Provincia è diminuita, rispetto agli anni precedenti, a seguito del passaggio di

alcuni servizi alle aziende sanitarie ai sensi dell'art.76 della legge provinciale 7/2001. Più precisamente sono stati trasferiti i servizi di trasporto in ambulanza ed elisoccorso, l'assistenza indiretta e l'assistenza erogata in Austria. Nell'ultimo quinquennio si assiste ad una crescita continua del livello di spesa per il consumo di beni e servizi sia in valore assoluto che in termini pro-capite. Rispetto all'andamento medio nazionale, quello provinciale si discosta per eccesso: il divario tra il dato provinciale e dato nazionale in termini pro-capite risulta più evidente a partire dal 1998.

I costi per il consumo di beni e servizi nelle aziende sanitarie ha raggiunto nel 2003 circa i 244,032 milioni di euro, costituendo il 29,2% dei costi sostenuti dalle aziende. Nelle singole realtà, la precedente percentuale varia da un minimo del 22,8% circa per l'Azienda Sanitaria di Merano al 33,0% registrato per l'Azienda Sanitaria di Bolzano. In termini pro-capite, l'azienda sanitaria che sostiene un costo per abitante inferiore rispetto alle altre aziende è ancora l'Azienda Sanitaria di Merano (354,51 euro circa per abitante), mentre Bolzano registra il costo pro-capite superiore (658,92 euro).

**Costi per il
consumo di beni e
servizi per
azienda sanitaria**

Tabella 4: Costi delle Aziende sanitarie per il consumo di beni e servizi – anno 2003²

Spesa	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Tot. aziende
In totale (migliaia di €)	138.183	43.730	33.134	28.985	244.032
Pro-capite (€)	658,92	354,51	493,23	404,99	517,22
% su costi sostenuti dalle aziende	32,96%	22,78%	28,00%	27,13%	29,17%

Fonte: aziende sanitarie

3.3.3 La spesa sanitaria corrente per l'assistenza farmaceutica

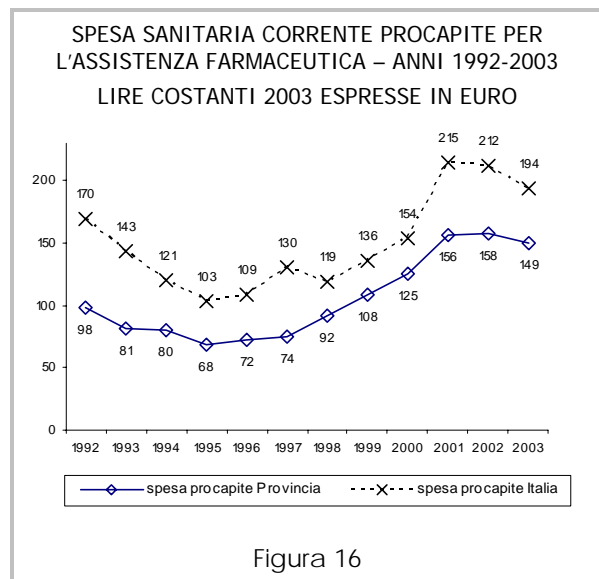
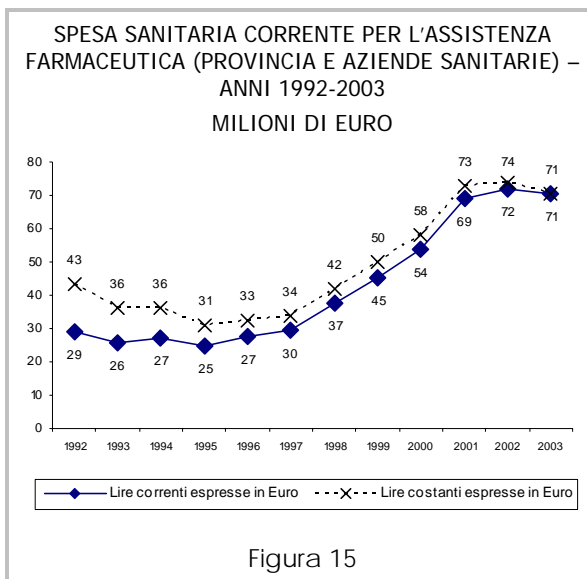
La spesa sanitaria per l'assistenza farmaceutica convenzionata è stata nel 2003 pari a 70,502 milioni di euro circa costituendo per le aziende sanitarie l'8,4% dei costi sostenuti nell'esercizio 2003.

² il dato risente dell'imputazione dei costi relativi alle prestazioni erogate ai cittadini non residenti (mobilità attiva).

La spesa farmaceutica convenzionata ha seguito in termini reali, cioè in lire costanti 2003 espresse in euro, un andamento ciclico

Andamento temporale della spesa farmaceutica

partendo dai 43 milioni di euro nel 1992, toccando un minimo di 31 nel 1995 per poi tornare a 42 milioni nel 1998. A partire dal 1998 la spesa farmaceutica ha conosciuto una crescita costante collocandosi negli ultimi anni su un valore superiore a 70 milioni. Confrontando i valori nazionali con quelli provinciali in termini pro-capite si evince che l'andamento nazionale risulta superiore rispetto a quella provinciale, diversamente da quanto è accaduto per le categorie di spesa precedenti.



Costi per la farmaceutica per azienda sanitaria

A livello aziendale i costi per il consumo di farmaci distribuiti tramite le farmacie convenzionate nell'Azienda di Bressanone sono inferiori rispetto alle altre realtà locali. I costi per l'assistenza farmaceutica pro-capite risultano superiori per l'Azienda di Bolzano ed inferiori per quella di Bressanone.

Tabella 5: Costi delle aziende sanitarie per l'assistenza farmaceutica – anno 2003³

Spesa	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Tot. aziende
In totale (migliaia di €)	35.576	17.105	8.373	9.447	70.502
Pro-capite (€)	169,64	138,66	124,65	132,00	149,43
% su costi sostenuti dalle aziende	8,48%	8,91%	7,08%	8,84%	8,43%

³ il dato risente dell'imputazione dei costi relativi alle prestazioni erogate ai cittadini non residenti (mobilità attiva).

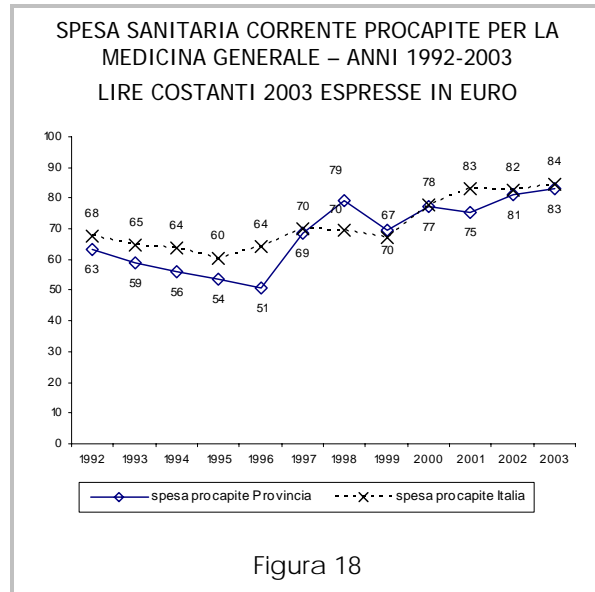
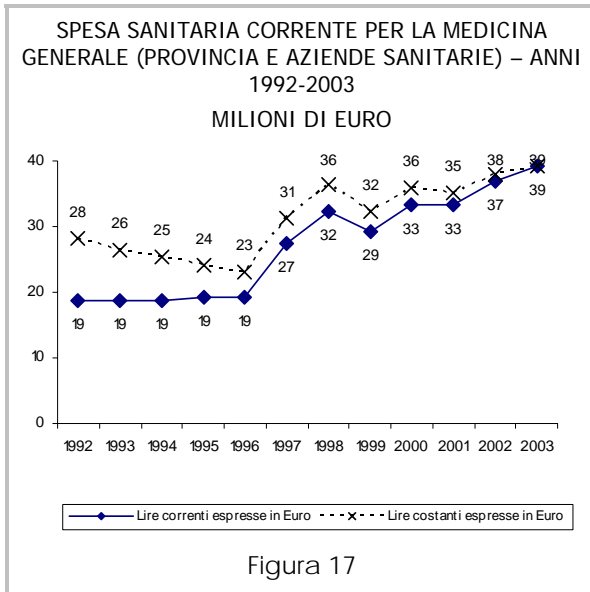
Fonte: aziende sanitarie

3.3.4 La spesa sanitaria corrente per la medicina generale

Andamento

temporale della spesa per la medicina di base

La spesa per la medicina generale in termini nominali è rimasta sostanzialmente invariata fino al 1996, mentre nel 1998 ha subito un incremento in termini reali (cioè in lire costanti 2003 espresse in euro) rispetto al 1996 raggiungendo i 36 milioni di euro. La motivazione di tale incremento può essere ricercata nel rinnovo della convenzione della medicina generale. Rispetto alla media nazionale, l'andamento della spesa sanitaria pro-capite provinciale per l'assistenza medica generale risulta essere sempre inferiore, tranne che per il biennio 1998-99, in cui si rileva una inversione di tendenza.



In termini percentuali, i costi per la medicina generale rispetto ai costi sostenuti dalle aziende sanitarie si aggirano intorno al 4,7%. A livello locale, il costo pro-capite per azienda sanitaria varia da un minimo di 80,40 euro per l'Azienda Sanitaria di Merano ad un massimo di 84,65 euro per Bolzano.

Costi per la medicina generale per azienda sanitaria

Tabella 6: Costi delle aziende sanitarie per la medicina generale – anno 2003⁴

Spesa	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Tot. aziende
In totale (migliaia di €)	17.753	9.918	5.618	5.883	39.172
Pro-capite (€)	84,65	80,40	83,64	82,20	83,02
% su costi sostenuti dalle aziende	4,23%	5,17%	4,75%	5,51%	4,68%

Fonte: aziende sanitarie

3.4. La spesa sanitaria per investimenti

La spesa sanitaria complessivamente sostenuta dalle aziende sanitarie e dalla Provincia

Spesa per investimenti sostenuta dalle aziende sanitarie e dalla Provincia

per investimenti in beni immobili, arredi ed attrezzature biomediche ha raggiunto nel 2003 141,424 milioni di euro circa, pari al 13,7% della spesa sanitaria complessiva. Di questi, 91,161 milioni sono a carico del bilancio delle aziende sanitarie ed i rimanenti 50,263 milioni di euro sostenuti direttamente dalla Provincia (Figura 19).

Nel corso degli ultimi anni si può osservare come la distribuzione percentuale degli investimenti rispettivamente a carico delle aziende e della Provincia abbia assunto un andamento diverso nel corso del periodo considerato. Infatti nel primo periodo compreso tra il 1992 e il 1995 la spesa sostenuta dalla Provincia per investimenti é superiore a quella sostenuta dalle aziende sanitarie; dal 1996 al 1998 la tendenza si inverte: sono le aziende sanitarie che sostengono una spesa superiore alla Provincia. Nel periodo 1999 - 2002 risulta nuovamente maggiore la spesa sostenuta dalla Provincia e nell'anno 2003 si assiste nuovamente ad una inversione di tendenza (Figura 21).

⁴ il dato risente dell'imputazione dei costi relativi alle prestazioni erogate ai cittadini non residenti (mobilità attiva).

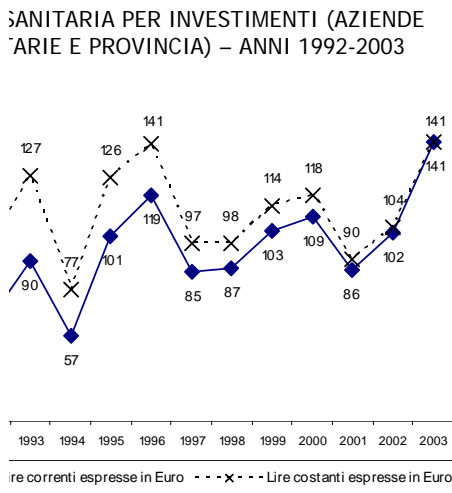
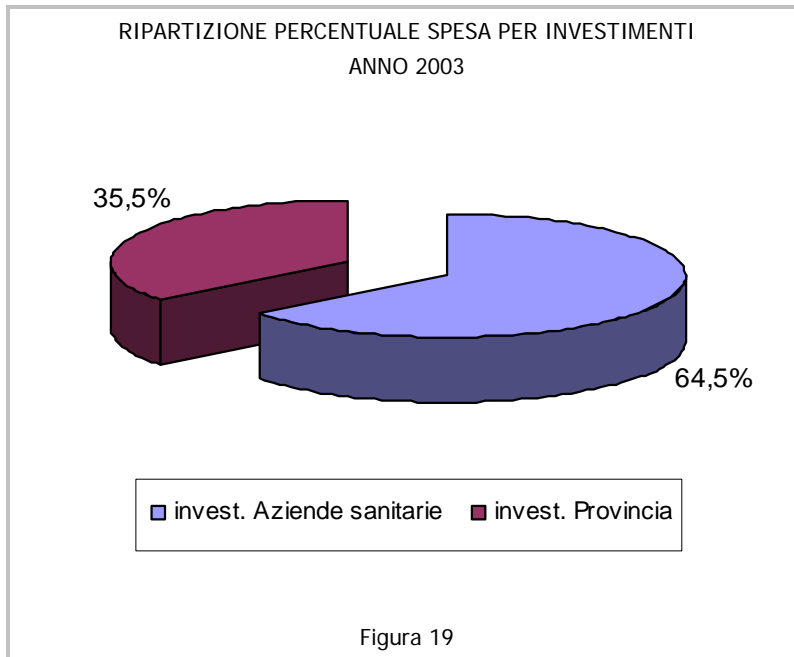


Figura 20

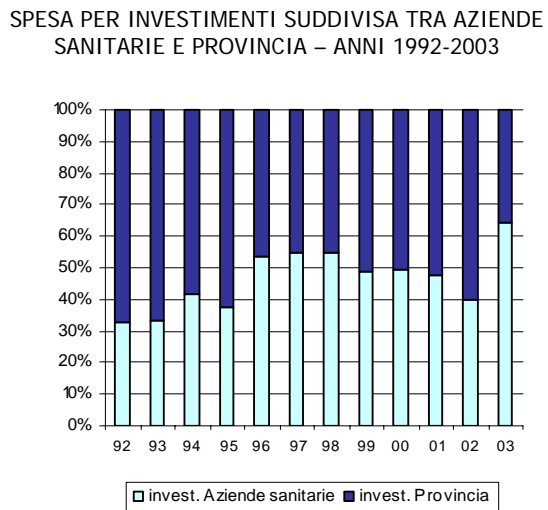


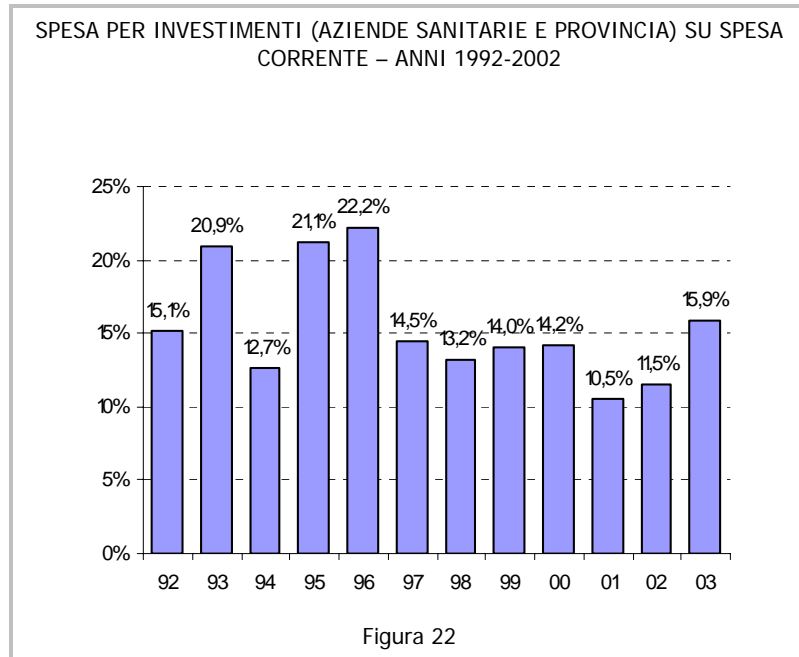
Figura 21

La variabilità temporale tra gli anni è dovuta alla natura stessa degli investimenti, in particolare di quelli che richiedono i finanziamenti più consistenti.

L'andamento della spesa provinciale per investimenti nel decennio 1992 - 2003, sia in termini nominali che reali, evidenzia come l'impegno di risorse finanziarie sia stato molto variabile di anno in anno. In particolare negli anni 1995 e 1996 gli impegni di spesa per gli investimenti sono stati consistenti (Figura 20). Questo risultato

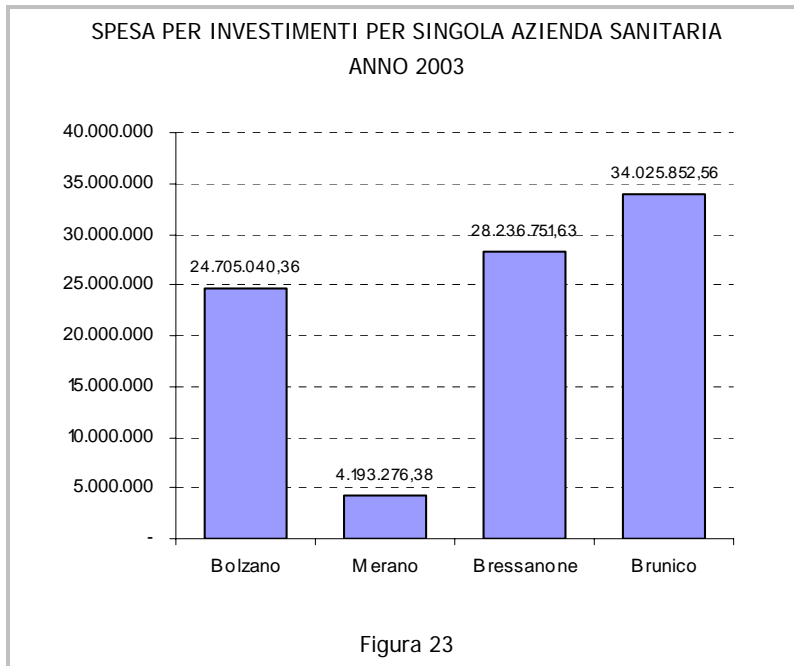
**Andamenti
temporali**

emerge anche dall'analisi storica del rapporto percentuale della spesa complessiva (aziende sanitarie e Provincia) per investimenti rispetto alla spesa complessiva corrente. In corrispondenza al 1996 è infatti possibile riscontrare che la spesa in conto capitale ha raggiunto il 22,2% della spesa sanitaria corrente, a fronte di un 13,2% rilevato nel 1998 e di un 15,9% nel 2003 (Figura 22).



Analizzando la suddivisione della quota degli investimenti 2003 per azienda si può notare come per l'Azienda Sanitaria di Brunico siano stati erogati fondi cospicui per gli investimenti, al contrario dell'Azienda Sanitaria di Merano per la quale sono stati destinati fondi di entità più modesta (Figura 23).

**Spesa per
investimenti per
azienda sanitaria**



3.5. Le tariffe per le prestazioni di ricovero e saldi della mobilità

3.5.1. Le tariffe per le prestazioni di ricovero e i relativi saldi della mobilità

tariffario provinciale 1996 per i ricoveri per acuti in regime ordinario

L'amministrazione provinciale, sulla base delle prescrizioni contenute nel d.m. 15.04.94 "Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera", ha applicato nel 1996 un primo tariffario provinciale relativo ai ricoveri ospedalieri per acuti in regime ordinario, adottato con delibera della GP n. 6878 del 29.12.95, con validità limitata al 1996.

tariffario provinciale 1997 per i ricoveri per acuti in regime ordinario, day- hospital, riabilitazione post-acuzie e lungodegenza post-acuzie

Nel 1997, con delibera della GP n. 2835 del 23.06.97, il tariffario provinciale per le prestazioni di ricovero in regime ordinario, è stato ampliato alle prestazioni di ricovero per acuti in regime di day-hospital, ai ricoveri di riabilitazione post-acuzie ed ai ricoveri di lungodegenza post-acuzie non stabilizzata. Sono esclusi da tale sistema di tariffazione i ricoveri di malati cronici (lungodegenza stabilizzata).

Per le prestazioni di ricovero per acuti (ordinario e diurno), il nomenclatore tariffario vigente dal 1997 contiene tariffe differenziate per tipologie di erogatori, individuati sulla base della

complessità della casistica trattata e della complessità funzionale ed organizzativa, nonché in funzione dei volumi di prestazioni erogate, secondo il seguente schema:

A) per strutture ospedaliere dotate di servizi di pronto soccorso e di terapia intensiva o semintensiva e di quant'altro richieda particolare sforzo organizzativo e strumentale:

- strutture complesse (ospedale di Bolzano),
- strutture intermedie (ospedali di Merano, Bressanone e Brunico),
- strutture di base (ospedali di Silandro, Vipiteno, S.Candido);

B) per strutture ospedaliere senza pronto soccorso, terapia intensiva o semintensiva e quant'altro richieda particolare sforzo organizzativo e strumentale:

- case di cura private accreditate.

Il tariffario provinciale è stato rivisto nel 2000 con delibera della GP n. 697 del 28.02.2000, che ha provveduto ad un aggiornamento complessivo delle prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di ricovero. Parziali modifiche ed integrazioni sono state apportate nel 2001 con le delibere della GP n. 2797 del 27.08.2001 (ricoveri per acuti) e n. 4560 del 17.12.2001 (ricoveri per post-acuti).

Tabella 7: Tariffe provinciali e nazionali per le prestazioni di ricovero per acuti in regime ordinario. Valori in Euro per unità DRG equivalente di ricovero

Strutture	Tariffario provinciale 2001	Tariffario nazionale 1997	Var.% tar prov. 2001 tar. Naz. '97
Complesse	2.721,16	2.591,58	+5,0%
Intermedie	2.462,00	2.591,58	- 5,0%
Base	2.332,42	2.591,58	-10,0%
Private	2.073,26	2.591,58	-20,0%
Totale provincia	2.523,56	2.591,58	- 2,6%

Fonte: PAB – Ufficio Economia Sanitaria

Da un confronto tra il tariffario provinciale adottato con delibera della GP n. 2835/97 (e rimasto in vigore fino all'anno 1999) e il tariffario approvato con delibera della GP n. 697/2000 (in vigore dal 2000), modificato ed integrato dalle deliberazioni della GP n. 2797/2001 e n. 4560/2001, risulta un incremento della tariffa media per ricovero (tariffa media unitaria) dell'1% circa, passando da euro 2.495,00 a euro 2.523,56. Tale incremento è da imputare all'aumento

delle tariffe conseguente all'emanazione del decreto del Ministero della Sanità del 30 giugno 1997 che, in media, riflette un aumento delle tariffe del 2% rispetto al precedente tariffario nazionale, passando da una tariffa media di Euro 2.539,94 a Euro 2.591,58 per ricovero equivalente.

Rispetto al tariffario nazionale 1997, quello provinciale approvato con le delibere della GP n. 2797/2001 e n. 4560/2001, limitatamente alle prestazioni di ricovero per acuti in regime ordinario, soddisfa ancora il vincolo secondo il quale la tariffa provinciale deve essere contenuta entro il massimo previsto dal tariffario nazionale, essendo complessivamente circa del 2,6% inferiore rispetto alla tariffa media nazionale.

Significative innovazioni ha portato l'aggiornamento del tariffario 2001, con riferimento ai ricoveri per acuti in regime ordinario, tra cui:

- sono state incrementate del 5% le tariffe dei ricoveri per acuti nelle case di cura private;
- l'elenco dei DRG è stato integrato con tre nuove prestazioni, a seguito dell'introduzione a livello provinciale del nuovo sistema di codifica, basato sulla traduzione italiana della classificazione ICD-9-CM versione 1997, e dell'adozione del Grouper 14 per la codifica dei DRG.

Per quanto riguarda i ricoveri in regime diurno (day hospital e day surgery), restano valide le modalità applicative e di incentivazione previste dalla deliberazione della GP n. 697/2000: relativamente alle modalità applicative, la tariffa del day-hospital è riferita al singolo accesso, mentre quella del day-surgery è riferita alla specifica prestazione indipendentemente dal numero di accessi. Le tariffe dei ricoveri diurni con intervento chirurgico comprendono, infatti, l'intero trattamento del paziente, cioè sia gli esami e le visite pre-operatorie, sia l'intervento chirurgico, sia i controlli post-operatori, anche se erogati in accessi diversi.

Con la delibera n. 2797/01 si ribadiscono le maggiorazioni tariffarie già previste dalla delibera n. 697/2000, sia con riferimento ai ricoveri diurni di tipo chirurgico, sia di tipo medico. Resta valido l'elenco di DRG eleggibili in day surgery, cioè di ricoveri con intervento chirurgico, per i quali la tariffa è stabilita nell'80% della

corrispondente tariffa dei ricoveri ordinari. Tali ricoveri possono e debbono (qualora ne ricorrano le condizioni per il paziente) essere effettuati "in un giorno", invece che in regime di ricovero ordinario. Alcuni esempi: intervento per legatura e stripping di vene, intervento per ernia, intervento sul ginocchio in artroscopia, intervento di decompressione del tunnel carpale, intervento per dilatazione e raschiamento dell'utero. Per essi è prevista una tariffa maggiorata, pari all'80% della corrispondente tariffa prevista per il ricovero ordinario con durata di degenza superiore ad un giorno.

Con riferimento ai ricoveri di tipo medico, la deliberazione della GP n. 2797/01, stabilisce un incremento della tariffa per i ricoveri di chemioterapia eseguiti in regime di day hospital (DRG 410 e 492), incentivando tale tipo di assistenza.

Tabella 8: Tariffe provinciali e nazionali per i ricoveri di riabilitazione post-acuzie e di lungodegenza post-acuzie non stabilizzata, per giornata di ricovero equivalente. Valori in Euro.

Strutture	Riabilitazione		Riabilitaz. in day hospital	Lungodegenza	
	Tariffario prov. in vigore nel 2001	Var% tar prov. '2001 tar. naz. '97	Tariffario prov. in vigore nel 2001	Tariffario prov. in vigore nel 2001	Var % tar prov. '01 tar.naz. '97
Pubbliche	216,67	- 10,0%	173,32	183,34	+33%
Private	193,67	- 20,0%	154,94	183,34	+33%

Fonte: PAB – Ufficio Economia Sanitaria

Per le prestazioni di ricovero di riabilitazione post-acuzie e per i ricoveri di lungodegenza non stabilizzata, il tariffario approvato con deliberazione della G.P. 4560/2001 stabilisce alcune modifiche rispetto a quello precedente (Tabella 9). Le principali sono di seguito elencate:

- aggiornamento delle tariffe dei ricoveri di riabilitazione e di lungodegenza post-acuzie in regime ordinario per le case di cura;
- fissazione delle tariffe per l'assistenza riabilitativa in regime di day hospital, nella misura dell'80% rispetto alle corrispondenti tariffe del ricovero ordinario;
- modifica dei valori soglia dei ricoveri di riabilitazione post-acuzie, oltre i quali deve essere praticato un abbattimento del 40% della

tariffa giornaliera per MDC, salvo le deroghe ammesse dalla deliberazione della GP 6321/1998.

Anche per queste tipologie di prestazioni è stato applicato il criterio della differenziazione tariffaria per tipologia di struttura, differenziando tra strutture erogatrici pubbliche e private, ad eccezione dei ricoveri di lungodegenza post-acuzie per i quali la tariffa è indifferenziata.

Al fine di ridurre la degenza, senza che il paziente debba sostenere direttamente alcuna spesa -in linea con la normativa nazionale in materia di recupero di efficienza- la delibera della GP n. 6337 dell'1.12.97 stabilisce che le prestazioni di specialistica strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato, preventivamente erogate al paziente dalla medesima struttura che esegue il ricovero, siano remunerate con la tariffa onnicomprensiva relativa al ricovero stesso e non siano soggette alla partecipazione alla spesa da parte del cittadino.

La disposizione relativa alle prestazioni pre-ricovero con delibera della GP n. 1385 del 19.04.1999 è stata ulteriormente ampliata, estendendo la gratuità per il paziente delle prestazioni specialistiche ambulatoriali anche nel caso in cui il ricovero avvenga in struttura diversa. Tale eccezione viene applicata in tutti i casi in cui il Piano Sanitario provinciale 2000-2002 prevede convenzioni tra aziende sanitarie in ordine a servizi non direttamente erogati. Tale misura è volta a favorire i cittadini che si devono rivolgere a un'azienda sanitaria diversa da quella di residenza per usufruire del ricovero programmato, poiché in questo caso non pagano il ticket per prestazioni di specialistica correlate al ricovero.

Con le deliberazioni della GP n. 4560/01 e n. 2797/01, è stato esteso il principio della gratuità per il paziente non solo alle prestazioni pre-ricovero, ma anche a quelle post-ricovero, in particolare alla prima visita e alla prima medicazione effettuate entro 30 giorni dalla dimissione dai reparti per acuti, in quanto parte integrante del ricovero stesso.

Il tariffario dei ricoveri, secondo quanto previsto dalla normativa, viene utilizzato anche per compensare il fenomeno della mobilità sanitaria intraprovinciale, interregionale ed internazionale. La mobilità (sia attiva che passiva) tra le aziende sanitarie provinciali

viene chiamata intraprovinciale e viene compensata direttamente tra le aziende, quella con le altre regioni italiane è definita interregionale e la relativa compensazione avviene a livello di regioni e province autonome; infine la mobilità con stati esteri (internazionale) viene compensata a livello nazionale.

Dal punto di vista finanziario come voce passiva si considera l'ammontare che deve essere pagato dall'azienda sanitaria per propri residenti che usufruiscono di ricoveri presso altre aziende sanitarie (mobilità passiva) e come voce attiva figura l'ammontare incassato per ricoveri prodotti dalla azienda sanitaria e fruiti da cittadini non residenti nel territorio di afferenza dell'azienda stessa (mobilità attiva). Il saldo che deriva dalla differenza tra mobilità passiva e attiva è oggetto di compensazione.

Nelle figure 24, 25 e 26 vengono rappresentati i dati relativi agli importi dei ricoveri suddivisi in mobilità attiva e passiva intraprovinciale, interregionale per l'anno 2002 ed internazionale per l'anno 2000. Nelle tabelle 9, 10 e 11 la mobilità viene espressa in numero di ricoveri e importo corrispondente al totale degli stessi. Con riferimento alla mobilità intraprovinciale, in termini di numero assoluto di ricoveri l'Azienda Sanitaria di Bressanone risulta avere il valore più alto di mobilità attiva pari a 5.731. Per quanto riguarda la mobilità passiva intraprovinciale l'Azienda Sanitaria di Bolzano registra sempre in termini assoluti il numero più alto di ricoveri rispetto alle altre quattro aziende pari a 6.772 ricoveri.

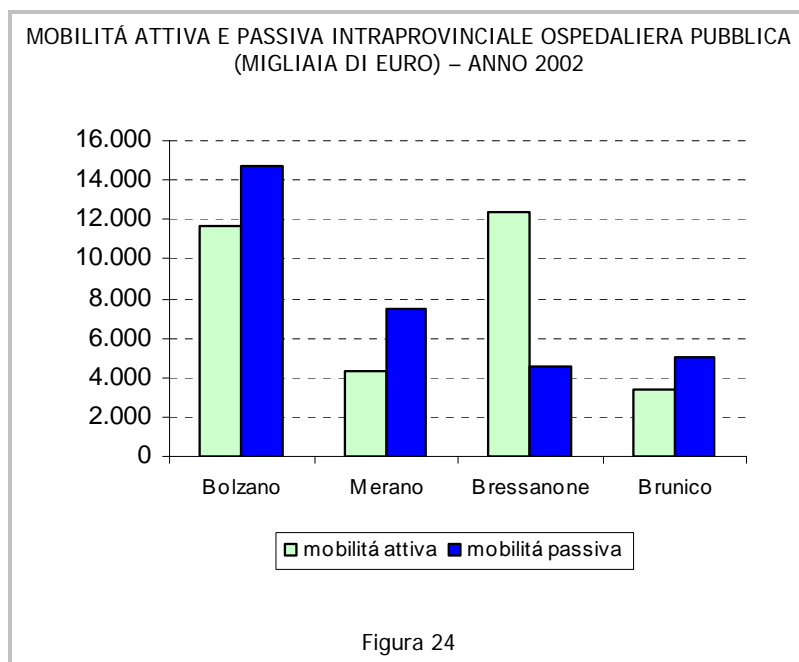
Tabella 9: N. di ricoveri relativi a mobilità ospedaliera pubblica attiva e passiva intraprovinciale e importo corrispondente. Anno 2002

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Mobilità attiva					
N. ricoveri	3.535	2.044	5.731	1.985	13.295
Importo tot. (migliaia di €)	11.679	4.335	12.342	3.440	31.796
Mobilità passiva					
N. ricoveri	6.772	2.629	1.846	2.048	13.295
Importo tot. (migliaia di €)	14.749	7.465	4.580	5.002	31.796
Saldo attiva – passiva (migliaia di €)	-3.070	-3.130	7.762	-1.562	0

Fonte: PAB - Ufficio Economia Sanitaria

Rispetto al 2001, l'Azienda Sanitaria di Bolzano registra un aumento del saldo negativo della mobilità intraprovinciale del 67,6%, mentre

l'Azienda Sanitaria di Merano ha ridotto il saldo negativo della mobilità del 18,7%.



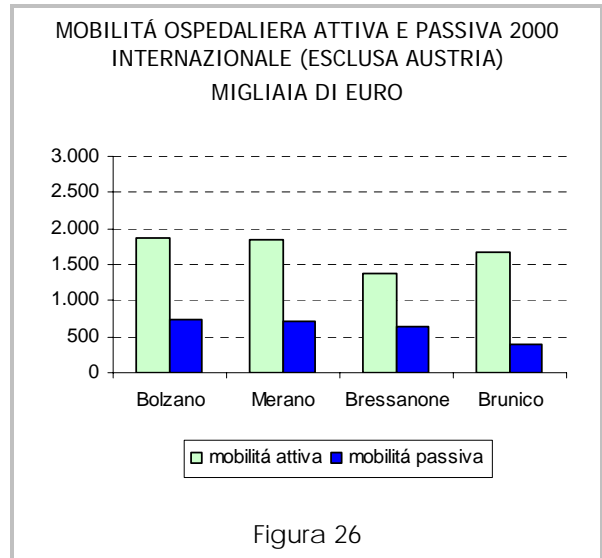
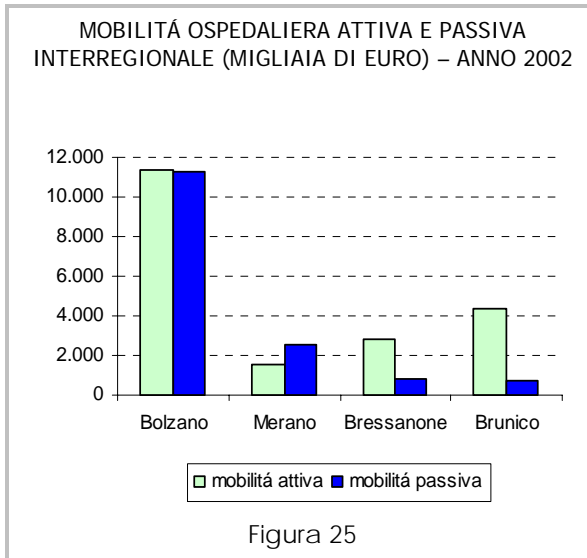
Per quanto riguarda la mobilità interregionale, le aziende sanitarie di Bolzano e di Merano registrano in termini assoluti di numero di ricoveri, una mobilità passiva maggiore rispetto alla mobilità attiva. In termini monetari l'Azienda Sanitaria di Merano registra un saldo negativo pari a circa 1 milione di Euro, mentre l'Azienda Sanitaria di Bolzano ottiene un ottimo risultato rispetto al 2001 (- 1.909 euro) con un valore positivo pari a 128.000 euro.

Tabella 10: N. di ricoveri relativi a mobilità ospedaliera attiva e passiva interregionale e importo corrispondente - Anno 2002

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Mobilità attiva					
N. ricoveri	3.335	648	1.303	2.578	7.864
Importo totale (migliaia di €)	11.404	1.536	2.842	4.387	20.169
Mobilità passiva					
N. ricoveri	3.480	770	284	254	4.788
Importo totale (migliaia di €)	11.276	2.574	837	716	15.403
Saldo attiva - passiva (migliaia di €)	128	-1.038	2.005	3.671	4.766

Fonte: PAB - Ufficio Economia Sanitaria

Considerando, comunque, la mobilità interregionale attiva e passiva complessiva dei ricoveri, il saldo monetario risulta essere positivo e pari a circa 4,7 milioni di Euro.



Per quanto riguarda la mobilità internazionale sono disponibili solamente dati relativi all'anno 2000 concernenti il valore complessivo dei ricoveri; inoltre nella mobilità internazionale sia attiva che passiva non rientrano i ricoveri in Austria, in quanto regolamentati con specifiche convenzioni.

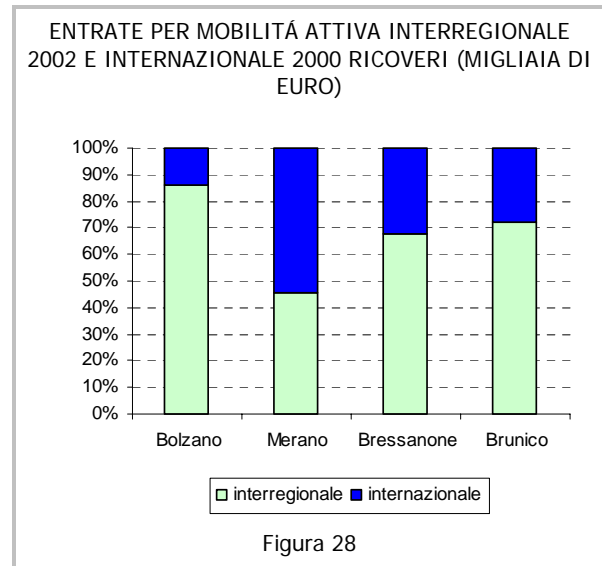
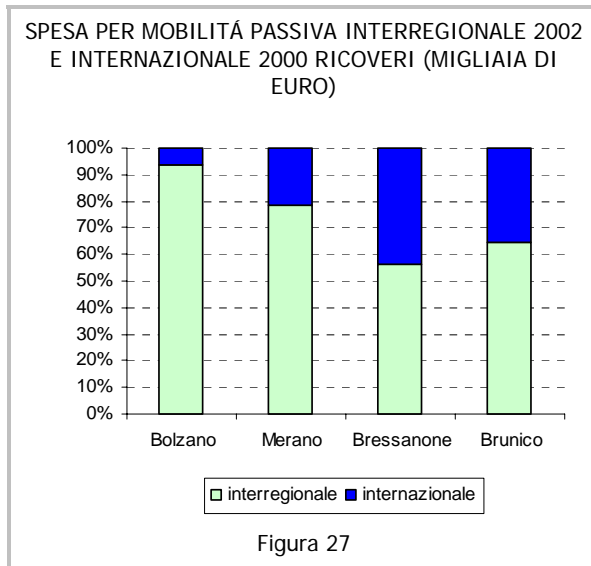
Nelle figure 27 e 28 viene rappresentata la composizione della spesa per mobilità attiva e passiva secondo le due componenti interregionale ed internazionale. Per quanto riguarda la mobilità passiva sono i residenti dell'Azienda Sanitaria di Bressanone a ricorrere in maggior misura a ricoveri all'estero; relativamente a quella attiva, l'azienda più "attraente" per gli stranieri risulta di nuovo essere quella di Merano, mentre per gli italiani residenti al di fuori della Provincia, quella di Bolzano.

Tabella 11: Importo mobilità ospedaliera attiva internazionale (esclusa assistenza ospedaliera erogata in Austria) – Anno 2000

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Mobilità attiva					
Importo totale (migliaia di €)	1.867	1.840	1.370	1.671	6.748
Mobilità passiva					
Importo totale (migliaia di €)	735	708	642	395	2.480

Fonte: Rip. Sanità - Ufficio Economia Sanitaria

Nel complesso è da sottolineare, come il saldo complessivo della mobilità ospedaliera internazionale abbia registrato un incremento del 52,5% rispetto al 1999.



3.5.2. Le tariffe per le prestazioni di specialistica e i relativi saldi della mobilità

Le aziende sanitarie devono assicurare ai cittadini le prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio contemplate dai livelli di assistenza avvalendosi di servizi propri e di altri soggetti erogatori pubblici e privati e, in questo secondo caso, utilizzando come sistema di remunerazione il pagamento a prestazione (d. legisl. n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni). Analogamente alle prestazioni di ricovero, anche per le prestazioni ambulatoriali l'amministrazione provinciale ha adottato un proprio nomenclatore tariffario, sulla base di un documento nazionale, utilizzato sia ai fini del pagamento del ticket, sia per la remunerazione delle prestazioni scambiate tra strutture erogatrici o offerte dalle strutture private convenzionate col sistema sanitario provinciale.

Il sistema è più semplice rispetto a quello dei ricoveri, in quanto per le prestazioni della specialistica non è prevista alcuna differenziazione di tariffa tra le strutture erogatrici. Nel 1998 la Giunta

tariffario provinciale delle prestazioni ambulatoriali

Provinciale ha deliberato il nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (Deliberazione n.2568 del 15.06.98 e successive modifiche ed integrazioni) articolandolo secondo i principi, i modi e le misure stabiliti dal d.m. 22.07.96 (Nomenclatore tariffario nazionale).

Nella medesima deliberazione sono state fissate tariffe più basse per le prestazioni "prima visita" e "visita di controllo" rispetto a quelle in vigore a livello nazionale, al fine di favorire l'utente nel pagamento del ticket.

L'applicazione del nomenclatore tariffario è stata estesa a tutti i soggetti erogatori sia pubblici che privati. Sono altresì rimaste in vigore (con relativa tariffa) altre prestazioni di assistenza specialistica, in particolare: quelle relative alla cessione di sangue ed emocomponenti, quelle erogate a paganti in proprio (visite, consulti esterni e relazioni di malattia), quelle erogate sul territorio o al domicilio già precedentemente tariffate. Sono inoltre state elaborate tariffe per prestazioni di igiene, di medicina del lavoro, di fisica sanitaria per privati paganti, in vigore sulla base della deliberazione n. 2573 del 15.06.1998 e successive modifiche ed integrazioni.

Nel 1999 con la delibera n. 2390 del 14.06.1999, sono state approvate modifiche ed integrazioni al nomenclatore tariffario corredandolo anche di linee guida interpretative.

Allo stesso modo negli anni 2000 (delibera della GP n. 5044), 2001 (delibere della GP n. 672 e 3668) e 2002 (delibera della GP n. 1.463), il nomenclatore tariffario è stato aggiornato in alcune delle sue parti, sulla base delle richieste di modifica intervenute e approvate dalla commissione preposta alle decisioni di inserimento, cancellazione e modifica delle prestazioni.

Inoltre nel sito Internet dei servizi sanitari provinciali all'indirizzo www.provincia.bz.it/sanita/2303/tarspec, il tariffario è accessibile a tutti, operatori e semplici cittadini, per fornire informazioni sempre aggiornate e indicazioni puntuali circa l'applicazione delle tariffe.

Le tariffe rappresentano la remunerazione massima che può essere corrisposta alle strutture per le prestazioni di specialistica erogate nell'ambito del sistema sanitario provinciale.

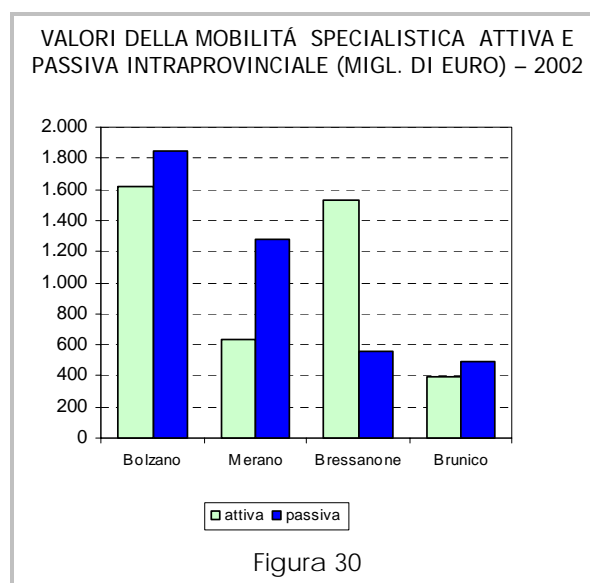
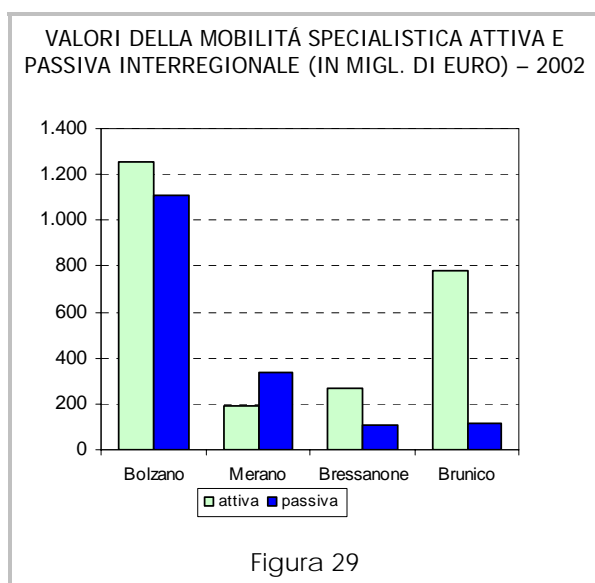
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Attiva (migliaia di €)	1.256	192	268	778	2.494
Passiva (migliaia di €)	1.107	340	105	118	1.670
Saldo attiva – passiva (migliaia di €)	149	-148	163	660	824

Fonte: PAB – Ufficio economia sanitaria

Tabella 13: Importo mobilità specialistica intraprovinciale – Anno 2002

	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	Totale
Attiva (migliaia di €)	1.619	638	1.532	391	4.180
Passiva (migliaia di €)	1.848	1.279	562	491	4.180
Saldo attiva – passiva (migliaia di €)	-229	-641	970	-100	

Fonte: PAB – Ufficio economia sanitaria



Anche in questo caso i tariffari vengono applicati per la compensazione della mobilità sanitaria, attiva e passiva. Il fenomeno dal punto di vista finanziario si configura in modo esattamente identico a quello della mobilità dei ricoveri.

Nel 2002 a livello intraprovinciale il saldo della mobilità della specialistica risulta positivo per l'Azienda di Bressanone, mentre risulta negativo per quelle di Bolzano, Merano e Brunico.

A livello interregionale è rilevante il saldo attivo dell'Azienda di Brunico, come è positivo anche il saldo delle Aziende Sanitarie di Bolzano e Bressanone, mentre Merano registra un saldo negativo. In particolare è da evidenziare come l'Azienda Sanitaria di Bolzano

mobilità attiva e passiva della specialistica

abbia ottenuto nel 2002 un saldo positivo, dopo aver registrato un saldo negativo di 78.000 euro nel 2001.

3.6 Il modello di finanziamento delle aziende sanitarie

Nel 2003 il modello di finanziamento di parte corrente delle aziende sanitarie (deliberazione della Giunta Provinciale n. 4.832 del 22.12.2003), si è basato sul criterio della quota capitaria standardizzata. La standardizzazione mira a differenziare la quota procapite di finanziamento per azienda sanitaria in relazione alla struttura per età della popolazione, alla sua distribuzione nel territorio e ad altre variabili sanitarie. Età e distribuzione nel territorio della popolazione sono infatti variabili che influiscono sull'intensità del ricorso ai servizi sanitari da parte dei cittadini, sul costo delle prestazioni e quindi sul fabbisogno di risorse finanziarie delle aziende sanitarie ai fini della erogazione delle prestazioni sanitarie ai propri residenti.

**criterio della quota
capitaria standardizzata**

La quota capitaria standardizzata finanziata alle aziende sanitarie per i propri residenti copre tutti i costi sostenuti dall'azienda sanitaria per garantire ai residenti i livelli di assistenza stabiliti a livello provinciale, avvalendosi delle proprie strutture, di quelle di altre aziende o di altri soggetti erogatori. I fabbisogni finanziari relativi a progetti specifici di interesse provinciale e nazionale previsti dal piano sanitario provinciale vengono invece finanziati a parte.

Tabella 14: Finanziamento di parte corrente delle aziende sanitarie secondo il modello della quota capitaria.– Valori in migliaia di Euro – Anno 2003

	Modello quota capitaria con fattori correttivi	
Azienda Sanitaria Bolzano	397.789	49,0 %
Azienda Sanitaria Merano	190.937	23,5 %
Azienda Sanitaria Bressanone	114.169	14,1 %
Azienda Sanitaria Brunico	108.482	13,4 %
Totale finanziamento 2002	811.377	100,0 %

Fonte: PAB - Ufficio Economia Sanitaria

Il criterio della quota capitaria standardizzata si basa sulla suddivisione dello stanziamento complessivo nelle seguenti componenti di assistenza sanitaria: assistenza ospedaliera, assistenza farmaceutica, assistenza specialistica, assistenza agli anziani, medicina di base, assistenza residenziale e assistenza collettiva.

Gli importi di stanziamento relativi alle diverse componenti di assistenza sanitaria sono stati ponderati in base alla distribuzione per età della popolazione (il fabbisogno finanziario è maggiore laddove la popolazione presenta una consistenza maggiore nelle fasce di età infantili e senili), e in base ai consumi di risorse della popolazione per ciascuna forma di assistenza, ricavati attraverso una ponderazione effettuata su dati locali (se disponibili) o nazionali. Ad esempio prendendo a riferimento il consumo di risorse per l'assistenza ospedaliera della popolazione di età compresa tra i 45 e 64 anni si giunge alle seguenti considerazioni: la popolazione di età compresa tra i 65 e i 74 anni presenta un consumo di risorse doppio, la popolazione di età superiore ai 75 anni presenta un consumo quattro volte superiore ed infine la popolazione con età inferiore ad un anno un consumo circa di tre volte superiore.

Un ulteriore elemento che completa il quadro delineato è relativo ai fattori correttivi applicati al modello di finanziamento per popolazione pesata. Dal fondo complessivo assunto a base del riparto sono state tolte alcune spese che non si prestano ad essere ripartite in base alla popolazione pesata, ma che richiedono l'applicazione di criteri diversi. Tali spese nel 2003 hanno riguardato:

- la spesa per i servizi ancora gestiti dalla Provincia fino all'anno 2002 e che dall'anno 2003 in base all'art. 76 della L.P. 7/01 sono stati assorbiti dalle aziende sanitarie (ridistribuiti secondo il modello di effettivo consumo)
- la mobilità sanitaria
- il finanziamento separato dei servizi interaziendali (Azienda Sanitaria di Bolzano)
- l'assegnazione separata dei mezzi finanziari per progetti specifici indipendentemente dalla fonte di finanziamento
- le spese concernenti l'assistenza sanitaria nelle case di riposo.

La Tabella 14 evidenzia gli importi relativi al finanziamento di parte corrente 2003 a favore delle aziende sanitarie secondo il criterio della quota capitaria standardizzata con fattori correttivi.