



Bolzano, 15/06/2021

Redatto da:

Consiglieri Provinciali
Riccardo Dello Sbarba
Brigitte Foppa
Hanspeter Staffler
Grüne - Verdi
Piazza Silvius Magnago 6
39100 Bolzano
gruppo-verde@consiglio-bz.org

Per conoscenza: Presidente del Consiglio Provinciale
Rita Mattei
Piazza Silvius Magnago 6
39100 Bolzano
josef.nogglер@landtag-bz.org

Risposta all'Interrogazione n. 1596/21 - "Costi standard di sanità pubblica e privata"

In riferimento all'interrogazione si risponde come segue:

Ad 1:

"La frase "tariffa da riconoscere alle strutture private per l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale e quindi anche per le visite specialistiche" significa che tale tariffa equivale alla somma che la sanità privata riceve per la corrispondente prestazione e che il privato per tale prestazione non riceve un centesimo in più rispetto a questa "tariffa riconosciuta"?"

La tariffa definita con delibera provinciale, calcolata in base al criterio del costo standard, corrisponde alla remunerazione massima che può essere corrisposta dall'Azienda sanitaria alla struttura privata accreditata e convenzionata che eroga la prestazione sanitaria nell'ambito del sistema sanitario provinciale.

Ad 2:

"Come incidono "il nomenclatore tariffario nazionale (DM 18.10.2012) e i tariffari delle altre Regioni (art. 8-sexies del DLGS n. 502 del 30 dicembre 1992 e s. m. e i)" nel calcolo della "tariffa da riconoscere alle strutture private"?"

Secondo l'art. 8-sexies del D.Lgs. n. 502 del 30/12/1992 i criteri da utilizzare per la determinazione delle tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate sono, anche in via alternativa, il costo standard rilevato (nel rispetto dei principi di efficienza ed economicità) e i tariffari regionali. Può succedere a volte che il costo standard rilevato non possa essere considerato congruo e plausibile rispetto a tariffe applicate da altre regioni (che a loro volta applicano i costi standard) e che quindi venga rideterminato tenendo conto delle tariffe esistenti in queste regioni (di solito vicine e simili per caratteristiche). Altresì nel caso in cui una prestazione abbia considerevoli volumi erogati in mobilità sanitaria (quindi a pazienti residenti in altre regioni italiane) il costo standard è influenzato anche dalle tariffe nazionali (DM 18.10.2012) in quanto queste ultime sono le tariffe riconosciute alla Provincia autonoma di Bolzano in sede di compensazione dei debiti e crediti che scaturiscono dalle prestazioni erogate a non residenti in provincia.

Ad 3:

"Per essere concreti: a quanto ammonta attualmente la "tariffa riconosciuta alle strutture private" nelle



branche specialistiche indicate nella citata risposta, cioè dermatologia, cardiologia, oculistica, reumatologia? Se il calcolo è composto da diverse componenti (vedi risposta alla precedente domanda), si chiede di indicare l'ammontare delle singole componenti per ogni branca specialistica."

Tutte le tariffe massime attualmente in vigore nella Provincia autonoma di Bolzano sono contenute nel nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale di cui alla DGP n. 2568 del 15/06/1998 e s. m. e i. disponibile al link [Tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale | Salute | Amministrazione provinciale | Provincia autonoma di Bolzano - Alto Adige](#). Il costo di riferimento delle singole prestazioni è sempre il nomenclatore tariffario nazionale, a cui sono stati apportati correttivi tenendo conto di vari fattori, quali costi standard rilevati a livello provinciale, benchmark con altre Regioni, mobilità sanitaria e altri elementi di politica sanitaria. Non è possibile illustrare le componenti per ogni branca specialistica.

Ad 4:

"Tenendo conto che "fino a 36,15 euro la tariffa corrisponde al pagamento del ticket da parte dei pazienti non esenti e che pertanto la tariffa è sempre stata mantenuta all'interno del range 25 euro – 36,15 euro", questo significa che il pagamento del ticket copre la totalità o quasi della tariffa riconosciuta al privato? E come funziona il sistema: che il paziente per il servizio del privato paga il ticket all'Azienda sanitaria e poi la Provincia rimborsa al privato la "tariffa riconosciuta", oppure il ticket va subito al privato e poi tra privato e pubblico viene calcolato l'eventuale conguaglio?"

La tariffa attuale di 36,15 copre il costo standard sostenuto dalla struttura privata. Se la prestazione erogata dal privato ha una tariffa minore o uguale al ticket dovuto (come in questo caso per la prima visita) allora il privato incassa direttamente il ticket dal paziente e null'altro è dovuto. Se la tariffa invece è superiore a euro 36,15 allora la struttura incassa il ticket dal paziente e l'Azienda sanitaria conguaglia la differenza tra tariffa e il ticket pagato.

Ad 5:

"Il punto più importante è però questo: "dall'ultima rilevazione anno 2018 il costo standard totale di una visita specialistica ambulatoriale risulta essere di euro 32,30 nelle strutture private (case di cura convenzionate) e di euro 61,20 nella struttura pubblica (Azienda sanitaria)". Su questo, una prima domanda: come sono stati calcolati questi costi standard? Cioè, questi sono stati calcolati per prestazioni strettamente equivalenti, cioè considerando in entrambi i settori la singola e strettamente identica prestazione? (e non, per esempio, i costi globali dei reparti o simili, poiché in questo caso il privato potrebbe coprire solo una parte – magari la meno onerosa - delle prestazioni possibili, mentre il pubblico è obbligato a coprire tutte le possibili prestazioni di quella branca specialistica e dunque anche quelle più onerose...)"

La valutazione -come sopra indicato- è fatta a costo standard per la stessa tipologia di prestazione da nomenclatore tariffario (89.7 - VISITA GENERALE - Visita specialistica. Prima visita): è stato determinato un parametro standard temporale medio comune, un costo standard medio di tutte le strutture (pubbliche o private) e applicata la quota di costi comuni relativa al tipo di struttura (pubblica o privata). La differenza è data sia dai diversi tipi di contratti di lavoro sia dal carico di costi comuni delle due tipologie di strutture, in quanto una quota parte dei costi dell'Azienda sanitaria è rappresentata dalla garanzia delle prestazioni di emergenza e di tutta la gamma di prestazioni sanitarie (complesse e non, frequenti e non) e da una più articolata struttura organizzativa aziendale.

Ad 6:

"Se il calcolo è stato fatto tra identiche prestazioni, da cosa dipende questa notevole differenza nei costi standard nel pubblico e nel privato?"

La differenza dipende non dalla durata ma dal costo standard che naturalmente è differente tra struttura pubblica e struttura privata (differenze a livello di CCNL Aiop/Aras privato del personale, fattori di mercato per il privato e entità diversa di costi amministrativi generali – comuni e volumi di prestazioni differenti). Si veda risposta n. 5.

Ad 7:



“La differenza dei costi standard significa che il privato è più efficiente, o che cura peggio del pubblico, o che cosa?”

Dal punto di vista strettamente economico il costo a parità ed identità di prestazione può dare un'indicazione dell'efficienza, ma esso non tiene conto di altri importanti fattori quali la capacità/complessità organizzativa del soggetto erogatore (liste di attesa, prossimità del presidio, ecc.), la natura dell'ente (pubblico o privato) con le sue prerogative, tra cui l'obbligo di garantire l'universalità delle prestazioni (incluso programmate e urgenti) e l'equità di accesso alla cura, la qualità erogata, il risultato in salute (il cd. outcome sul paziente difficilmente misurabile). Il costo non indica se la struttura che eroga la prestazione curi meglio o peggio.

Ad 8:

“I maggiori costi del pubblico vengono considerati conseguenza necessaria per il tipo di servizio che il pubblico deve offrire per garantire il diritto universale alla salute oppure il servizio pubblico ha ampi margini di miglioramento? In questo secondo caso, ha la Provincia un progetto per questo miglioramento e se sì quali e in quali tempi?”

Come in ogni servizio pubblico, così come nel privato, esistono sempre margini di miglioramento. Va tenuto conto, comunque, della quota parte di costi fissi, la cui modifica -qualora possibile- si determina solo mediante riorganizzazioni strutturali.

Ad 9:

“Dall'anno 2020 alla sanità privata è stato chiesto anche di accogliere pazienti affetti da Covid 19 che non potevano essere ricoverati nelle strutture pubbliche. Si chiede per l'anno 2020 e 2021 – naturalmente per il periodo in cui sono disponibili i dati richiesti: a. Quanti sono stati questi ricoveri di pazienti Covid presso strutture private convenzionate?

- a. A quante giornate complessive hanno corrisposto?*
- b. Qual era (o è) la “tariffa riconosciuta” dalla Provincia per ogni giorno di ricovero?*
- c. Quanto è stato speso in tutto per questi ricoveri nella sanità privata?”*

Di seguito i riscontri richiesti e si riferiscono alle strutture Villa Melitta (ora Melittaklinik) e Bonvicini:

- a. numero ricoveri: dal 23.03. 2020 al 31.03.2021: 1268;
- b. giornate complessive: dal 23.03.2020 al 31.03.2021: 21.144 (non comprendono tutte le effettive giornate poiché i ricoveri vengono liquidati per intero nel mese di dimissione a chiusura cartella clinica);
- c. retta giornaliera stabilita dall'Azienda sanitaria -ai sensi della DGP n. 814 del 20.10.2020- dal 23.03.2020 al 3.07.2020 (chiusura posti COVID 1. Fase): 500,00 euro; retta per letti in stand by dal 23.03.2020 al 26.04.2020: 400,00 euro, dal 27.04.2020 al 03.07.2020: 200,00 euro; retta giornaliera dal 22.10.2020 a tutt'oggi: 450,00 euro; retta per letti in stand by dal 22.10.2020 a tutt'oggi: 200,00 euro;
- d. dal 23.03.2020 al 31.03.2021 (considerati i pazienti dimessi) sono stati spesi 9.839.090,00 euro.

Villa Sant'Anna Srl dal 01.04.2020 al 28.03.2021:

- a. totale giornate di degenza: 5.291 con 327 ricoveri
- b. retta giornaliera stabilita dall'Azienda sanitaria -ai sensi della DGP n. 814 del 20.10.2020 dal 01.04.2020 al 15.05.2020 (chiusura posti COVID 1. Fase): 500,00 euro;
- retta per letti in stand by dal 01.04.2020 al 26.04.2020: 400,00 euro;
- retta per letti in stand by dal 27.04.2020 al 15.05.2020: 200,00 euro;
- retta giornaliera dal 23.10.2020 fino al 28.03.2021: 450,00 euro;
- retta per letti in stand by dal 23.10.2020 fino al 28.03.2021: 200,00 euro;
- c. dal 1.4.2020 al 31.03.2021 sono stati spesi 2.146.840,00 euro.

Ad 10:

“Quanto è stato speso dalla Provincia nello stesso periodo di cui alla risposta precedente per visite specialistiche e prestazioni diagnostico-strumentali nelle strutture private convenzionate?”



Per le branche oculistica, dermatologia, cardiologia, radiologia, senologia diagnostica, otorino e prelievi (con esclusione riabilitazione fisica, iperbarico, dialisi) nell'anno 2020 è stato speso l'importo di Euro 2.483.128,27; nel gennaio 2021 si è aggiunta la branca ortopedia alle branche sopraccitate ed è stato speso l'importo totale di 300.722,37.

Villa Melitta (ora Melittaklinik) e Bonvicini: dall'01.01. 2020 al 31.01. 2021: 1.983.571,30 euro (prime visite branche cardiologia, oculistica, dermatologia, ortopedia + radiologia).

Clinica Brixsana: dal 01.07.2020 (decorrenza accordo contrattuale) al 31.01.2021 euro 309.642,88 (tutte le prestazioni in convenzione branche radiologia, cardiologia, oculistica e dal 01.01.2021 anche ortopedia)

Per le cliniche private convenzionate Villa Sant'Anna e Fondazione S. Elisabetta (ex Martinsbrunn) per le branche radiologia, cardiologia, gastroenterologia, reumatologia, oculistica, dermatologia e prelievi (con esclusione della riabilitazione fisica) nell'anno 2020 è stato speso l'importo di Euro 1.061.584,25; per il mese di gennaio 2021 si è speso l'importo di Euro 73.476,37.

Clinica Salus dal 01.07.2020 al 31.01.2021 branca di cardiologia Euro 3.799,08.

Ad 11:

“Oltre ai ricoveri di pazienti Covid 19, è stato chiesto alle strutture private di ricoverare in convenzione pazienti affetti da altri tipi di patologie, e se sì, quanti, per quante giornate complessive, a quale “tariffa riconosciuta” e per quale spesa totale? Si richiedono i dati riferiti allo stesso periodo indicato nelle risposte alle domande 9 e 10, o in mancanza per il periodo di cui i dati sono disponibili.”

Villa Melitta (ora Melittaklinik) e Bonvicini: con queste strutture sono in vigore degli accordi contrattuali per ricoveri di riabilitazione post-acuzie (cod. 56), lungodegenza post-acuzie (cod. 60) e neuroriabilitazione (cod. 75) e durante il 2020 questa tipologia di ricovero è stata in parte sospesa a favore dei pazienti COVID; per ciascuna tipologia di ricovero si paga la retta giornaliera stabilita con DGP n. 1152/2019.

Villa Melitta (ora Melittaklinik): posti letto convenzionati 69

- a. numero ricoveri: 698
- b. giornate complessive: 18.399
- c. spesa complessiva dal 01.01.2020 al 31.12.2020: 5.318.048,38 euro

Bonvicini: posti letto convenzionati 86

- a. numero ricoveri: 1083
- b. giornate complessive: 25.505
- c. spesa complessiva dal 01.01.2020 al 31.12.2020: 6.704.787,37 euro

È stato stipulato un accordo ad hoc con la Casa di Cura S. Maria per pazienti acuti COVID free inviati dall'Ospedale di Bolzano in particolare dal Reparto di Medicina; la tariffa riconosciuta inizialmente è stata quella relativa al codice 60 (Lungodegenti post-acuzie) pari a 246,10 euro, successivamente vista la complessità dei pazienti è stato deciso di riconoscere il DRG corrispondente.

S. Maria

- a. numero ricoveri: da novembre 2020 a marzo 2021: 75
- b. giornate complessive: da novembre 2020 a marzo 2021: 577
- c. spesa complessiva: da novembre 2020 a marzo 2021: 192.669,23 euro.

Accordi con la Clinica Brixsana per ricoveri per acuti branca ortopedia partenza da gennaio 2021:

- a. numero ricoveri: da gennaio a marzo 2021: 35
- b. giornate complessive: dato non disponibile
- c. spesa complessiva da gennaio a marzo 2021: 344.750,00 euro

Villa St. Anna Srl/Merano: in vigore accordo contrattuale per ricoveri per medicina interna (codice 26.00): 15 posti letto fino al 17.05.2020, dal 18.05.2020 riduzione a 10 posti letto

- a. totale numeri ricoveri: 172
- b. totale giornate di degenza: 1.911



c. totale spesa complessiva: 451.485,51 Euro

Villa St. Anna Srl/Merano: in vigore accordo contrattuale per ricoveri per lungodegenza (codice 60.00): 30 posti letto fino al 17.05.2020, dal 18.05.2020 aumento a 42 posti letto

- a. totale numeri ricoveri: 380
- b. totale giornate di degenza: 8.406
- c. totale spesa complessiva: 2.065.782,94 Euro

E' stato stipulato un accordo con il Centro di Chirurgia Sant'Anna Srl/Merano per prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di ricovero per acuti nella branca della traumatologia urgente (codice 36.00) dall'20.01.2021 per 8 posti letto, si riconosce la tariffa per il corrispondente DRG.

- a. totale numeri ricoveri: 1
- b. totale giornate di degenza: 2
- c. totale spesa complessiva: 3.980,00 Euro

Cordiali saluti

L'Assessore
Thomas Widmann
(sottoscritto con firma digitale)