



CONFINDUSTRIA
Emilia-Romagna



AIOP
EMILIA
ROMAGNA

Gentile Signor
Dr. Vasco Errani
Presidente
Regione Emilia-Romagna
Viale A. Moro, 52
40127 Bologna

e p.c. Gentile Signor
Dr. Carlo Lusenti
Assessore
Politiche per la Salute
Regione Emilia-Romagna
Viale A. Moro, 21
40127 Bologna

Bologna, 24 gennaio 2013

OGGETTO: Manovra sul sistema sanitario regionale: posizioni e proposte di AIOP E.R. -
Confindustria E.R.

Caro Presidente,

come certamente saprà la manovra finanziaria legata al nuovo sistema sanitario regionale connessa alla c.d. *spending review* sta generando forti preoccupazioni in capo alle imprese dell'ospitalità privata regionale.

Al riguardo, AIOP e Confindustria Emilia-Romagna, sulla base degli stimoli positivi da Lei indicati nei giorni scorsi, hanno predisposto un pacchetto di proposte che Le trasmettiamo in allegato (vedi executive summary e documento tecnico operativo), frutto di una forte assunzione di responsabilità e di sacrifici da parte delle imprese da noi rappresentate.

In questa fase di dialogo e di confronto aperto con l'Assessorato alla Sanità sui contenuti della manovra, non Le nascondiamo un certo stupore nel riscontrare l'invio, da parte della Regione alle AUSL, di un documento di indirizzo che di fatto delinea una scelta politica già predefinita e che non tiene conto di nessuna delle proposte fin qui formulate dal settore privato.



CONFINDUSTRIA
Emilia-Romagna



AIOP
EMILIA
ROMAGNA

L'auspicio è che attraverso i documenti in allegato possano crearsi le condizioni affinché si giunga alla condivisione di un nuovo sistema tariffario che permetta da un lato alla Regione di razionalizzare la spesa sanitaria e dall'altro alle imprese private di poter continuare in un percorso di crescita e sviluppo, in un contesto di servizi al cittadino di qualità ed eccellenza.

Nell'attesa di poterLa incontrare, come da Lei preannunciato nei giorni scorsi, per illustrarLe nel dettaglio le proposte in allegato, cogliamo l'occasione per inviarLe i migliori saluti.

Confindustria Emilia-Romagna
IL PRESIDENTE
Dr. Maurizio Marchesini

A.I.O.P. Emilia-Romagna
IL PRESIDENTE
Mario Cotti



ALLEGATO 1

MANOVRA SUL SISTEMA SANITARIO REGIONALE

PROPOSTA DELL'AIOP E CONFINDUSTRIA EMILIA-ROMAGNA

La presente proposta, rappresentativa del contributo dell'AIOP al contesto di riduzione delle risorse per il finanziamento del Sistema Sanitario Regionale E.R. si articola:

- in una sommaria descrizione introduttiva;
- in un documento tecnico allegato con l'esplicitazione dei dettagli e dei prospetti descrittivi.

Con l'analisi della dinamica automatica dei costi reali (all. 2 - documento tecnico): al paragrafo 1 abbiamo quantificato in € 9.747.190 l'aggravio di spesa che inciderà sul sistema ospedaliero privato nell'arco del corrente anno 2013.

Per farvi fronte occorrerà, a parità di ricavi, recuperare margini di efficienza o in alternativa immettere risorse di capitale proprio nel sistema delle aziende.

Al paragrafo 2 abbiamo esaminato le proposte fino ad ora presentate dalla Regione e tutte declinate in ambito di classificazione delle strutture e di conseguenza assetto tariffario: istituzione di una fascia C con calo delle tariffe fino al -17,5% per la chirurgia e al -25% per la medicina, applicazione del DRG alla psichiatria, passaggio della riabilitazione ortopedica al cod. 60 estensivo e riduzione dello stesso, insieme alla lungodegenza, del -20,2%.

Il tutto con un impatto tariffario di € 54.472.000, che sommati alla dinamica di accrescimento dei costi di cui sopra portano a € 64.219.190 (-22,54% sui ricavi). Oltre a ciò spending review da norme nazionali del 1% per € -2.849.000.

La Regione stima che detta manovra abbia un'incidenza in termini di minori ricavi del sistema privato, prudenzialmente, pari ad € -30.000.000 su un fatturato di circa 285 milioni, tenuto probabilmente conto di una parziale crescita, inattuabile data l'entità del numero delle prestazioni per compensare il calo della tariffa (con una forbice che va dal -10,52% al -21,7%).

Manovra pesante e insostenibile per definizione.

Al paragrafo 3 abbiamo infine analizzato alcuni spunti di riflessione e di contributo alla trattativa che delineano una nostra proposta per una manovra



nell'ordine del -6% circa dei ricavi, così dettagliata:

raddoppio della spending review nazionale dall'1 al 2%, facoltà, alternativa alla citata riduzione budgetaria di 1 punto (sui 2 previsti), di riduzione della tariffa di 2 punti %, nuovo DRG con tetto alle giornate psichiatriche e riabilitative pari rispettivamente a 12 e 14 giorni e valore soglia per la lungodegenza a 21 giorni con calo della tariffa per quelli seguenti.

Tale ventaglio di proposte porta a decrementi di tariffe e di budget stimati in € -8.996.000 che sommate alla dinamica automatica di incremento dei costi del sistema configurano una manovra pari a € **-18.743.680 (6,58% del totale ricavi)**.

Come contropartita la proposta di decurtazione prevede un confronto con la Regione sui seguenti punti:

- 1) mantenimento dell'attuale previsione dell'accordo che collega l'evoluzione del budget AIOP agli adeguamenti positivi del FSR;
- 2) previsione della temporaneità della manovra in corso, con riequilibrio dei valori originari anche in termini tariffari o loro profonda revisione compensativa in caso di riaggiustamento dei valori del fondo sanitario e delle manovre previste negli anni a venire, con monitoraggio trimestrale della situazione e valutazione congiunta degli spazi operativi aperti da eventuali revisioni dei fondi disponibili;
- 3) impegno della regione all'allentamento dei vincoli sui contratti per i fuori regione, con ripensamento della politica intrapresa che fissa tetti separati per singole attività e risalenti ad anni precedenti, o comunque validità degli stessi solo tra le regioni contraenti senza ricadute sui produttori;
- 4) governo pieno delle regole tariffarie e budgetarie da parte della regione senza spazio per appesantimenti in sede locale;
- 5) chiusura dell'anno 2012 con riconoscimento di tutta l'attività svolta.



ALLEGATO 2

DOCUMENTO TECNICO

1) ANALISI E DINAMICA DELLE RISORSE

Il sistema ospedaliero privato accreditato funziona in modo del tutto simile al sistema pubblico ospedaliero regionale ed ha una dinamica dei costi del tutto sovrapponibile.

Il perseguimento del pareggio di bilancio nell'anno 2013 richiede comunque l'adozione di misure in grado di produrre economie tali da contrastare sia la rigidità e la stabilità dei ricavi rispetto all'anno precedente, o il loro eventuale calo, sia il tendenziale aumento dei costi quasi del tutto simile a quanto avviene nel sistema pubblico.

Per calcolare questo aumento si è adottata una scala di valori identica a quella calcolata per il sistema pubblico nei documenti di programmazione della Regione Emilia - Romagna, paragonando l'uno all'altro in funzione di una incidenza totale della spesa ospedaliera rispetto al FSR del 45%.

Ecco alcuni numeri rilevanti per i dettagli che seguono :

NUMERI RILEVANTI (in migliaia di euro)	2012	2013	diff. %	diff. assoluto	valore
Totale FSR ER	7.999.081	7.932.081	-0,90%		-67.000
Assistenza Ospedaliera Pubblica : 45% delle risorse del FSR	3.599.586	3.569.436	-0,90%		-30.150
FSN	107.780.00 0	106.824.00 0	-0,98%		-956.000
Budget AIOP non alta specialità	284.920	284.920			

Si riepiloga di seguito l'ipotetico trend dei costi del sistema privato con impatto sui principali fattori di produzione, rilevando le variazioni attese in modo del tutto accostabile a quello delle realtà pubbliche (dati in migliaia di euro).

Spesa farmaceutica ospedaliera

Stima della spesa: incidenza % 2012 della spesa farmaceutica pubblica sul totale della spesa ospedaliera parimenti pubblica: 17,78% ;
spesa farmaceutica privata: 50.658
aumento ipotizzato: +6% = + 3.039

Costo acquisti beni sanitari e non (escluso farmaci)

Stima della spesa: incidenza % 2012 della spesa per beni sanitari e non



sanitari
sul totale spesa pubblica ospedaliera: 18,5% ;
spesa privata per beni sanitari e non: 53.942
incremento equivalente al T.I.P +1,5% (tasso inflazione programmata):
+ 803

Protesica

Stima della spesa: incidenza % 2012 sul totale spesa ospedaliera pubblica:
 $(120.000 \times 100) / 3.599.586 = 3,5\%$;
spesa privata: 9.402
incremento equivalente al T.I.P: **+ 141**

Servizi in convenzione

Stima della spesa: incidenza % 2012 sul totale spesa pubblica ospedaliera:
 $(2.666.666 \times 100) / 3.599.586 = 7,4\%$
spesa privata: 21.084
incremento equivalente al T.I.P: **+ 316**

Altri servizi sanitari

Stima della spesa: incidenza % 2012 sul totale spesa pubblica ospedaliera:
 $(333.340 \times 100) / 3.599.586 = 9,2\%$
spesa privata: 26.212
incremento equivalente al T.I.P: **+ 393**

Costo per l'acquisto di servizi vari sanitari

Stima della spesa:

manutenzioni, servizi tecnici, utenze e assicurazioni (incremento
rispettivamente del: 6,5% ; 3,3% ; 5,2% ; 6%)
stima incremento su spesa ospedaliera pubblica: 1,17% (42,4 mil.)
stima incremento su spesa privata: **+ 3.333**

Godimento beni di terzi

Stima della spesa:
incidenza % 2012 sul totale spesa pubblica ospedaliera: $(113.333 \times 100) / 3.599.586 = 0,3\%$
spesa privata: **854**
incremento equivalente al T.I.P: **+ 12,10**

Accantonamento su costo del lavoro

Stima della spesa : 30% del totale ricavi : $284.920 \times 30\%$: 85.476
Accantonamento 2% : **+ 1.709,52**



Accantonamenti

Stima della spesa:

stima incremento su spesa ospedaliera pubblica: + 10.000 = + 0,2%

stima incremento su spesa privata: + 570

Alla luce di quanto sopra esposto si riassumono i valori con la seguente tabella:

Tabella b

<i>Valori in migliaia</i>	<i>2013 ipotetico trend costi privato</i>
Farmaci	+ 3.039,00
Costo acquisto beni sanitari e vari	+ 803,00
Protesica	+ 141,00
Servizi in convenzione	+ 316,00
Altri servizi sanitari	+ 393,00
Costo acquisto servizi non sanitari	+ 3.333,00
Godimento beni di terzi	+ 12,10
Accantonamento su costo del lavoro	+ 1.709,52
Accantonamenti	+ 0,57
Totale	+9.747,19

La Regione nei propri documenti di programmazione ha previsto, in assenza di manovre sui costi e mantenendo inalterata l'integrazione da parte del bilancio regionale (150 milioni di euro), un deficit di 260.000.000 di euro alla cui copertura, proporzionalmente, tutte le forze e i settori di spesa in campo dovrebbero essere chiamati a concorrere. **Fatto 100 il FSR 2013 pari a 7.932.081.000 lo sforzo aggiuntivo sui costi di 260 milioni equivale al 3,28%.**

Al sistema privato, oltre alla dinamica dei costi di cui alla tabella b, viene chiesto di concorrere alla riduzione del deficit con misure di finanza nazionale ex L. 135/2012 (spending review), pari all'1% del consuntivo 2011 (284.920.000 x 1% = 2.849.200) che sommati al trend dei costi esaminati portano ad una manovra tra maggiori costi e minori ricavi di € 12.596.390.

2) MISURE PROPOSTE DALLA REGIONE

Revisione del sistema tariffario

La legge 135/2012 (art. 15 comma 17) prevede che il Ministero della Salute determini le tariffe massime per la remunerazione dell'attività di assistenza ospedaliera; tali tariffe costituiscono il riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio Sanitario Nazionale; la legge prevede inoltre che gli importi tariffari fissati dalle singole regioni,



superiori alle tariffe massime e suscettibili di provocare un aggravio di spesa, restino a carico dei bilanci regionali. Nell'attesa dell'approvazione del decreto sulle tariffe ai sensi della L. 135/2012, la Regione E.R. ha assunto nelle proprie proposte quale tariffa di riferimento la Tariffa Unica Convenzionale (TUC), che rappresenta la tariffa massima concordata tra le regioni dal 2003, per gli scambi di mobilità sanitaria interregionale.

Attualmente l'assetto in vigore prevede due fasce ospedaliere di appartenenza degli ospedali pubblici e privati (A e B).

Nella seconda sono fatte confluire strutture con complessità organizzativa e casistica fortemente eterogenee, ma di fatto connotate da una minore intensità assistenziale rispetto alla prima.

Vi sono in fascia B strutture sia pubbliche che private (tutte) eccetto le 4 di alta specialità.

Non è vero che tra queste ultime siano ravvisabili forti differenze nei costi di produzione perché se è vero che il privato non possiede, se non in un caso, punti della rete di emergenza urgenza è anche vero che riceve un'ampia e differenziata casistica di invii dal pubblico proprio dai P.S., senza preavviso, e nel complesso denota un indice di peso medio e di trim point ben superiori al pubblico (per il primo, nel 2010, 1,29 contro 1,09; per il secondo per lo stesso anno 1,10 contro 1,04).

La Regione propone:

- L'adozione di una delibera che introduca una terza fascia tariffaria nella quale sono ricompresi gli stabilimenti, pubblici e privati, privi di servizi afferenti all'emergenza urgenza e di servizi di terapia intensiva (sarebbero 69 stabilimenti, di cui 31 pubblici e 28 privati accreditati).

Le strutture monospecialistiche non sono ricomprese all'interno delle fasce: si tratta degli ospedali privati psichiatrici e di quelli riabilitativi.

- Con la stessa delibera si porterebbe la remunerazione dei presidi di diagnosi e cura (SPDC) pubblici e degli SPOI pubblici e privati accreditati ad episodio di ricovero, ossia a DRG, e non più a giornata di degenza.

- Inoltre la remunerazione del ricovero riabilitativo per patologie muscolo scheletriche in soggetti che non presentano specifiche concomitanti patologie cronico degenerative verrebbe ricondotta dal codice 56 (intensiva) al codice 60 (estensiva).

In sintesi la delibera delle tariffe prevederebbe la seguente articolazione tariffaria.

- Fascia A 100% delle tariffe di riferimento, fatto salvo le Aziende Ospedaliere - Universitarie per le quali è previsto un incremento del 7% per la maggior complessità organizzativa.



- Fascia B 85% delle tariffe di riferimento.
- Fascia C 82,5% per i DRG chirurgici e 75% per i DRG medici, sempre delle tariffe di riferimento.

Le descritte misure applicate tout court al sistema privato accreditato producono una diminuzione del valore della produzione pari a 54,472 milioni di euro, che sommati ai 9.747.190 calcolati in precedenza, determinano uno squilibrio dei conti sullo stesso settore pari a 64,219 milioni, equivalenti ad una manovra del 22,54% dei ricavi, con punte per singole strutture del 57,3%, 44,7% e così via.

Non si capisce poi perché tale stima nei documenti di programmazione regionale sia ridimensionata a 30 milioni, che comunque rappresentano il 10,52% dei ricavi (ben lontano dall'importo del deficit previsto sul sistema pubblico e privato governato dal FSR, pari come si è visto al 3,28%).

3) PROPOSTE DELL'AIOP: VENTAGLIO DELLE MISURE POSSIBILI

Anzitutto crediamo che un contesto di riduzione sistematica delle risorse come l'attuale per ben operare debba essere applicato secondo i criteri dell'equità e della sostenibilità. Equità significa soprattutto tenuta per tutte le strutture dei livelli e degli standards di qualità senza pregiudizio per le cure ai cittadini, sostenibilità d'altro canto implica invece rispetto degli equilibri aziendali e sforzo parametrato all'intensità che un sistema, a livello complessivo e individuale (per tutti), può sopportare.

Non vi è sostenibilità, e quindi nemmeno equità, in una proposta che riporta a 10 anni addietro il sistema tariffario, con punte di 16 anni per certe strutture; in questi 16 anni le tariffe sono cresciute infatti del 31,2 % per l'attuale fascia B, rispetto a una inflazione che da sola è stimata in più del 70% e della rivalutazione del FSR che in questi anni ha pesato per il 122,7%.

Non c'è motivo razionale per chiedere al settore privato un recupero di efficienza del 21,7% quando al sistema nel suo complesso è richiesto di non più di 3 punti percentuali, senza contare che per alcune strutture questo 21,7 equivale a 40/50 punti percentuali di minore fatturato

Il sistema andrebbe incontro ad uno scadimento di qualità pesantissimo, non permesso dalle norme sull'accreditamento e comunque vera e propria anticamera di crisi d'impresa e fallimenti.

Quanto sopra si è visto in tema di tariffe massime, come illustrato nelle proposte regionali, non corrisponde al vero; il comma 17 dell'art. 15 della L. 135/2012 (spending review) dice chiaramente che la disciplina è comunque rispettata dalle regioni che non sono in piano di rientro (tra cui la nostra) e che le tariffe superiori restano a carico dei bilanci regionali qualora le stesse abbiano prodotto un costo supplementare rispetto ai budget



(vedi sistema soggetto a regressione tariffaria e non a tariffa variabile).

Nella nostra regione vige da 16 anni un sistema a tariffa variabile al 100% che produce l'automatico rientro nella spesa preventivata se vi sono esuberanti volumi produttivi. In un sistema come questo è indifferente il livello tariffario prescelto perché il rispetto del tetto è garantito dalla disciplina di funzionamento delle penalità (variabilità al 100% e non regressione tariffaria).

L'attuale fascia tariffaria B poi, se paragonata alla TUC o anche alla bozza di tariffa massima nazionale, è del tutto in linea, con scarti in più o in meno di qualche punto percentuale.

E' ragionevole pensare che il comma 17 di cui sopra possa essere interpretato suddividendone l'applicazione in modo differenziato per i 2 grandi settori di validità tariffaria: quello pubblico con applicazione attenuata nel rapporto pubblico-pubblico e orientata alla budgetizzazione dei reparti e degli obiettivi ed alla remunerazione della mobilità, il privato con più puntuali finalità remunerative anche nell'intra AUSL e comunque con un budget che trattiene al 100% la variabilità della spesa.

Se ciò è accettabile noi proponiamo di istituire una fascia B2 da affiancare alla fascia B, con all'interno tutti gli ospedali privati di non alta specialità non dotati di inserimento nella rete di emergenza urgenza (tutti eccetto i 4 di alta specialità) ad una tariffa pari all'attuale di fascia B e valida solo per la futura fascia B2.

Nell'ambito di tale fascia ogni struttura in sede di accordo con la propria AUSL ha due possibilità, ulteriori rispetto all'applicazione della spending review del 1% sul budget:

- 1) fatto 100 il proprio budget storico o concordato, si impegna a prestare attività per più di 100 applicando uno sconto del 2% alle tariffe su tutte le prestazioni (es. fatturato 106, sconto 2%, fatturato ridotto a 104 e soggetto alle penalità budgetarie come da attuale accordo regionale);
- 2) oppure praticare uno sconto budgetario ulteriore del 1% per cui fatto 100 il proprio budget avrà penalità per quanto fatto più di 99, restando il fatturato a tariffa piena.

In merito ai quattro settori monospecialistici della psichiatria, della riabilitazione intensiva, della lungodegenza e dell'estensiva, si propone:

- 1) nel primo caso (SPOI) di istituire un DRG equivalente a 12 volte l'attuale tariffa giornaliera, con proseguo eventuale dei ricoveri in RTI a tariffa identica all'attuale; tale misura rispetto all'attuale media di utilizzo dei reparti produce una riduzione di fatturato pari a € 570.474 e richiede



l'istituzione e sostituzione di nuovi PL di RTI in luogo di quelli per lo SPOI non più utilizzabili;

- 2) riabilitazione: istituzione di un tetto a 14 gg per le prestazioni di cod. 56 nella MDC 8, fatte salve particolari condizioni di patologie cronico degenerative concomitanti, con restante attività a cod. 60 pieno;
- 3) lungodegenza: primi 21 giorni a tariffa RER attuale e restanti a tariffa TUC, fatti salvi i casi di richiesta di prolungamento provenienti o avvallati dal soggetto pubblico inviante;
- 4) riabilitazione estensiva: primi 21 giorni a tariffa intermedia tra la tariffa RER a cod. 60 e attuale per MDC 8 cod. 56, e restanti a tariffa TUC, fatti salvi i casi di proroga richiesti o avvallati dal soggetto inviante nei quali si applicherà una tariffa pari alla attuale.

L'insieme del descritto contesto, unito a quanto illustrato sopra in termini di trend dei costi, porta ad una manovra il cui impatto sul sistema privato è descritto nella seguente tabella.

Impatto sul sistema privato della manovra proposta	2013	impatto
	ipotetico trend costi	
	privato	
valori in migliaia di euro		
Trend costi		
Farmaci	3.099,00	
costo beni sanitari e non	803,00	
Protesica	141,00	
servizi in convenzione	316,00	
altri servizi sanitari	393,00	
costo acquisto servizi non sanitari	3.333,00	
godimento beni di terzi	12,10	
accantonamento su costo del lavoro	1709,52	
Accantonamenti	0,57	
sub totale trend costi	9.747,19	
manovra ricavi		
spending review 1%	2.849,20	budget
sconto tariffario fino al 2% * (50% volumi)	2.849,21	tariffa
sconto budgetario ulteriore del 1% * (50% volumi)	1.424,61	budget
SPOI : tetto a 12 gg	570,47	tariffa
riabilitazione : tetto 14 gg MDC 8	783,00	tariffa
lungodegenza : valore soglia a 21 gg	300,00	tariffa
riabilitazione estensiva : valore soglia a 21 gg	220,00	tariffa
sub totale ricavi	8.996,49	
TOTALE COMPLESSIVO MANOVRA:	18.743,68	6,58%



* : ipotizzando che una quota pari a metà del volume complessivo scelga questa formula, e l'altra meta l'altra

A livello negoziale occorre poi discutere i seguenti punti:

- 1) mantenimento dell'attuale previsione dell'accordo che collega l'evoluzione del budget AIOP agli adeguamenti positivi del FSR;
- 2) previsione della temporaneità della manovra in corso, con riequilibrio dei valori originari anche in termini tariffari o loro profonda revisione compensativa in casi di riaggiustamento dei valori del fondo sanitario e delle manovre previste negli anni a venire, con monitoraggio trimestrale della situazione e valutazione congiunta degli spazi operativi aperti da eventuali revisioni dei fondi disponibili;
- 3) impegno della regione all'allentamento dei vincoli sui contratti per i fuori regione, con ripensamento della politica intrapresa che fissa tetti separati per singole attività e risalenti ad anni precedenti, o comunque validità degli stessi solo tra le regioni contraenti senza ricadute sui produttori;
- 4) governo pieno delle regole tariffarie e budgetarie da parte della regione senza spazio per appesantimenti in sede locale;
- 5) chiusura dell'anno 2012 con riconoscimento di tutta l'attività svolta.