

**AGGIORNAMENTO DELLE TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI  
ASSISTENZA SANITARIA Maggio 2009**

**“I COSTI DI PRODUZIONE DEI LABORATORI DI ANALISI  
ED ALCUNE CONSIDERAZIONI SULLA VARIABILITÀ DEGLI STESSI”**

## **Sommario**

Rilevazioni costi .....	3
Presentazione delle strutture partecipanti .....	5
Politiche regionali e impatto delle nuove tariffe.....	6
Alcune considerazioni sulla rilevazione dei costi a base della revisione delle tariffe presentata del Ministero della Salute.....	10
Una proposta equilibrata (Struttura Standard Soglia minima di efficienza .....	14

## Rilevazione costi

La **Federlab Italia** è ente esponenziale che ha federato operatori della sanità privata in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale per la branca di patologia clinica, costituiti in Associazioni Regionali. Essa è presente, mediante le proprie articolazioni regionali, in tutto il territorio nazionale configurandosi così sul piano nazionale Associazione maggiormente rappresentativa nell'ambito della branca di Patologia Clinica.- Tra i suoi scopi si è dato quello di promuovere l'adozione, o il perfezionamento, di normative e provvedimenti legislativi inerenti l'attività svolta dalla categoria a livello nazionale, mediante anche attività di studio e ricerca, finalizzate a sostenere ogni azione per il raggiungimento degli scopi sociali e dei fini istituzionali, e quindi a tutelare gli interessi dei propri associati.

Tra le sue iniziative di studio ha da qualche tempo avviato un osservatorio costituitosi con criteri di partecipazione volontaria con l'intento di ricevere dai laboratori iscritti alla federazione dati utili per monitorare le variazioni dei costi, del mix delle prestazioni e delle tariffe applicate dalle regioni

I criteri di rilevazione impiegati da Federlab Italia nella costruzione del suo Osservatorio hanno un fondamento di assoluta trasparenza. E' previsto infatti che le informazioni trasmesse siano certificate dal bilancio economico della struttura stessa (o in assenza del bilancio la dichiarazione dei redditi o altro documento formale che attesti la veridicità formale di costi e ricavi). Alle strutture è richiesto, oltre alla trasmissione del conto economico riclassificato, di compilare e trasmettere la numerosità delle singole prestazioni erogate (codificate secondo nomenclatore) che va a spiegare l'origine del fatturato dichiarato.

Il progetto avviato da poco è ancora in fase di costruzione ma già sono stati raccolti costi e ricavi di un certo numero di strutture.

Si è ritenuto quindi opportuno utilizzare ora tutti i dati disponibili senza

aspettare la messa a regime dell'osservatorio per fare riflettere immediatamente sulle conseguenze della proposta ministeriale e prospettare i gravi rischi cui si andrebbe incontro applicando le conclusioni del tavolo delle tariffe del Ministero così come le ha recentemente divulgate presentando una bozza del nuovo nomenclatore tariffario per la specialistica ambulatoriale.

In questo nomenclatore oltre a non esservi alcun adeguamento tariffario rispetto ai costi che sono incrementati in questi anni (personale ed attrezzature soprattutto) si ipotizza una significativa riduzione di numerose tariffe rispetto al tariffario introdotto dal DM97 (c.d. Bindi): -30% le tariffe delle aree biochimica, markers tumorali e urine, -10% le tariffe delle aree ormoni e sierologia. Sebbene restino stabili microbiologia, anatomia patologica, genetica, prelievi e quasi raddoppino le tariffe dell'ematologia, l'impatto complessivo potrebbe attestarsi sul 10% in meno di ricavi rispetto al tariffario "Bindi" ma molto di meno rispetto alle tariffe in vigore in molte regioni che nell'arco di questi 10 anni hanno progressivamente modificato le tariffe al crescere dei costi ma anche come conseguenza dei modelli organizzativi adottati.

Resta anche il fatto che nessun laboratorio privato accreditato è stato coinvolto nella rilevazione dei costi e cresce quindi la volontà di dimostrare la necessità di un adeguato studio dei costi prima di definire il nuovo tariffario.

Federlab Italia per favorire la riflessione ed una equa decisione sotto il profilo tecnico presenta un modello di valutazione che parte dalla conoscenza analitica dei costi.

I ventisei laboratori che hanno partecipato alla rilevazione hanno sede in 4 diverse regioni (una del nord, una del centro, una del sud ed una delle isole):

Lombardia. 7 laboratori

Lazio: 5 laboratori

Campania: 11 laboratori

Sicilia: 3 laboratori

Sono soprattutto laboratori di medie dimensioni:

2 grandi con fatturato annuo superiore ai 3 milioni

14 medie con fatturato superiore al mezzo milione di euro

10 piccole con fatturato inferiore al mezzo milione di euro.

E' possibile mettendo in scala le dimensioni delle strutture evidenziare la relazione tra maggiori dimensioni e minori costi unitari di produzione.

	<b>Tutte</b>	Grandi (2)	Medie (14)	Piccole (10)
Costi rilevati	<b>47.245.915</b>	<b>27.292.663</b>	<b>16.683.885</b>	<b>3.269.367</b>
Personale	13.221.998	7.285.882	4.862.054	1.074.062
Consumi	15.940.982	9.333.510	5.917.055	690.417
Servizi	2.384.165	1.042.588	986.481	355.096
Generali	11.032.432	6.571.499	3.517.342	943.591
Oneri finanziari	1.630.576	1.093.061	406.147	131.368
Imposte	3.035.762	1.966.123	994.806	74.833
Ricavi	<b>50.317.667</b>	28.995.681	17.905.247	3.416.739
Margine	<b>3.071.752</b>	1.703.018	1.221.362	147.372

Nei bilanci presentati riferiti all'anno 2006 la gran parte delle strutture risulta in pareggio.

Si osserva come atteso - che al crescere della dimensione cala l'incidenza del costo di personale, dei servizi e dei costi generali.

E' possibile mettendo in scala le dimensioni delle strutture evidenziare la relazione tra maggiori dimensioni e minori costi unitari di produzione.

Sulle strutture più piccole pesano maggiormente i servizi mentre sulle strutture più grandi sono maggiori i consumi di reagenti (andrebbe approfondita visto che si evidenzia - l'effetto delle strategie “to make or to buy” sulle strutture grandi e sulla eventuale rete di laboratori piccoli).

Le strutture più grandi realizzano comunque margini maggiori fino al calcolo dei costi di produzione ma poi di fatto questi stessi si livellano su quelli delle strutture medie per il maggiore peso degli oneri finanziari (maggiori investimenti) e dei maggiori oneri fiscali.

	<b>Tutte</b>	Grandi (2)	Medie (14)	Piccole (10)
Personale	<b>26%</b>	25%	27%	32%
Consumi	<b>32%</b>	32%	33%	20%
Servizi	<b>5%</b>	4%	6%	10%
Generali	<b>22%</b>	23%	20%	28%
<b>Costi di produzione</b>	<b>85%</b>	<b>84%</b>	<b>86%</b>	<b>90%</b>
Primo margine (senza oneri)	<b>15%</b>	16%	14%	10%
Oneri finanziari	<b>3%</b>	4%	2%	4%
Imposte e tasse	<b>6%</b>	6%	6%	2%
Margine	<b>6%</b>	6%	6%	4%

E' un pareggio comunque influenzato dalle politiche regionali che si sono nel tempo discostate dal tariffario nazionale.

## **Politiche regionali e impatto delle nuove tariffe**

Il fatto che le regioni abbiano modificato il tariffario del DM97 complica il confronto alla pari ma non lo impedisce. E' causa invece di maggiore complicazione il fatto che in relazione alle modifiche tariffarie le regioni hanno in certi casi fissato degli standard strutturali ed organizzativi molto differenziati per le strutture.

Conoscendo il mix di produzione di ogni singola struttura è possibile valutare tutte le strutture con il tariffario del Dm97.

### Le strutture più piccole non raggiungono neppure un primo margine

La prima operazione è stata ricondurre i fatturati delle 26 strutture al tariffario originale del DM 97.

Utilizzando il mix delle strutture che hanno partecipato alla rilevazione risulta che:

- La Campania ha aumentato le tariffe rispetto al DM97 del 46%
- Il Lazio le ha aumentate del 41%
- La Sicilia le ha aumentate del 38%
- La Lombardia le ha aumentate del 18%

Molti degli aumenti delle tariffe sono in realtà pesantemente condizionati dal fatto che alcune regioni, al fine di garantire elevati standard qualitativi, hanno adottato requisiti strutturali e modelli organizzativi particolarmente onerosi. In particolare alcuni modelli organizzativi ( Cfr. Regione Campania) prevedono una stretta relazione tra gli standard di personale ed il volume delle prestazioni erogate. Scompaiono a causa di questa condizione gli effetti positivi delle economie di scala che dovrebbero manifestarsi al crescere delle dimensioni ed alla eventuale automazione delle procedure.

Nella tabella seguente ipotizzando il mix indicato nella colonna si è cercato di simulare le variazioni operate nelle diverse regioni rispetto al DM 97.

La recente proposta del Ministero è indicata nell'ultima colonna.

	Ipotesi Mix	Campania	Lombardia	Lazio	Sicilia	DM2008
Biochimica	42%	+78,6%	+19,6%	+87,0%	+62,3%	-29,3%
Microbiologia	15%	+22,7%	+13,8%	+20,9%	+21,1%	+0,2%
Ematologia / coagulazione	13%	+20,8%	+19,0%	-0,5%	+45,0%	-12,8%
Prelievi	7%	-19,1%	+12,4%	-77,3%	+13,6%	+0,8%
Genetica	7%	-16,3%	+31,3%	=	+1,7%	+0,0%
Marcatori tumorali	6%	+31,2%	+7,4%	+45,7%	+58,2%	-28,7%
Sierologia	4%	+19,1%	+4,7%	+28,9%	+55,5%	-9,9%
Urine	3%	-44,9%	+12,1%	-44,9%	+54,6%	-29,0%
Altra	2%	-2,0%	+25,1%	-2,1%	+50,8%	-25,4%
Esami istocitopatologici	1%	-58,1%	+10,2%	-25,7%	+1,7%	+0,2%
Ormoni	1%	-13,7%	+3,4%	-6,3%	+32,9%	-10,2%

Riportando con una simulazione i ricavi al livello del tariffario “Bindi” ogni struttura vedrebbe significative riduzioni dei ricavi SSN e ticket con l'esito finale di mandare in perdita le strutture già al livello del conto dei costi di produzione.

Mentre per le piccole i costi risulterebbe insostenibili per le grandi si prospetterebbe la difficoltà a rimborsare i prestiti.

	<b>Tutte</b>	Grandi (2)	Medie (14)	Piccole (10)
Personale	32%	30%	34%	40%
Consumi	39%	39%	41%	26%
Servizi	6%	4%	7%	13%
Generali	27%	27%	25%	35%
<b>Costi di produzione</b>	104%	101%	107%	114%
Primo margine (senza oneri)	<b>-4%</b>	<b>-1%</b>	<b>-7%</b>	<b>-14%</b>
Oneri finanziari	4%	5%	3%	5%
Imposte e tasse	-	-	-	-
Margine	<b>-8%</b>	<b>-6%</b>	<b>-10%</b>	<b>-19%</b>

L'ipotesi tariffaria presentata dal Ministero incide ulteriormente sui ricavi delle strutture del campione preso in esame.

	<b>Tutte</b>	Grandi (2)	Medie (14)	Piccole (10)
Costi 2006	47.245.915	27.292.663	16.683.885	3.269.367
Ricavi 2006 a tariffa	50.317.667	28.995.681	17.905.247	3.416.739
Stima riduzione ricavi*	74%	76%	72%	73%
Ricavi previsti	37.395.050	21.942.980	12.957.805	2.494.265

\* Nell'ipotesi ricavi si stima la riduzione sul valore del SSN come indicata dal ministero sul mix erogato ed un mantenimento del valore dell'attività privata sui livelli del 2006. L'effetto dello sconto previsto dall'art. 1, comma 796, lettera o), della legge n. 296/2006 non è calcolato ipotizzando che l'introduzione del nuovo tariffario azzeri questa misura che ha caratteristiche di “emergenza e temporaneità” avulsa da ogni valutazione oggettiva sui costi di produzione ed applicazione inspiegabilmente - su un solo segmento di offerta.

**E' quasi inutile descrivere l'effetto in una simulazione dato che nessuna delle strutture arriverebbe a chiudere l'esercizio avendo di fatto costi di produzione superiori ai ricavi in misura compresa tra il 10 ed il 20%.**

	<b>Tutte</b>	Grandi (2)	Medie (14)	Piccole (10)
Personale	35%	33%	38%	43%
Consumi	43%	43%	46%	28%
Servizi	6%	5%	8%	14%
Generali	30%	30%	27%	38%
<b>Costi di produzione</b>	<b>114%</b>	<b>110%</b>	<b>118%</b>	<b>123%</b>
Primo margine (senza oneri)	<b>-14%</b>	<b>-10%</b>	<b>-18%</b>	<b>-23%</b>
Oneri finanziari	4%	5%	3%	5%
Imposte e tasse	0%	0%	0%	0%
Margine	<b>-18%</b>	<b>-15%</b>	<b>-21%</b>	<b>-28%</b>

E' preoccupante che persino una delle strutture del campione Federlab Italia che spicca rispetto alle altre per le grandi dimensioni, il mix di offerta molto ampio si ritroverebbe fuori mercato.

Si ipotizza addirittura ma non è stato scritto con chiarezza che verrebbe anche mantenuta l'applicazione dello sconto introdotto con la finanziaria del 2007 che già ha messo in gravissima difficoltà le strutture di offerta in questi ultimi 2 anni.

**Ipotizzando poi che il mercato sia assorbito dai laboratori degli ospedali pubblici, non è assolutamente scontato che l'incremento di efficienza sia effettivamente ottenibile. E' più probabile attendersi un incremento dei costi che porterà ad aumentare ulteriormente il disavanzo degli ospedali stessi.**

**E' facile prevedere che a breve però le perdite dovrebbero aumentare perché la chiusura dei privati riverserebbe la domanda sulle strutture pubbliche che autorizzate o meno inizierebbero ad assumere personale (ogni regione secondo la propria peculiare tradizione) per far fronte al significativo incremento della domanda.**

## **Alcune considerazioni sulla rilevazione dei costi a base della revisione delle tariffe presentata del Ministero della Salute**

Il Ministero ha presentato, tra l'altro, come studio di riferimento gli esiti del progetto Costilab realizzato in Umbria tra il 2003 ed il 2005. I risultati derivati dall'insieme delle contabilità analitiche delle strutture dell'Umbria sarebbero diventati una base di ragionamento importante nella fase di revisione delle tariffe che è in atto. La reportistica presentata mette in evidenza alcuni punti di riflessione interessanti.

Il sistema umbro ha rilevato - con lo stesso metodo - i costi dal 2003 al 2006 (quest'ultimo non ancora disponibile).

Tra il 2003 ed il 2005 i costi solo i costi diretti delle UO laboratorio sono aumentati del 4% [comprendendo anche la riduzione delle UO produttive da 13 a 12].

Dentro questi costi la composizione si è modificata: si è ridotta l'incidenza dei reagenti (ma è +0,8% in valore assoluto) e sono aumentati i costi del personale (+5%) e delle strumentazioni (+15%).

Nulla si sa dei costi generali delle aziende nello stesso periodo (il costo del laboratorio è una minima parte del costo di una intera azienda ospedaliera).

Tra il 2003 ed il 2005 il numero di esami (interni ed esterni) è cresciuto del 2%

Nello stesso periodo i prelievi esterni sono aumentati dell'8% con un aumento dei costi di trattamento del 3% (+ 6% l'accettazione +3% la refertazione ed in pari il prelievo)

Esiste quindi una dinamica reale di costi ed una dinamica della domanda a fronte di una assenza sistematica di dinamica nelle tariffe.

Questa dinamica è maggiore laddove conta la componente umana (prelievi, trattamento dei campioni, microbiologia) e dove ci sono investimenti. E' più facile invece l'assorbimento dei costi (più produzione allo stesso costo) dove c'è automazione e logiche di scala.

Lo stesso studio mette poi in evidenza che qualsiasi razionalizzazione operata sui costi di produzione (almeno nei sistemi sanitari a carico dei costi pubblici) è poi tranquillamente vanificabile da una assenza di razionalizzazione della domanda.

Bisogna anche ribadire alcuni assunti che aiutano a contestualizzare l'esperienza

1 ) Per le Aziende ospedaliere e ASL non esiste un reale problema tariffario ma un più generale problema di costi.

2) La crescita della domanda interna ed esterna degli esami non è confrontata con i ricoveri (che sono scesi in tutta Italia) e non è confrontata con la popolazione.

3) ) L'assenza dei costi generali (incidenza e dinamica dei costi generali) è un grave limite della ricerca. Nessuna analisi che vuole conoscere i costi può trascurarla, a maggior ragione se si vuole determinare le tariffe sulla base dei costi.

E va anche precisata la particolarità del contesto di una piccola regione come l'Umbria:

1) Nei grandi laboratori ospedalieri le produzioni in serie (biochimica per esempio) assorbono bene le dinamiche dei costi (Perugia e Terni trattano in un anno 4 milioni di esami per interni).

2) Il 50% degli esami del campione è trattato da solo 2 laboratori pubblici di Perugia città (USL2 2 e AO) con quasi 7 milioni di esami in un anno.

Il timore è che la peculiarità di una piccola regione come l'Umbria sia poi poco confrontabile con una realtà più complessa come quella nazionale.

Per verificare quindi se davvero i costi dell'Umbria potevano essere usati come termine di paragone sono state messe a confronto tre diverse rilevazioni:

Umbria Tutte le strutture pubbliche del 2005 (ospedaliere e non)

Federlab 26 strutture private (territoriali) costi e ricavi 2006

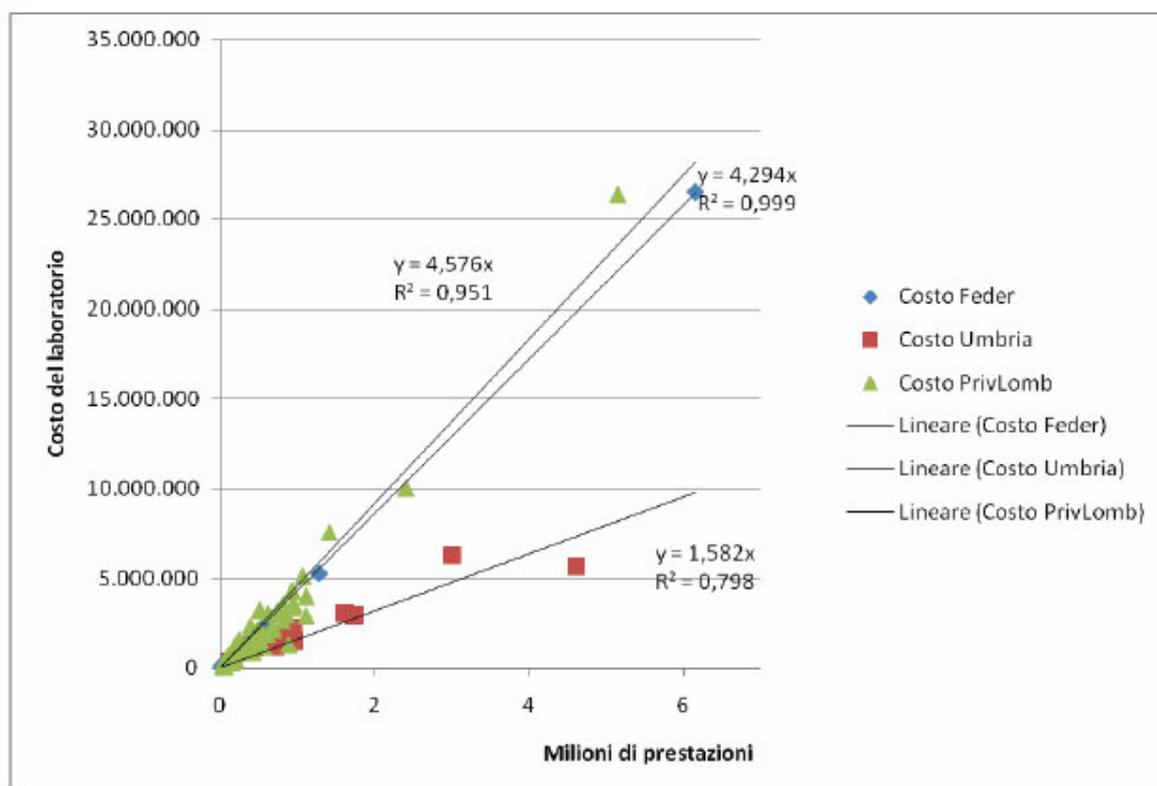
Lombardia - 64 strutture ospedaliere private (in parte con PS in parte no) del 2005

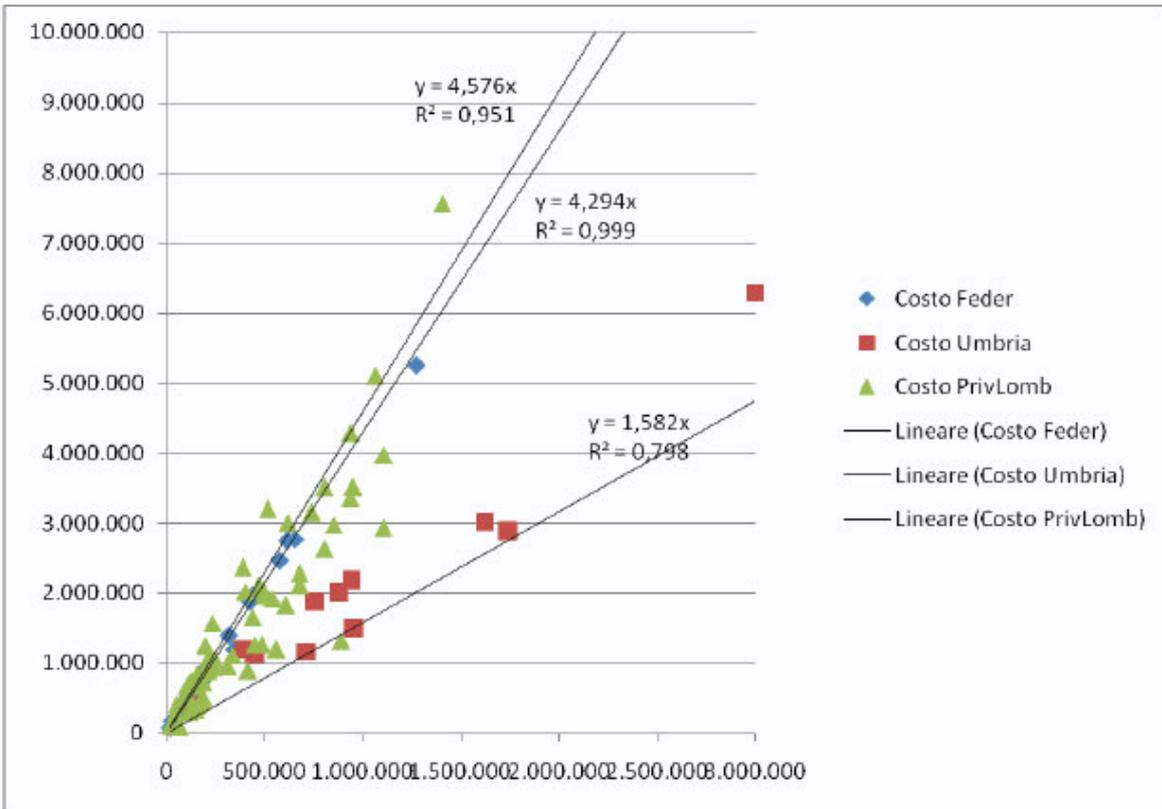
In linea teorica i costi degli ospedali che devono garantire anche nei laboratori - turni di lavoro festivi e notturni per le emergenze urgenze dovrebbero essere più alti dei costi dei laboratori territoriali.

Il confronto mostra invece che lo studio dei costi dell'Umbria da dei costi unitari a prestazione largamente inferiori alle altre due rilevazioni.

Nei grafici sono messi a confronto il numero delle prestazioni con il costo delle strutture.

Le rette in alto (costo delle prestazioni tra i 4 ed i 5 euro) sono la rilevazione della Lombardia e la rilevazione di Federlab. La retta in basso (1,2 euro a prestazione) è quella dell'Umbria.





## **Una proposta equilibrata (Struttura Standard Soglia minima di efficienza)**

E' possibile definire degli assunti da cui fare discendere una proposta più equilibrata:

- a) I costi di produzione in 10 anni sono aumentati
- b) E' necessario garantire un livello di offerta territoriale tenendo presente anche l'impossibilità in molte aree del paese - di accedere facilmente ad un ospedale. Quindi una politica di concentrazione, ma anche di accessibilità;
- c) Il costo degli ospedali che assicurano l'emergenza urgenza e che lavorano su volumi molto grandi non è utilizzabile per definire le tariffe di acquisto delle stesse prestazioni erogate da un privato di piccole medie dimensioni;
- d) Le tariffe possono essere uno stimolo alla razionalizzazione ma non possono essere inferiori al costo di produzione di una struttura efficiente di medie dimensioni e poi comunque occorre considerare congiuntamente i requisiti di accreditamento;
- e) I costi generali devono essere compresi nella tariffa dei privati e dei pubblici;

Occorre infine ricordare che il costo per la sanità pubblica è maggiore per gli ospedali pubblici rispetto alla tariffa riconosciuta per il privato.

Vanno quindi definite la dimensione ed il modello organizzativo di una struttura standard che operi in un territorio abbastanza vasto da garantire l'economicità dell'investimento ma che non sia talmente vasto da impedire l'accesso diretto alla struttura.

Vanno rilevati i costi fissi necessari per l'avvio di una struttura di questa dimensione minima (generali, di struttura, ammortamenti, nucleo di personale coerente con l'accreditamento).

Vanno rilevati i costi variabili al crescere del volume di attività (reagenti, consumi e personale).

Va infine fissato in corrispondenza della domanda della popolazione di riferimento il fatturato sufficiente a coprire costi fissi, i costi variabili ed a garantire l'utile d'impresa.

Va ridiviso il fatturato per il numero delle prestazioni per ottenere un costo unitario di riferimento.

Sulla base di questo indice di costo unitario - e considerando il grado di assorbimento dei costi nelle varie determinazioni analitiche - si potrà determinare il nuovo sistema tariffario.