

GESTIONE A BUDGET: PRIME ESPERIENZE

Renzo Tarchini, U.O. di Nefrologia e Dialisi, Azienda Ospedaliera Provinciale "Carlo Poma" Mantova

Introduzione

Con il termine di Budget s'intende un piano di programmi, di obiettivi e di risultati da conseguire nel corso di un anno solare, redatto tenendo conto delle risorse disponibili, dei bisogni da soddisfare (la domanda di beni e servizi da parte del mercato) e degli ampliamenti o riduzioni di attività che dovessero rivelarsi necessari. Esso costituisce quindi uno degli strumenti fondamentali per il controllo della gestione delle strutture complesse, noto da anni nell'ambito commerciale, dove bisogna raggiungere gli obiettivi di bilancio, per poter "sopravvivere" come organizzazione aziendale. Redigere correttamente un Budget prevede quindi di definire che cosa e come si deve svolgere la propria attività e di chi fa che cosa nell'ambito del proprio settore. Se per noi Sanitari è innovativo stendere report operativi con fini gestionali ed amministrativi, non è assolutamente nuovo descrivere atti e risultati nonché prevedere fabbisogni di strumenti e risorse umane necessarie ad affrontare (e risolvere) problemi complessi (1). Del tutto nuova ci appare invece la necessità di esprimere in un programma annuale gli obiettivi del proprio settore in termini operativi, in modo da poter dar luogo ad analisi comparative che siano la base di spunti e decisioni di coordinamento ed integrazione. La trasparenza del progetto, dell'obiettivo e del risultato conseguito sono anche fonte di stimolo migliorativo per tutte le componenti aziendali e finiscono per costituire uno strumento di motivazione (2). Nell'Azienda Sanitaria la redazione sul budget si configura così come uno strumento di lavoro, costruito per gradi e per livelli successivi d'informazione e d'integrazione progressiva tra settori direttivi, amministrativi, sanitari e tecnici, con l'obiettivo di utilizzare le risorse finanziarie ed umane con i migliori risultati sanitari (massima efficienza). A tal fine la formulazione del budget non può prescindere dalle indicazioni di W. Cleverly, quando spiega che l'aspetto chiave del budgeting è la previsione dei costi di produzione (che hanno il massimo interesse per il management) e quando ricorda i cinque passi elementari che stanno alla base del budgeting sanitario (3):

- Definire il volume di pazienti per patologia da trattare nel periodo;
- Definire il protocollo di trattamento standard per ogni tipo di patologia;
- Definire le dimensioni strutturali ed organizzative del centro di responsabilità;
- Definire i profili standard dei costi per prodotto sanitario (output) del centro di responsabilità;
- Definire i costi da pagare per le risorse da impiegare (Umane, strumentali, strutturali).

Gli elementi conoscitivi

Da tale programma di operazioni preliminari da compiere per disporre di una base esauriente di informazioni, emerge la necessità di disporre di elementi conoscitivi certi e di obiettivi chiari, ben definiti da parte della Direzione Aziendale. A tutt'oggi, non molte delle nostre Aziende Sanitarie dispongono degli elementi epidemiologici e dei dati contabili adeguati, anche se molte di esse stanno recuperando rapidamente rispetto al passato. Grazie ai Registri Regionali di Nefrologia, Dialisi e Trapianto, frutto dello sforzo delle Sezioni Regionali ed Interregionali della SIN e di tutti i Centri Nefrodialitici afferenti, oggi disponiamo di una vasta messe di dati epidemiologici sull'uremia cronica e sulle principali scelte terapeutiche, che ci permettono di rispondere con una buona approssimazione al primo requisito di Cleverley: Siamo effettivamente in grado di definire il volume dei pazienti per tipo di patologia da trattare nel periodo ed inoltre conosciamo il trend epidemiologico per classi di età, per comorbidità, per provincia, ecc. Come esempio riporto dal registro Regionale Lombardo una tabella riassuntiva della numerosità per provincia dei pazienti uremici in trattamento dialitico dal '93 al '97, con la prevalenza (N. paz pmp) al 31.12.1997, la rispettiva disponibilità di posti tecnici per l'Emodialisi Extracorporea in rapporto alla popolazione residente (Posti HD pmp) e l'indice di occupazione degli stessi (Pazienti/posto tecnico per il trattamento extracorporeo ospedaliero = Paz/posto HD) (4).

Provincia	Popolazione	N. paz 12/93	N. paz 12/95	N. paz 12/97	N. paz pmp	PostiHDpmp	Paz/postoHD
Bergamo	947465	588	677	703	742.0	142.5	4.2

Brescia	1077378	676	652	708	657.2	141.1	3.9
Como	534483	445	221	235	439.7	104.8	4.0
Cremona	331714	159	211	184	554.7	168.8	2.7
Lecco	305366	-	236	245	802.3	144.1	5.1
Lodi	192467	-	110	145	753.4	166.3	3.5
Mantova	370315	166	183	204	550.9	105.3	4.2
Milano	3731855	2119	2101	2240	600.2	109.1	4.3
Pavia	494825	315	335	374	755.8	204.1	3.3
Sondrio	177248	98	104	123	693.9	158.0	4.4
Varese	811032	427	449	473	583.2	115.9	3.9
LOMBARDIA	8974178	4993	5279	5634	627.8	127.5	4.0

Per la provincia di Mantova, si può notare una prevalenza dei pazienti uremici ed una disponibilità di posti tecnici inferiori alla media regionale, con una saturazione maggiore. Tali dati sono utili ai fini di una corretta programmazione delle strutture e delle attività. Alla definizione di protocolli standard per il trattamento di ogni tipo di patologia incidente siamo però ancora lontani, anche se non ci mancano alcune recenti linee guida per singole situazioni cliniche ed una vasta letteratura che peraltro si aggiorna quasi quotidianamente. Le scelte diagnostico-terapeutiche basate su evidenze clinicamente documentate (Evidence-based Medicine) ancora non superano il 20% delle forme patologiche e nella stessa pratica dialitica ci si affida molto più al buon senso ed all'esperienza che a scelte basate su quantizzazioni numeriche (5). Anche le dimensioni strutturali ed organizzative di un Centro di responsabilità, ancorchè risultino ben individuate da parte del Dirigente e del suo staff, ben di rado possono adeguarsi con flessibilità agli effettivi bisogni ed alla domanda di prestazioni, che sia in aumento oppure in diminuzione. E' ragionevole peraltro attenderci degli adeguamenti progressivi, dettati dal D.L. 626/94, dai Requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie (DPR 14.01.97 N. 37) (6) e dalle normative regionali che ne sono scaturite (7). Si può notare che molto prima di giungere a definire i profili di costo del nostro prodotto sanitario (trattamenti dialitici e prestazioni collaterali) e/o di definire i costi da sostenere per le risorse strutturali, strumentali ed umane necessarie, dobbiamo chiarire le nostre stesse dimensioni operative, affinché la stesura di un budget non si riduca ad una mera operazione contabile ma ci conduca in un programma funzionale, condiviso e percorribile.

Le linee strategiche aziendali

Per effetto della Legge 31/1997 (8), in tutta la Regione Lombardia nel corso del '98 i Dirigenti hanno dato il via ad una grande operazione di ricognizione dell'esistente e di programmazione Sanitaria ed Amministrativa, producendo il proprio Piano Strategico Triennale 1998-2001 (9). Senza entrare nella sua descrizione analitica, posso rilevare che quello della nostra Azienda si articola in piani di sviluppo e programmi di gestione. Dopo aver presentato la propria metodologia di programmazione, il PST espone la struttura patrimoniale e finanziaria, nonché il risultato economico, basando le previsioni sui dati storici e sulle ipotesi di sviluppo. Di particolare interesse risulta la ripartizione programmatica in schede analitiche per le singole U.O. di tutti i 5 Presidi Ospedalieri facenti parte dell'Azienda. Esse compaiono ripartite in conto economico, sintesi economico-finanziaria, investimenti d'esercizio, ammortamenti ed infine in una scheda del personale, suddiviso per categorie con l'analisi dei relativi costi. I valori numerici ed economici riportati sulla scheda originano nel 1997 e si proiettano fino al 2001. In una successiva sezione di allegati è riportato il piano di attività delle U.O. di degenza, che analizza e "pesa", i primi 18 DRG del 1997 e li proietta fino al 2002, sia per i ricoveri ordinari che per i DH, come espressione di previsioni formulate su richiesta dai Dirigenti Medici. Mentre veniva redatto questo Piano, il Direttore Generale ha individuato il primo risultato aziendale nel raggiungimento di obiettivi economici predefiniti dal Business Plan per ogni Unità operativa (Livello di primo margine = Risultati tariffari Costi del personale). Ha quindi vincolato il 70% del fondo di risultato, sia per l'area dirigenziale che per il comparto sanitario, tecnico ed amministrativo al raggiungimento degli obiettivi di Piano a livello economico-finanziario. Il PST, da strumento previsionale aziendale, assume così una forza quasi cogente, in grado di orientare tutta l'attività delle équipes sanitarie ed amministrative verso le scelte aziendali, molto prima di entrare nella fase di contrattazione del budget delle singole unità operative. Al

momento opportuno la dinamica contrattuale del budget finirà per interessare solamente le risorse strutturali e tecnologiche necessarie a raggiungere gli obiettivi prefissati, dopo averne definito il valore economico. Sotto questa luce, lo strumento e la scelta strategica adottati presentano alcuni aspetti nettamente positivi, che meritano di essere riconosciuti: Nel frazionamento preesistente di una realtà aziendale complessa, articolata in cinque Presidi dotati di diversi gradi di professionalità, di tecnologia applicata e dimensioni, era indispensabile adottare un criterio innovativo, univoco ed aggregante, semplice da applicare. Mentre gli strumenti analitici per la raccolta dei dati economici e gestionali sono ancora troppo lacunosi ed imperfetti per permettere in tempi brevi un flusso di dati sufficientemente corretto ed affidabile, nonché trasparente, i parametri di risultato economico costituiscono invece un flusso informativo ormai costante e consolidato, sia per i DRG che per le prestazioni ambulatoriali. Anche i dati di costo del personale sono certi ed ampiamente conosciuti e condivisi. Il Primo Margine, che deriva dalla differenza [Risultati tariffari Costi del personale] appare ben definibile per il passato più recente e, in buona misura, anche facilmente programmabile per il prossimo futuro. Accanto a tutti gli altri, anche il budget per l'Emodialisi risulta così ricompreso negli strumenti e nei metodi universali dell'Azienda Ospedaliera Carlo Poma. Questa scelta metodologica non deve apparire limitativa, perché apre spazi di miglioramento operativo con l'introduzione di sistemi di approvvigionamento ed aggiornamento tecnologico unificati su tutto il territorio provinciale con risultati attesi che saranno nettamente positivi nella riduzione dei costi e nell'incremento dell'affidabilità delle procedure. La dipartimentalizzazione prevista dal Piano per il prossimo triennio potrà modificare numerosi riferimenti organizzativi e l'aggregazione budgetaria permetterà d'introdurre gli elementi premianti, necessari a tutti i livelli operativi, sia sanitari che amministrativi e tecnici. Nel frattempo è indispensabile che il Dirigente Responsabile dell'U.O. e tutta la sua équipe imparino a condividere le dinamiche riorganizzative aziendali in generale e, in particolare, valutino con attenzione (10):

1. Le funzioni attivate, le potenzialità ed i limiti del sistema informativo, sia sanitario che amministrativo;
2. L'effettiva produttività dell'U.O e la ripartizione dei carichi lavorativi;
3. La metodologia di rilevazione del costo del lavoro
4. Lo stato delle attrezzature e le procedure adottate per il loro adeguamento alla domanda;
5. La regolarità delle forniture ed i loro costi;
6. I criteri di imputazione dei costi indiretti.

La negoziazione

Completate le operazioni di raccolta e inserimento dei dati numerici quantitativi e clinico qualitativi nella scheda di budget, formulate le previsioni secondo il PST in misura sempre molto prudente, non rimane altro che dare luogo alla negoziazione con il Direttore Generale. A questo proposito, Giulio Marcon, primario medico di una Divisione di Lungodegenza, suggerisce alcuni criteri prudenziali (11):

- Dimensionare correttamente i propri obiettivi
In realtà vi sono pochi e scarsi sistemi premianti mentre vi sono robusti sistemi punitivi. E' pertanto necessario settare attentamente gli obiettivi in base alla reale possibilità di controllare le attività.
- Concordare e condividere gli obiettivi
Ottenere la condivisione dei rischi gestionali, facendo partecipare materialmente l'equipe alla contrattazione.
- Contrattare esplicitamente le condizioni di validità dell'accordo
Definire con esattezza le risorse necessarie e la loro costanza, cercare di usare l'esperienza per prevedere possibili difficoltà da indicare nel contratto di budget. Ottenere la possibilità di rinegoziare in caso di evenienze impreviste.
- Tentare il negoziato continuo
In negoziazione, cercar di tenere fuori dal budget gli elementi non direttamente controllabili.
Monitorare con attenzione i propri dati di funzionamento.

In alternativa alla fornitura di risorse tradizionali, proporre innovazioni utili.
Rimanere in contatto con la Direzione Generale.

Molto simile a quanto finora descritto appare anche l'esperienza di Pier Paolo Borgatti, primario della Divisione di Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale di Reggio Emilia, azienda che ha iniziato a proporre la scheda di budget ai responsabili dei Centri di Attività fin dal 1992 (12). Egli sottolinea la dinamicità del processo di costruzione del budget nei primi sei anni di applicazione, la corresponsabilizzazione degli operatori, la necessità della massima trasparenza aziendale, del confronto costruttivo, dell'analisi e del ribaltamento dei costi diretti, intermedi e generali, nonché dell'esposizione dei ricavi dell'Unità operativa, intervenuta solo nel 1997.

Conclusioni

Il processo di aziendalizzazione da poco iniziato nell'ambiente sanitario ci ha trovati tutti fondamentalmente impreparati a sostenere anche il nuovo ruolo gestionale, da affiancare a quello tradizionale, quasi esclusivamente tecnico e professionale. Eppure tutti sappiamo che per migliorare le proprie capacità operative ed i propri risultati professionali è assolutamente necessario porsi degli obiettivi, esplicitarli e razionalizzarli fino a renderli raggiungibili. Seppur pesantemente condizionati dall'erogazione coerente delle risorse necessarie, i risultati da noi stessi raggiunti costituiscono il miglior parametro di giudizio della nostra efficacia operativa, purché siano sempre messi in relazione ai costi sostenuti (criterio dell'efficienza). Le relative valutazioni, ottenute con l'adozione di indicatori univoci, affidabili e condivisi convalidano lo sforzo compiuto e stimolano al progresso. In questo momento storico di dichiarata contrazione della Spesa Sanitaria e di esplicita richiesta di qualità delle prestazioni diagnostico-terapeutiche ed assistenziali, che nasce a livello Nazionale e scende a tutti i nostri Ospedali tramite le Regioni, l'introduzione del Budget si rivela quindi uno strumento indispensabile per imboccare consapevolmente la strada del rinnovamento organizzativo e strutturale delle nostre Unità Operative.

Bibliografia

1. Tarchini R.: Stesura di un Budget per una U.O. di Dialisi, Atti VI Corso Nazionale di Aggiornamento ANTE-Verona, 13-15 Maggio 1998 Ed. Goliardiche, TS, pgg. 75-80.
2. Zanetti M, Montaguti U, Ricciarelli G, Celin D, et Al: Il medico e il management; guida ragionata alle funzioni gestionali, Accademia Nazionale di Medicina, Forum Service Ed, Genova 1996, pgg. 324-334.
3. Cleverley W O: Essentials of Health Care Finance, IV ed, Aspen Publishers, Gaithersburg, Maryland, USA, 1997, pgg. 247-250.
4. Direzione Generale Sanità Regione Lombardia: Registro Lombardo Dialisi e Trapianto, aggiornamento al 31.12.1997 ñ Milano, 1998.
5. Tarchini R.: Aspetti deontologici della figura manageriale, In: Medico e Manager, C.G. Ediz. Medico Scientifiche, Torino 1998, pgg 85-103.
6. DPR 11.01.1997, N. 37: Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. G.U.20.02.97, Suppl. Ord.n. 42, pgg 1-70.
7. D.G.R. 6 agosto 1998 N. 6/38133: Attuazione dell'articolo 12, comma 3 e 4, della L.R. 11 luglio 1997 n. 31. Definizione di requisiti e indicatori per l'accreditamento delle strutture sanitarie (A seguito di parere della Commissione Consiliare competente). BURL 04.09.98, 4. suppl. Straord al n. 35, pgg. 2-22.
8. Regione Lombardia ñ Legge regionale n. 31 del 1.07.97: Norme per il riordino del Servizio Sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi Sociali.
9. Azienda Ospedaliera di Mantova: Il Piano Strategico dell'Azienda Ospedale "C. Poma" 1999-2001, Mantova, 1998.
10. Bortignon E: Il controllo di gestione ed i suoi strumenti; In: Medico e manager. C.G. Edizioni medico scientifiche, Torino 1988, pgg. 31 - 51.
11. Marcon G.: Negoziazione e gestione del Budget. In: Budget, nuclei di valutazione, controllo di qualità. Ediz. CIMO-Service, Vicenza 1998, pgg 71-76.
12. Borgatti P.P.: Le schede nefrologiche di budget, esempi pratici. Nefrologia Veneta, 18, 1, 1998, 19 - 22.