

IL CONTROLLO DI GESTIONE IN DIALISI

A. Cavagnino, S. Cusinato, S. Agliata, F. Fortina, E. Ragazzoni, A. Fontana*, C. Teruggi**
 Divisione di Nefrologia e dialisi Ospedale Borgomanero
 *Ufficio Controllo di Gestione ASL 13

** Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero Borgomanero

PREMESSE

Il S.S.N. italiano, con la Legge 502/92 ha modificato in modo strutturale la propria organizzazione. (13) Con il finire degli anni 80 si è registrata nei Paesi Occidentali una crisi dei sistemi sanitari. Tecnologie sempre più complesse e costose hanno fatto lievitare il costo della Sanità, con il superamento della crescita di tale costo rispetto al PIL (Fonte Eurispes). L'Italia non è certamente tra i paesi che impiega più risorse economiche per la Sanità (fonte ISIS) Fig. 1

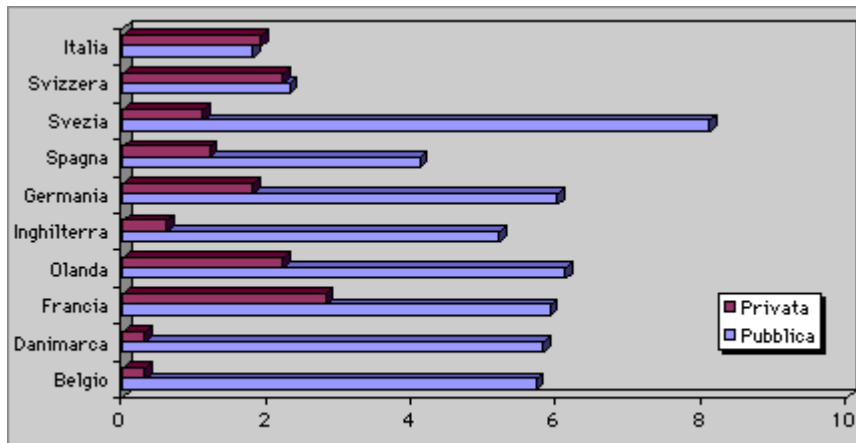


Figura 1

Il giudizio che gli utenti danno sul S.S.N. è piuttosto severo (14)

Fig. 2 PERCENTUALE DI CITTADINI CHE GIUDICANO INEFFICIENTE LA LORO SANITA

PAESE	POPOLAZIONE
GERMANIA	27
OLANDA	32
BELGIO	37
G. BRETAGNA	43
SPAGNA	72
PORTOGALLO	80
GRECIA	82
ITALIA	82

Tuttavia la garanzia di socialità sanitaria, vale a dire la possibilità di offrire a tutti i cittadini i trattamenti, anche i più costosi, è un innegabile punto di forza del nostro sistema. (1)
 L'invecchiamento della popolazione contribuisce in modo determinante all'incremento della spesa sanitaria (2) Fig. 3

GLI ULTRA SESSANTACINQUENNI NELLA POPOLAZIONE
 IN PERCENTUALE
 (Fonte O.C.S.E. 1991)

STATI	1950	1980	1990
CANADA	7	9	13
FRANCIA	11	14	15
GERMANIA	9	15	17
ITALIA	8	13	15
GIAPPONE	5	9	15
INGHILTERRA	10	15	14
U.S.A.	8	11	12

Non sempre una maggiore spesa sanitaria può significare garanzia di salute per tutti i cittadini.
Fig. 4

SPESA SANITARIA PRO CAPITE ED INDICE SVILUPPO UMANO 1995 ISU = reddito pro capite, speranza di vita, livello culturale)		
STATI	Spesa in dollari	ISU
U.S.A.	2.354	0,937
Canada	1.683	0,950
Benelux	1.384	
Francia	1.274	0,930
Germania	1.232	
Italia	1.130	0,912
Inghilterra	836	0,916
Spagna	730	0,930
Grecia	405	
U.R.S.S.	500	0,709
Cina	11	0,594

L'impegno di spesa per la salute assunto dall'Italia negli anni è in costante incremento ed è passato dai 90 mila miliardi del '92 ai 110 mila del '98 (Fonte Eurispes, rapporto Italia Salute) Nonostante queste premesse il costo della Sanità, sia pure enormemente cresciuto, si è incrementato meno del valore della lira quale indice di incremento dei costi medi per il consumatore italiano. La fig. 5 evidenzia l'incremento dei costi dialisi correlato con quello del valore della lira.

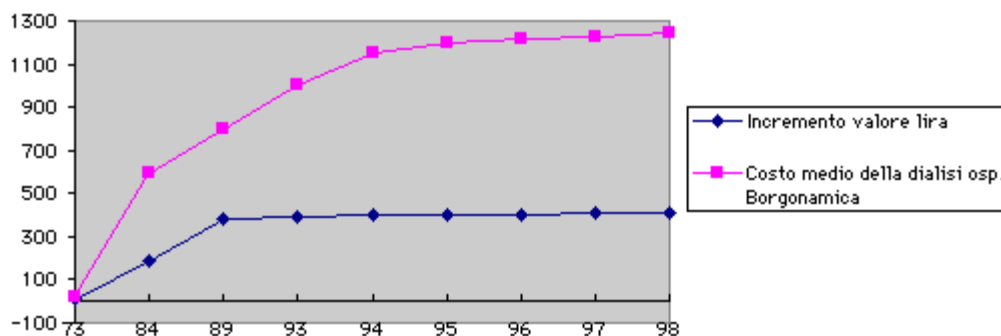


Figura 5

Gli anni 80-90 sono stati purtroppo caratterizzati da una gestione sanitaria non coordinata ma clientelare e sono totalmente mancate le scelte strategiche. Sono lievitate le spese di personale e generali, senza una precisa programmazione, per cui i posti letto sparsi (costo unitario di 1 posto letto L. 305 milioni), senza alcun programma sul territorio nazionale hanno determinato un incongruo incremento della spesa ospedaliera penalizzando gravemente il conto capitale e quindi l'adeguamento delle attrezzature. Fig. 6 (4)

STANZIAMENTI IN CONTO CAPITALE DEL FONDO SANITARIO NAZIONALE NEL PERIODO 1989-1998 E PREVISIONI PER IL 1999 E IL 2000 IN MILIONI DI LIRE.

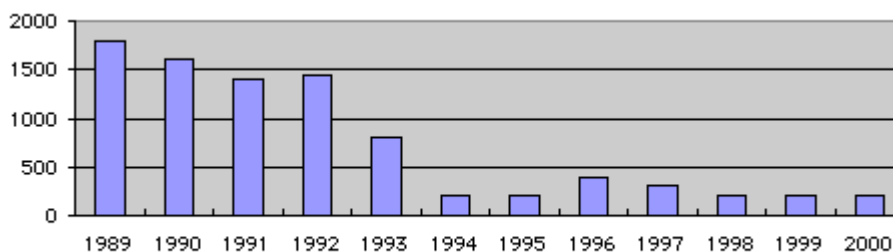


Figura 6

L'aziendalizzazione prevista dalla 502, con gestione budgettaria della spesa vista quale traguardo di razionalizzazione gestionale è ben lontana dall'essere uniforme sul territorio nazionale



LE SCELTE PROGRAMMATICHE

Queste premesse sono importanti per precisare il quadro in cui gli operatori sanitari debbono agire, ognuno al proprio livello di responsabilità e competenza. Il sistema di finanziamento non è più la copertura della spesa, ma il finanziamento della produzione. Il target degli anni 2000 per la sanità italiana è quello di mantenere la socialità dell'assistenza sia pure nella limitatezza delle risorse, attraverso una precisa ottimizzazione del loro uso, mediante una attenta gestione. In questa realtà il Public management deve diventare Management diffuso in quanto la vera forza delle Aziende è dato dalle professionalità esistenti, coordinate in un sistema integrato.

Il processo di aziendalizzazione passa attraverso i seguenti strumenti:

1. Programmazione aziendale (pianificazione) e programmazione strategica
2. Sistema di programmazione e controllo direzionale
Il sistema di budget e la valutazione dei risultati con correlato sistema premiante
3. Sistema di contabilità generale economica finanziaria patrimoniale.
Non più semplice strumento di autorizzazione alla spesa ma documento previsionale, con metodo più complesso passando dalla contabilità a partita semplice a quella doppia
4. Sistema di contabilità direzionale
 - a. contabilità analitica rileva i costi e ricavi dell'azienda attraverso i centri di costo e di centri di responsabilità
 - b. volumi di prestazioni prodotte (ricoveri, DRG, prestazioni ambulatoriali, tariffazioni)
5. Processo di aziendalizzazione Sistema di reporting è lo strumento di informazione che con periodicità costante deve consentire agli operatori adeguate correzioni rispetto agli obiettivi previsti ed al budget a disposizione

UFFICIO CONTROLLO DI GESTIONE (7)

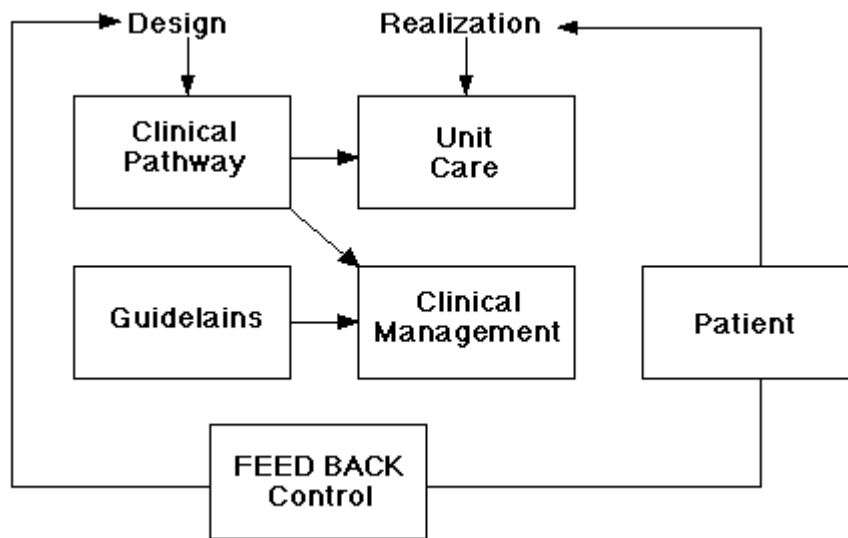
È l'organismo aziendale che supporta, attraverso la produzione di informazioni, il processo decisionale dei Dirigenti. Si correla strettamente con il nucleo di valutazione che è l'organo di

verifica dei risultati delle responsabilità dirigenziali (Legge n. 241 - Art. 2 del 23-10-92) (4)
 L'Italia anche in questo caso presenta difformità organizzative a 5 anni dalla Legge 502, tali da creare importanti variabili sul piano assistenziale.

LA QUALITA' DELL'ASSISTENZA

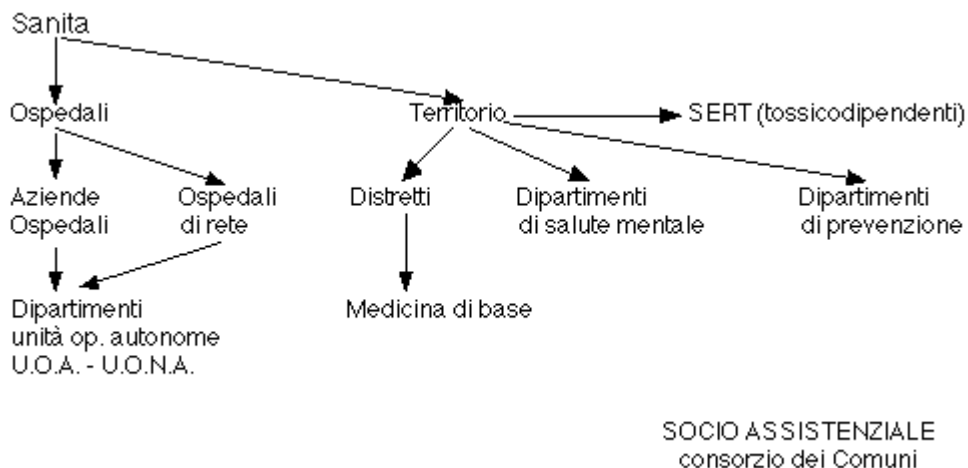
Il P.S.N. 1999 - 2000 individua nei livelli essenziali di assistenza una uniforme qualità assistenziale su tutto il territorio. (1) La consuetudine organizzativa e gestionale dei nefrologi li vede facilmente inseriti in questa organizzazione complessa ma razionale. Il timore che l'attenzione al processo economico determinasse una riduzione qualitativa ci ha indotti verso un indirizzo qualitativo dei nostri reparti codificato nelle iproposte di accreditamento risultato di una ricchissima letteratura specialmente italiana e di numerose esperienze in atto.

La fig. 8 può sintetizzare il rispetto della qualità che i Nefrologi si impongono (5) (6)



IL SISTEMA ASSISTENZIALE ITALIANO

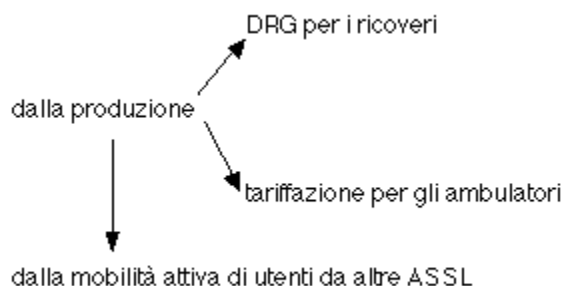
E' modulato secondo lo schema seguente: Fig. 9 Finanziamento a quota capitaria (L. 1.700.000 per abitante)



Le U.O.A di Nefrologia rientrano ovviamente nella organizzazione gestionale della loro ASSL o della loro Azienda Ospedale nella loro duplice funzione ospedaliera e territoriale (CAL. D.D.) e necessità di ampie aperture verso il socio assistenziale (handicap, anziani, ecc.)

GLI STRUMENTI DEL CONTROLLO DI GESTIONE

1. Indici di efficacia ed efficienza (per es. numero di dialisi (personale impegnato (8)
2. La contabilità direzionale e generale consentono la valutazione del bilancio di esercizio ed il controllo dell'equilibrio di bilancio tra risorse finanziarie ottenute e risorse impiegate (9)
3. Il sistema di budget
4. Il sistema di codifica delle prestazioni al fine di una corretta tariffazione
I COSTI sono determinati dalle risorse necessarie alla produzione e dalla mobilità passiva di utenti verso altre ASSL
I RICAVI sono determinati:



In sintesi la valutazione del bilancio di esercizio deve consentire alla Dirigenza una precisa analisi dei costi-ricavi. La mobilità determina, peraltro, un guadagno o una perdita solo in relazione al costo di quella specifica produzione. Per esempio il sistema di tariffazione della dialisi in Italia, consente una adeguata copertura dei costi di produzione per le dialisi ambulatoriali ma non per le dialisi ai pazienti ricoverati. Se si produce dialisi ad un costo più alto della tariffazione in teoria risulterebbe conveniente mandare i malati in altre ASSL.

IL SISTEMA DI REPORT INFORMATIZZATO

monitorizza i flussi di spesa attraverso i centri di responsabilità e di costo primari articolati in centri di costo secondari. Fig. 10

Esempio organizzazione centri di costo U.O.A. Nefro-Dialisi:

- Fattori produttivi di costo fisso -Centro di costo comune
- Fattori produttivi di costo variabile: Centro di costo
 - Degenza Nefrologia
 - Day-Hospital
 - Dialisi Domiciliare
 - Ambulatori

La determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica riabilitativa ed ospedaliera è normata dal D.M. 15-4-1994

Art. 3: criteri di determinazione delle tariffe.....comma 2.....le componenti di costo.....per il calcolo del costo standard di produzione della prestazione sono le seguenti:

1. il costo del personale direttamente impiegato
 2. il costo dei materiali consumati
 3. il costo delle apparecchiature
 4. i costi generali della unità produttiva
- Comma 3.....incremento standard per i costi generali
Comma 4.....costo della didattica

I costi della dialisi non collimano con i costi del dializzato. Sicura metodologia di ottimizzare le risorse per la terapia dell'uremico sarebbe una gestione paziente/anno del malato cronico (comprensiva di esami, degenza, visite, viaggi, farmacia, ecc.) Peraltro il precisare le voci di costo di produzione della dialisi, ai fini della formulazione delle tariffe, dal D. M. 15-4-1994, strumento importante per un rilievo univoco. (11) (12) Il valore di produzione della dialisi è fissato dal nomenclatore delle prestazioni specialistiche (G.U. n. 150 14-9-96)

Tab. I NOMENCLATORE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI DI NEFROLOGIA Gazzetta Ufficiale N. 150 del 14 settembre 96.		
NUOVO COD.	NUOVA DENOMINAZIONE	TARIFFA
39.95.1	emodialisi in acet. o bicarb.	300.000
39.95.2	emodialisi in acet. o bicarb. ad assist. limitata	250.000
39.95.3	emodialisi in acet. o bicarb. domiciliare	200.000
39.95.4	emodialisi con bicarb + memb. molto biocompatibili	320.000
39.95.5	emodiafiltrazione (BF, HDF con memb. a perm. elevate)	450.000
39.95.6	emodiafiltrazione (HDF con memb. elevata+memb molto biocompatibile) in CAL	400.000
39.95.7	altra emodiafiltrazione con membrane a permeabilità elevata e molto biocompatibile	500.000
39.95.8	emofiltrazione	500.000
39.95.9	emodial. + emodiafiltr. (PFD)	400.000
54.98.1	dialisi peritoneale automatizzata (CCPD)	106.000
54.98.2	dialisi peritoneale continua (CAPD)	90.000
99.71	plasmaferesi terapeutica	850.000

25 ANNI DI ANALISI COSTI DIALISI

L'abitudine al controllo dei costi ci consente negli anni una valutazione cinetica. La tab. II rappresenta i costi emodialisi unitari Osp. di Borgomanero. Per il 98 sono considerati i costi della sola dialisi ambulatoriale. Gli altri costi della dialisi (i costi del dializzato) sono correlabili con una popolazione dialitica sempre più anziana e con sempre maggiori fattori di rischio.

Tab. II CINETICA NEGLI ANNI DEI COSTI SANITARI						
	1973	1974	1989	1994	1995	1998
Costo medio terapia sost.va	77.000	180.000	300.000	360.000	360.000	362.000
Personale	31.000	128.000	120.000	1150.000	135.000	133.000
Materialedisposable	30.000	60.000	105.000	115.000	130.000	144.780
Lira	112	625	833	1.000	1.000	

I flussi informativi che l'Ufficio Controllo di Gestione fornisce con periodicità consentono al Centro di Responsabilità un preciso controllo dell'equilibrio costi-ricavi.

RISULTATI GESTIONE 98 CENTRO DI COSTO EMODIALISI OSPEDALIERA OSPEDALE DI BORGOMANERO

Numero di dialisi prodotte nel 1998: n. 13.814, di cui n. 1.288 a pazienti ricoverati

Tab. III COSTO PERSONALE
Le voci di costo sono quelle previste dal D.M. 1994

Unità di personale per HD osp.		Costo
Medici	2,38	340.000.000
Personale comparto (I.P., OTA, tecnici, Dietista, Psicologa comprese gravidanze e malattie)	39,16	1.500.000.000
Totale costo personale 1998		1.840.000.000*
* Dati dall'Ufficio Personale		

Tab. IV COSTO CONSUMI	
Materiale disponibile	2.000.000.000
Soluzioni iniettabili	120.000.000
Parafarmaci	200.000.000
Acqua, luce, telefono, riscaldamento	100.000.000
Totale costo consumi	2.420.000.000*
* Da Farmacia ed Economato	

Tab. V COSTO GESTIONE IMPIANTI E COSTI GENERALI	
Manutenzioni	400.000.000
Ammortamento (inventario 2 miliardi)	100.000.000
Costi generali e quota ristrutturazione	250.000.000
Totale gestione impianti + altro	750.000.000*
* Dati Ufficio Tecnico e Controllo di Gestione	
Totale costo di produzione n. 13.814 Emodialisi ospedaliere	L. 5.010.000.000
La produzione tariffaria per emodialisi ospedaliera ambulatoriale 1998	L. 4.976.000.000
Costo medio unitario di n. 1 dialisi del centro di costo ambulatorio emodialisi Ospedale di Borgomanero	L. 362.675

IL BILANCIO DI ESERCIZIO

I dati di bilancio vanno però depurati dalle Dialisi Ospedaliere ai pazienti ricoverati (n. 1.288) retribuiti nell'ambito dei DRG Centro di Costo Degenza. Il dato di produzione si riferisce solo alla codifica di tariffazione delle attività ambulatoriale e non ai DRG dei ricoverati. Il costo di produzione va ridotto del 10%, per confrontarlo con il parametro del ricavo della produzione da tariffa

BILANCIO COSTI - RICAVI DEPURATO DALLE DIALISI AI RICOVERATI

Costi emodialisi ospedaliera ambulatoriale	L. 4.960.000.000
Produzione 1998 emodialisi ospedaliera ambulatoriale	L. 4.976.000.000

Il bilancio è come si vede praticamente in pari. I reports del Controllo di Gestione hanno consentito alcune variazioni organizzative che sicuramente determineranno una riduzione dei costi.

CONCLUSIONI

1. La gestione aziendale della dialisi è possibile senza ridurre la qualità della assistenza solo se tutti gli operatori sanitari si sentono coinvolti. Gli attuali contratti di lavoro consentono meccanismi premianti per obiettivi. Tuttavia la gratificazione più premiante per gli operatori della dialisi ad ogni livello di responsabilità è la soddisfazione di garantire la vita ed una buona qualità di vita ai malati, rimanendo entro il budget prefissato.
2. Il bilancio di una dialisi ospedaliera pubblica che tratta malati acuti, ricoverati e ad elevato rischio clinico non può essere competitivo, sul piano dei ricavi, con il bilancio delle strutture private che, per contro, non hanno compiti assistenziali per malati a rischio.

BIBLIOGRAFIA

1. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 - G.U. n. 201 - 10-12-1998 pag 62
2. Human development report 1995 - University press pubblicato per un D.P. (Sole 24 ore 1996)
3. E. Guzzanti L'autorizzazione e l'accreditamento nella realtà delle strutture ospedaliere e delle tecnologie sanitarie in Italia. RSS vol. II 1° trim. 1998 ASSR ed USPI
4. Il processo di aziendalizzazione: indagine sullo stato di sviluppo del sistema di programmazione nelle ASL 1997. I. Mastrobuono et AA. Ricerca sui Servizi Sanitari 1998 ed USPI
5. C. Zoccali. Medical Knowledge, quality of life and accreditation of quality in haith care the international. Journal of artificial organs Vol. 21 n. 11 1998 Ed. Wichtig
6. Brasel KJ Weigeltya decision analysis: balancing quality and cost infect control osp. epidemiol. 1997 (18 - 146 -8)
7. Casati G. Manuale di contabilità direzionale nelle aziende sanitarie. Cergas Boloni. Ed. Egea 1996
8. Masini. I rendimneti e i costi nelle determinazioni di impresa. Milano 1961 Ed. Giuffrè
9. Mazzoleni. Aspetti metodologici e tecnici del sistema di rilevazione degli enti pubblici. Milano. Giuffrè 1984
10. A. Sacco, S. Agliata, A. Cavagnino. Gli altri costi della dialisi. Divisione Nefrologia Borgomanero.
11. A. Sacco, S. Agliata, A. Cavagnino. Sistema di report informatizzato per la gestione budgettaria della dialisi. Atti congresso Villa Gualino Torino 1996
12. A. Negri, M. Formica, A. Cavagnino. La valutazione dei costi dei trattamenti dialitici. Panorama della Sanità. Sett. 1998 C.e.D.I.S.
13. F. Vanara. Il nuovo sistema di finanziamento nel Servizio Sanitario Nazionale. Aracne 1995.
14. Mecolosan 1994 n. 9 Sez. 2 Allegato 9.