

II Servizio di Nefrologia e Dialisi tra costi, tariffe e DRG

Stefano Biasioli^o e Gianni Ferrera*

^oPrimario del Servizio di Nefrologia e Dialisi

*Direttore del Servizio di Farmacia dell'ULSS 21 della Regione Veneto - Legnago (VR).

Introduzione

La Sanità italiana è cambiata pesantemente nel corso degli ultimi anni, anche se molti non se ne sono ancora accorti. E' cambiata a parole (gli ospedali e le ULSS come aziende) e nei fatti: la progressiva contrazione delle risorse economiche che il bilancio statale assegna alla Sanità, in relazione al prodotto interno lordo (PIL); il continuo travaso di fondi dall'ospedale al territorio e dal sanitario al sociale, come conseguenza di alcune scelte economico-programmatiche (Leggi Finanziarie degli ultimi anni) e politico-filosofiche, legate alla precisa volontà di alcuni di riformare pesantemente la "Riforma De Lorenzo" (Decreti legislativi 502-517 del 1992-1993) per ritornare all'impostazione centralistica e burocratica delle Leggi 833 e 761 della fine degli anni 70. Da decenni si parla di prevenzione; da decenni si teorizza sulla necessità di spostare la frontiera sanitaria dall'ospedale al territorio. Il distretto ed i medici di famiglia dovrebbero, nella nuova Sanità, funzionare da primo filtro e dovrebbero erogare un'ampia serie di prestazioni specialistiche. L'ospedale dovrebbe essere dedicato solo ai pazienti acuti (diagnosi e terapia) mentre i cronici dovrebbero essere seguiti a livello di strutture, meno costose, a carattere medico-riabilitativo, oppure affidati all'ADI (assistenza domiciliare integrata) o ad organismi di volontariato (no-profit). Tutte da verificare (come utilità e come fattibilità) le strutture dedicate ai pazienti cronici terminali: oncologici, neurologici, cirrotici, etc. In definitiva, le scelte economiche condizionano pesantemente il presente ed il futuro della Sanità pubblica italiana, il cui costo complessivo è oggi valutabile sui 175.000 miliardi/anno. Lo Stato copre circa 125.000 miliardi (circa 85.000 come fiscalità sanitaria diretta e circa 40.000 come integrazione del bilancio nazionale). I privati sborsano di tasca loro (tickets, prestazioni libero professionali, farmaci di fascia "C", etc.) circa 45-50.000 miliardi e questo valore cresce, di anno in anno, ben oltre il dato inflattivo. Nei fatti, il cittadino italiano spende per la Sanità circa 2.410.000 lire/anno pro capite, di cui 1.720.000 come tasse e 590.000 come spese personali "accessorie".

Nefrologia e Dialisi

L'attività nefrologico-dialitica costa: sembra un'affermazione ovvia ma vedremo che così non è. Perché? Perché le tariffe delle attività dialitiche sono state costruite - purtroppo - sui tavoli ministeriali e non sui tavoli tecnici periferici.

I costi della dialisi

I costi di una qualunque prestazione vanno così costruiti:

1. COSTI DIRETTI,
articolati in FATTORI PRODUTTIVI e CONSUMI;
2. COSTI INDIRETTI,
articolati nei CONSUMI NON SANITARI e nelle SPESE GENERALI

Nelle singole ULSS/ASL è relativamente facile l'acquisizione dei dati relativi ai FATTORI PRODUTTIVI ed ai CONSUMI, mentre è invece estremamente difficile l'acquisizione dei COSTI INDIRETTI, talché questi ultimi - per lo più - sono identificati in modo generico (dal 4 al 10% del costo complessivo). Più in dettaglio, nei COSTI DIRETTI sono compresi i costi del personale diretto (= direttamente in carico alla U.O), dei materiali di consumo, degli esami strumentali, dei presidi vari. Alcuni Autori includono tra i costi diretti anche la manutenzione e l'ammortamento delle apparecchiature, che noi preferiamo invece includere tra i COSTI INDIRETTI (ovvero tra i consumi non sanitari) perché la loro tipologia non dipende dai medici (cioè da scelte professionali dei medici) ma da scelte amministrative. Alla direzione strategica dell'ULSS, infatti, compete la scelta sulle modalità di acquisizione delle apparecchiature (acquisto, leasing, service), con le ovvie ricadute di tipo economico. Tra i COSTI INDIRETTI ricordiamo tutti i consumi ed i costi non sanitari (luce, acqua, servizi generali, mutui, assicurazioni, etc.). Tra i COSTI DIRETTI, il costo del personale medico, paramedico, tecnico ed ausiliario (OTA) è sicuramente importante. Il costo del PERSONALE MEDICO deve tener

conto del tempo medio medico dedicato alla dialisi (nel nostro modello, mediamente, 33 minuti/dialisi) sia direttamente che indirettamente. Il costo del PERSONALE INFERMIERISTICO viene calcolato in funzione del numero di turni su cui è articolato il Servizio e sul numero dei posti letto seguiti da ogni I.P.. Si usa la formula: "ore di I.P. per turno/numero di trattamenti seguiti da ogni I.P.". Questo tempo medio va moltiplicato per il costo medio orario dell'infermiere. La Società Italiana di Nefrologia ha calcolato i costi infermieristici sulla base di un modulo organizzativo di 9 posti tecnici, con servizio articolato su 2 turni e rapporto infermieri/trattamenti di 1:3. Gli ammortamenti sono stati calcolati su una vita media di un rene artificiale, pari ad 8 anni. Nel "modello Veneto" i costi infermieristici sono stati calcolati sulla base di 15 posti dialisi, articolati su 2 turni, con un rapporto I.P./trattamenti di 1:3,5. Gli ammortamenti sono stati calcolati su una "vita utile" media di un rene artificiale pari a 5 anni. Il costo del PERSONALE TECNICO è stato calcolato in riferimento alla peculiare tipologia di questo personale: 22 minuti, in media, per singolo trattamento di bicarbonato dialisi, ad esempio. In dettaglio, si sono utilizzati i seguenti tempi: BHD = 26 minuti; HF = 26 minuti; HDF, CVVH, HP = 26 minuti; Plasmaferesi = 26 minuti; IPA, APD = 17 minuti. La tabella I riporta uno SCHEMA TIPO per la DETERMINAZIONE del COSTO di PRODUZIONE. Per evitare confusioni, si precisa che i dati elencati sono riferiti al Marzo 1996 (3 anni fa!) e sono relativi alla costruzione delle tariffe dialitiche effettuata dalla Società Triveneta di Nefrologia in quell'anno. La tabella II riporta in sintesi i COSTI di PRODUZIONE definiti allora (Marzo 1996) dal SIN-TRIVENETO: costi ricostruiti dai nefrologi veneti, sulla base dei dati pervenuti da almeno 6 ULSS/ASL venete. Si tratta di metodiche e/o procedure usuali nelle nostre Unità Operative, ciascuna provvista di un suo codice nazionale o regionale e di una sua tariffa, nazionale o regionale.

Dai costi alle tariffe

Le tariffe relative alle prestazioni ambulatoriali vengono costruite a livello nazionale (nei polverosi uffici del Ministero della Sanità) e modificate poi (generalmente ridotte) a livello regionale. Le tariffe delle prestazioni ambulatoriali possono essere suddivise in alcune tipologie:

1. REALI ed ADEGUATE,
se la loro costruzione è basata su elementi concreti (si veda la Tabella I) e non sulla fantasia o sulle preferenze politiche;
2. REALI e CONCRETE,
se la loro costruzione è corretta e la loro applicazione è concreta perché esse vengono utilizzate per il pagamento della prestazione (da parte dell'ULSS) a favore degli erogatori della prestazione stessa (Aziende, privati convenzionati, privati puri "no profit", privati puri "profit");
3. REALI e TEORICHE,
se la loro costruzione è stata corretta ma la loro applicazione è teorica non dando adito, alla fine, a movimento di denaro ma servendo solamente per la costruzione dei TEORICI BUDGET di UNITÀ OPERATIVA, all'interno della ULSS/ASL;
4. REALI e SEMI-CONCRETE,
se la loro costruzione è stata corretta e la loro applicazione è parzialmente concreta perché dà adito a rimborsi parziali (al 50%, come succede in Veneto) tra ULSS/ASL vicini;
5. FASULLE,
se la loro quantificazione nasce da scelte politiche e non è basata su elementi di costo "veritieri".

Tariffe e Budget di Unità Operativa

Le tariffe prestazionali sono comunque importanti perché - anche se sono spesso virtuali - servono comunque a costruire il budget della singola unità operativa (U.O.). Come è noto, il budget di U.O. è costituito dalla sommatoria di molteplici fattori così riassumibili:

A. INDICATORI di ATTIVITÀ SUI RICOVERATI:

numero dei dimessi, numero dei ricoveri extra-azienda, fatturato extra-azienda per la degenza

ordinaria, % DRG chirurgici, n° ricoveri ordinari inferiori ai 2 giorni, totale dei pesi dei DRG per la degenza ordinaria, peso medio dei DRG di ricoveri, peso medio dei DRG dei ricoveri extra-azienda, n° posti letto, degenza media, degenza media senza permessi, n° ricoveri con DRG 468/476/477 (diagnosi incomplete) etc..

B. PRESTAZIONI:

tariffe; attività su interni (ricoverati) e su pazienti ambulatoriali; attività su ambulatoriali extra ULSS/ASL; totale quantità; fatturato prestazioni su interni (virtuale); fatturato prestazioni su esterni (in parte virtuale ed in parte reale); fatturato per prestazioni su esterni extra ULSS/ASL (fatturato reale); fatturato totale.

In una U.O. Nefrologica di medie dimensioni (ULSS di 180.000 abitanti; 8 posti letto di degenza; 17 posti di HD extracorporea; équipe paramedica di 24 unità e medica di 6 unità) su un fatturato complessivo di circa 5,6 miliardi il 4,6% è legato all'attività ambulatoriale (intra ed extra ULSS). Il fatturato sui pazienti extra ULSS (sia da ricovero che da attività ambulatoriale) costituisce circa il 20% del fatturato globale (1,12 miliardi). Questi semplici elementi testimoniano l'importanza economica (teorica e reale) delle tariffe relative alle prestazioni ambulatoriali e la necessità di una corretta costruzione delle stesse. Tariffe di "fantasia" o comunque costruite ignorando il costo reale di molti componenti (si pensi ai costi generali dell'ULSS, da far ricadere sulle singole prestazioni) costituiscono un danno economico pesante non solo per le aziende (ULSS o ASL che siano) ma anche per le singole unità operative. Dalla inesatta costruzione di un budget di Unità Operativa scaturiscono danni molteplici all'U.O. stessa: in tema di assegnazione di risorse (economiche e di personale) adeguate; in tema di corretta valorizzazione dell'U.O. all'interno della ULSS/ASL; in tema di rapporti tra le diverse U.O. o all'interno di un dipartimento. La Tabella III evidenzia gli scostamenti esistenti tra le tariffe (ministeriali e venete) ed i costi (valutati dalla S.I.N. Nazionale e dalla S.I.N. del Veneto). Appare evidente che le tariffe dialitiche sono largamente sotto stimate rispetto ai costi reali, con l'unica esclusione della HDF (emodiafiltrazione standard). C'è da chiedersi a chi giovi la sottostima di prestazioni che coinvolgono, nel solo Veneto, oltre 2100 pazienti. In media (grossolana) la sottostima è pari a 12.542 lire/dialisi, ossia si aggira tra 4,1 e 6 miliardi/anno, nel solo Veneto.

DRG e costi

Nella solita ULSS di medie dimensioni il fatturato totale relativo alle degenze nefrologiche ha fornito i risultati elencati nella Tabella IV. I dati vanno presi con estrema cautela perché l'ULSS (come il 90% delle ULSS/ASL italiane) non è stata in grado di calcolare in modo corretto i costi di una singola giornata di degenza, scomposti nei ben noti elementi: costi diretti, consumi sanitari, costi indiretti. La Tabella è comunque significativa perché essa conferma una serie di acquisizioni note:

1. i DRG nefrologici (come tutti i DRG internistici) sono stati volutamente sotto stimati, a livello ministeriale;
2. ogni ricovero nefrologico "ordinario" comporta una perdita oscillante tra le 400 e le 500.000 lire, pur in presenza di una ottima produttività;
3. non è ipotizzabile - oggi - mettere in atto misure correttive rispetto a questa cronica sottostima;
4. le aziende ASL (finanziate esclusivamente sulla base dei DRG e delle prestazioni ambulatoriali) dovrebbero - in quanto aziende - rifiutare il ricovero ai pazienti nefrologici, soprattutto a quelli più critici!

Nei fatti, il SERVIZIO di NEFROLOGIA è una U.O. di per sé in perdita. Tanto più in perdita solo che si consideri un ulteriore elemento di macroeconomia: il saldo netto tra fatturato di attrazione (DRG rivolti su pazienti extra ULSS) e fatturato di fuga (DRG pagati dall'ULSS per pazienti nefrologici ricoverati in altra ULSS). Nel nostro caso il saldo netto è positivo (60 milioni "guadagnati", in un anno) ma in altre realtà esso potrebbe essere negativo. La Tabella V riassume i termini economici dei problemi "costi-ricavi" legati ai DRG. E' intuitivo come neppure l'aumentata produttività dell'équipe nei confronti dei degenti, nel corso del 1998 (ricoveri = +17%; degenza media = -21,4%), abbia potuto rendere redditizia l'attività di

ricovero. La maggior "attenzione" al settore di degenza, infatti, ha solo consentito di ridurre le perdite legate alla degenza stessa (-22,8%, su base annua) ma non certo di annullarle. Perché? Ancora una volta, tutto dipende dai bassi valori unitari (= pesi) dei DRG nefrologici, che non possono essere neutralizzati in alcun modo. Se le cose stanno così, che senso economico ha la presenza di LETTI NEFROLOGICI di DEGENZA all'interno delle AZIENDE OSPEDALIERE AUTONOME? Nessuno. Mentre è evidente che - sul piano clinico e sul versante del paziente - le U.O. di NEFROLOGIA sono FONDAMENTALI, indipendentemente dal fatto che esse siano collocate in ULSS, ASL o in aziende ospedaliere autonome. Nessuna persona di buon senso può, nel 2000, negare che sia essenziale - in ogni OSPEDALE PER ACUTI degno di questo nome - la presenza di una U.O. di Nefrologia e Dialisi. Lo testimoniano le migliaia di pazienti con insufficienza renale acuta trattati annualmente in Italia, l'incidenza dei nuovi pazienti dializzati per anno (88 per milione di abitanti, nel Veneto), la prevalenza dei nefropatici uremici + trapiantati (662 per milione di abitanti) e (ma il dato è sconosciuto) la prevalenza dei soggetti con nefropatia, primitiva o secondaria, non in fase uremica. Una stima "prudente" ipotizza 800 pazienti per milione di abitanti, solo che si consideri il progressivo incremento, in Italia, della IRC dovuta alla nefropatia diabetica (+4% in 3 anni, in Veneto). In conclusione, l'attenzione ai costi sanitari è certamente doverosa, specialmente in tempi di sanità in rosso. Ma l'attenzione ai costi presuppone, in un sistema economicamente corretto ed adeguato, anche ulteriori elementi essenziali: la creazione di un sistema sanitario economicamente uguale (ossia la stessa modalità di pagamento per tutte le strutture); la separazione tra chi chiede la prestazione (domanda), chi l'effettua (offerta) e chi paga (il controllore); l'appropriatezza della costruzione delle tariffe, che debbono includere tutti gli elementi di spesa, incluso il valore di "margine economico" per il sistema. Già, ma così è nei paesi anglosassoni e così non è in Italia, patria del "monopoli economico sanitario".

Bibliografia

1. De Negri A, Formica M, Cavagnino A: Valutazione dei costi dei trattamenti dialitici. G. It. Nefrologia, 14: 321-338, 1997.
2. Tariffario nazionale per le prestazioni ambulatoriali. Gazzetta Ufficiale N° 216, Roma, 14/9/96.
3. Maino V, Biasioli S, Tarchini R: La nefrologia tra linee guida e qualità. Maino, Biasioli, Tarchini Ed., J. Medical Books Ed., Viareggio, pagg. 1-244, 1999.

Tabella I			
DETERMINAZIONE DEL COSTO DI PRODUZIONE			
Regione _____ ULSS/ASL N° _____			
Unità Operativa: Servizio di Nefrologia e Dialisi			
Ospedale di _____			
PRESTAZIONE			
Descrizione : Emodialisi ospedaliera in acetato o bicarbonato			
Codice : 39, 95, 1			
A) COSTI DIRETTI			
	tempi di espletamento	costi unitari (in minuti)	costi totali (lire)
1) FATTORI PRODUTTIVI			
a) personale laureato	33	1.200	39.600
b) tecnici	22	600	13.200
c) infermieri	86	500	43.000
d) ausiliari (OTA)	12	500	6.000

e) amministrativi	10	500	5.000
Totale parziale			106.800
2) CONSUMI SANITARI			
tipo	quantità		
Presidi	74.000		
Varie	28.628		
Esami	29.900		
Medicinali	55.000		
Totale parziale	187.528		
B) COSTI INDIRETTI (consumi non sanitari)			
Acqua, luce, riscaldamento, spese generali, ammortamento apparecchiature, interessi attivi e passivi, assicurazioni, manutenzione			29.000
TOTALE GENERALE (A + B)			323.328

Tabella II				
COSTI DI PRODUZIONE (SIN-Triveneto)				
PRESTAZIONE	Fattori produttivi	Consumi sanitari	Consumi non sanitari	TOTALE
HD ospedaliera	106.800	187.528	29.000	323.328
HD in CAL	68.500	187.528	29.000	285.028
HD domiciliare	15.800	187.528	29.000	232.328
HF ospedaliera	118.200	280.528	29.000	427.728
HF in CAL	79.500	28.0528	29.000	389.028
HDF, CVVH, HP	145.200	337.528	29.000	511.728
Plasmaferesi automatica	136.200	532.528	29.000	697.728
Plasmaferesi manuale	169.800	532.528	29.000	731.328
IPD, APD ospedaliera	58.800	92.000	15.000	165.800
CAPD	19.900	71.500	-	91.400
Cambio set peritoneale	23.500	30.000	-	53.500
PET test	53.000	10.000	-	63.000
Holter pressorio	32.400	5.000	-	37.400
Tests di funzione tubulare	29.000	3.000	-	32.000
Prova da carico proteico	48.500	7.000	-	55.500
Impianto di catetere giugulare	86.500	250.000	-	336.500
Impianto di protesi vascolare	547.000	900.000	-	1.447.000
Rimozione fistola	98.500	30.000	-	128.500

Allestimento fistola	388.500	100.000	-	488.500
Stesura piano di trattamento	6.000	-	-	6.000
Bioimpedenza	29.900	5.000	-	34.900
Impianto di catetere peritoneale	152.500	200.000	-	352.500
Espianto di catetere peritoneale	63.000	50.000	-	113.000

Tabella III

CONFRONTO TRA TARIFFE E COSTI

PRESTAZIONE	Codice	tariffa	costo	T-P	tariffa	costo	tariffa
A-B-HD ospedal.	39. 95. 1	300.000	325.252	-25.252	300.000	323.328	-23.328
A-B-HD C.A.L.	39. 95. 2	250.000	270.845	-20.845	250.000	285.028	-35.028
A-B-HD domicil.	39. 95. 3	200.000	202.284	-2.284	200.000	232.328	-32.328
BHD-Mbiocompat.	39. 95. 4	320.000	347.850	-27.850	320.000	343.328	-23.328
HDF ospedal.	39. 95. 5	450.000	466.523	-16.523	450.000	427.728	+22.272
HDF C.A.L.	39. 95. 6	400.000	412.117	-12.117	400.000	389.028	+20.972
Altra HDF	39. 95. 7	500.000	485.258	+14.742	500.000	511.728	-11.728
HF	39. 95. 8	500.000	552.518	-52.518	500.000	511.728	-11.728
CCPD	54. 98. 1	106.000	144.000	-38.000	106.000	165.800	-59.800
CAPD	54. 98. 2	90.000	91.730	-1.730	90.000	91.400	-1.400

Tabella IV

COSTI E FATTURATI DEI DRG NEFROLOGICI *

	ANNO 1996	ANNO 1997	ANNO 1998	% 98/97
Peso medio DRG	0,957	1,09	1,02	-
DRG totale	247	293	309	+ 5,4
Fatturato totale (mil)	1161	1380	1502	+ 8,8
Ricoveri totali (n)	258	270	316	+ 17,0
% occupaz. P. letto	75	75	104	+ 38,6
Degenza media (giorni)	9,80	9,95	7,82	- 21,4
Fatturato x ricovero	4.700.404	4.709.897	4.860.841	+ 3,2
Costo x ricovero	7.350.000	7.761.000	6.256.000	- 19,4
Costo x giornata	750.000	780.000	800.000	+ 2,5
Perdita x ricovero	649.596	512.003	395.159	- 22,8

* nel S. Nefrologia e Dialisi, ULSS n. 21, Veneto

Tabella V

COSTI E RICAVI DEI DRG*

	ANNO 1996	ANNO 1997	ANNO 1998	% 98/97
Fatturato totale DRG (milioni)	1161	1380	1502	+ 8,8
Costo totale dei DRG (milioni)	1896	2095	1977	- 5,6
Scostamento (milioni)	- 735	- 715	- 475	- 33,6
Saldo netto di attrazione (milioni)	61	60	70	+ 16,6
Perdita netta dell'ULSS (milioni)	- 674	- 655	- 405	- 38,2
N.B. * in una U.O. Nefrologica di medie dimensioni				