

SANDRO ALBINI ^(*)

IL FINANZIAMENTO DEGLI OSPEDALI

1. *Introduzione*

Intorno al “pagamento delle prestazioni ospedaliere” si è andato sviluppando nel nostro Paese un dibattito non scevro da implicazioni ideologiche. L'idea che fosse possibile in qualche modo dare carattere di oggettività ad un insieme di criteri frutto di attente analisi contabili ha finito per essere sovrastata dalla preoccupazione di rendere funzionali detti criteri all'una o all'altra visione del come debba essere articolato il servizio sanitario. Da una parte può essere schematicamente individuata la posizione di coloro i quali ritengono che programmazione, governo, controllo e gestione della sanità debbano rimanere tutte in capo ad un soggetto pubblico, dall'altra la posizione (sempre semplificando) di chi ritaglia per il pubblico una funzione di regolatore del sistema, mentre ritiene che la gestione delle attività vada ricondotta alle dinamiche del libero mercato.

Avventurarsi in una disamina della complessa materia comporta quindi il rischio di facili ascrizioni per chi voglia tentare una riflessione il più possibile neutrale (anche se è ben nota la difficoltà dell'impresa).

Certo un presupposto appare incontrovertibile: le risorse del fondo sanitario nazionale (o di come si chiamerà lo strumento federalista officiato ad assumerne le funzioni) non possono che essere destinate alla tutela della salute di coloro che hanno titolo ad essere assistiti secondo le normative legislative. Con detto presupposto appare contrastare sia il fatto che molte strutture pubbliche incorporino nei loro costi tassi di sprechi e inefficienze non traducibili in servizi resi agli assistiti (in molti casi resi invece a coaguli di interessi estranei

^(*) *Amministratore delegato Poliambulanza, Brescia.*

ai servizi sanitari oppure ai loro operatori) sia la considerazione che operatori privati con finalità di profitto conseguano “utili di esercizio” non reinvestiti nel miglioramento delle strutture sanitarie.

Resta il problema di individuare criteri capaci di eliminare, o almeno di ridurre, lo scarto tra presupposto e realtà concreta. A tal fine può essere di ausilio una rapida analisi del susseguirsi di criteri adottati dal nostro legislatore in concomitanza con “riforme”, ripetute a cadenza decennale, dei servizi sanitari.

2. Il finanziamento degli Enti ospedalieri

Negli anni 1968/1969 la riforma ospedaliera, varata dal ministero Mariotti, nell'istituire gli Enti ospedalieri in sostituzione delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, stabilì il criterio secondo il quale le attività delle strutture ospedaliere (cui la normativa affidava già compiti di prevenzione, didattica e ricerca accanto alle più proprie funzioni assistenziali) venivano remunerate a retta di degenza giornaliera, calcolata a rendiconto sull'esercizio precedente per finanziare quello successivo. Ove l'importo della retta rappresentava il risultato del complesso delle spese sostenute per il funzionamento della struttura fratto il numero delle giornate di degenza. Nel complesso delle “spese sostenute” era compresa anche una quota – non superiore al 4% – destinata agli ammortamenti. I provvedimenti legislativi di riforma prevedevano procedure programmatiche di riconoscimento e classificazione delle strutture ospedaliere rivolte a controllare le strutture di offerta: in realtà venne istituita in Enti ospedalieri una pletera di Ipab, alcune delle quali conservano ancora a distanza di 30 anni più le caratteristiche di Residenze sanitarie assistenziali, secondo la logica di “un ospedale per ogni campanile”. La moltiplicazione indiscriminata delle strutture di offerta ed il criterio secondo il quale ogni e qualsiasi costo sostenuto si scaricava nella retta di degenza hanno portato rapidamente il settore al collasso economico ed alla necessità del suo superamento. Il criterio di remunerazione adottato era del tutto cieco nel senso che non vi era alcun controllo sulla appro-

priatezza delle attività sanitarie: ogni struttura, pubblica o privata che fosse, non era per nulla incentivata sulla strada della efficienza poichè per riempire i letti bastava, alla bisogna, prolungare la degenza fino a quando il letto non risultasse ambito da un altro assistito. La strumentazione contabile non doveva riscontrare altre esigenze se non quelle di ordine finanziario ed a ciò bastava la normativa pubblicistica. La comparazione sulla efficienza delle diverse strutture (atteso che la misurazione della efficacia risultava molto difficoltosa mancando al tempo una raccolta organizzata dei dati epidemiologici ed essendo al di là da venire la strumentazione informatica necessaria) aveva a riferimento la retta giornaliera complessiva ed il costo per il ricovero senza però poterne misurare la complessità sia per disciplina sia per la intera struttura.

3. Il finanziamento dei presidi delle Usl

Nel 1978 con la legge 833 il sistema degli Enti ospedalieri viene assorbito nell'ambito della istituzione del Servizio sanitario nazionale del quale, salvo alcune eccezioni (grandi ospedali di rilevanza nazionale, Irccs) gli ospedali diventano presidi. Il criterio di finanziamento delle prestazioni sanitarie di ricovero viene definito sul presupposto della necessità di attribuire alla Usl le risorse sufficienti a garantire l'esercizio di tutte le complesse attività loro affidate, comprese quelle degli ospedali. Per le strutture private rimane lo strumento della retta per giornata di degenza introducendo una classificazione, abbastanza grezza, del livello di complessità delle strutture.

Quindi scompare ogni criterio parametrato, sia pure a posteriori quale la retta di degenza, di determinazione dei finanziamenti i quali vengono invece commisurati al rilevato consumo dei fattori produttivi (personale dipendente, beni e servizi), mentre i finanziamenti in conto capitale vengono erogati sulla base di piani programmatori regionali. Il presupposto sul quale il legislatore ha costruito detto sistema si basava sul fatto che determinato un fondo nazionale, ripartito tra le Regioni, ed essendo la Asl espressione dei Comuni sssociati gestita con un ampio strumentario di istituti democratici (assem-

blea, commissioni, comitato di gestione) questi bastassero ad esercitare efficaci funzioni di controllo in ordine all'impiego, in termini di quantità e di qualità, dei fattori produttivi.

Ma le cose non sono andate così: i tentativi di programmazione delle strutture di offerta, la adozione di indicatori in ordine alle dotazioni organiche, la istituzione di osservatori sulla acquisizione di beni e servizi hanno sortito, nel migliore dei casi, effetti di misurazione statistica di fenomeni ormai incontrollabili. In pochi anni, complice un generale scadimento del profilo etico di amministratori ed operatori, tutto il comparto sanitario ha prodotto disavanzi di tale consistenza da portare il Paese sull'orlo della insolvenza. Tutte le dinamiche, da quelle più nobili connesse ai processi innovativi, a quelle discendenti dai conflitti sociali alle diatribe campanilistiche, hanno trovato la loro camera di compensazione, come in altri settori quale quello previdenziale, nella espansione del debito pubblico.

Anche nel periodo considerato la strumentazione contabile è rimasta quella pubblicistica, non sussistendo ulteriori esigenze, seppure affiancata da indicazioni circa la adozione di analisi per centri di costo la cui finalità rimaneva comunque circoscritta ad ambiti sperimentali o di valutazione interna, nel caso di amministratori illuminati.

4. L'introduzione della remunerazione a tariffa

Negli anni 1991/1993 il quadro istituzionale del Servizio sanitario nazionale viene completamente rivisitato: le Usl non sono più espressione dei Comuni, vengono affiancate da aziende ospedaliere, il loro riferimento istituzionale è individuato nelle Regioni cui competono funzioni di programmazione, indirizzo e controllo; ne viene definita la natura di azienda, imposta la adozione della contabilità economico patrimoniale ed affidata la gestione ad un organo monocratico di nomina regionale. Le modalità di remunerazione delle prestazioni di ricovero e cura per il trattamento di patologie acute vengono definite a tariffa predeterminata per il singolo evento sulla base di raggruppamenti diagnostici (i Drg) i quali classifica-

no in maniera omogenea le prestazioni secondo la quantità di risorse necessaria per la loro produzione. Le modalità di calcolo delle tariffe sono definite da un insieme di norme le quali stabiliscono che le tariffe debbono essere la risultante di una rilevazione dei costi sostenuti (tutti i costi dei fattori produttivi impiegati più le quote di ammortamento di apparecchiature in impianti) per la produzione delle prestazioni. Quindi appare del tutto evidente che le tariffe rappresentano la misurazione dei costi (necessariamente dei costi medi di un campione di strutture virtuose) e non la determinazione del prezzo di un servizio. Accanto alla remunerazione delle prestazioni tariffabili sono stati individuati ambiti assistenziali la cui remunerazione non può essere definita a tariffa forfettaria per ricovero ma per giornata di degenza, nel caso delle attività di riabilitazione e lungodegenza, oppure per funzione nel caso ad esempio di attività di attesa (urgenza ed emergenza), didattica e di ricerca. Cambia conseguentemente la strumentazione contabile nel senso che il finanziamento avviene non più in base a quanto si consuma ma in virtù di quanto si produce ed alla bisogna non si attaglia più la contabilità finanziaria (idonea a misurare entrate e uscite) ma quella economico patrimoniale più appropriata alla rilevazione puntuale dei ricavi e dei costi.

La effettiva introduzione del nuovo strumento, generalmente applicato allo stesso modo alle strutture pubbliche e a quelle private, avviene in alcune regioni a partire dagli anni 1996/1997 e le prime risultanze ne rilevano pregi e limiti, spesso enfatizzati negando quasi la esigenza di affinare lo strumento sulla base della sperimentazione in vivo.

I pregi principali rilevati attengono alla riduzione dei tempi di degenza (poiché viene remunerato il singolo episodio di ricovero non rilevando, se non in casi particolari, la durata della degenza), ad un migliore utilizzo delle risorse poiché a parità di fattori impiegati viene prodotto un maggior numero di prestazioni, alla misurazione della efficienza aziendale poiché le entrate sono commisurate ai servizi effettivi resi agli assistiti, alla disponibilità di dati epidemiologici completi poiché la rilevazione dei fatti connessi ai ricoveri assume rilevanza economica.

I difetti sono in una qualche misura speculari ai pregi: la riduzione eccessiva dei tempi di degenza mette a disagio gli assistiti, le modalità di trattamento delle patologie vengono orientate più dalla tariffa che dalla effettiva necessità dell'assistito, alcuni soggetti possono selezionare le patologie trattando solo quelle più remunerative, le tariffe uniformi non misurano il grado di complessità delle strutture che le erogano e quindi, mentre le meno complesse guadagnano, le più complesse perdono, la remunerazione delle funzioni appare ancora troppo approssimativa.

I rimedi consistono nel paziente lavoro di aggiustamento (già in corso) per introdurre momenti di verifica, di controllo, di definizione di protocolli e linee guida, di rilevazione più analitica dei costi, di classificazione delle strutture in base alla loro complessità con conseguente rideterminazione tariffaria, di introduzione di nuove modalità di tariffazione forfettaria non più per singolo ricovero, ma per il complesso di prestazioni necessario a trattare nella sua complessità un evento patologico o una patologia cronica, di riequilibrio del peso della parte di finanziamento da corrispondere a tariffa verso la parte da correlare alle funzioni non tariffabili. Ciò al fine di ridurre progressivamente le aree di ambiguità inevitabilmente correlate alla introduzione di unità di misura di attività, come quelle sanitarie, per loro natura difficili da classificare.

Altri contestano radicalmente lo strumento ritenendo dannosa l'applicazione di criteri economistici, poichè questi finirebbero per condizionare l'esercizio delle più appropriate metodiche assistenziali.

5. Conclusioni

La introduzione del sistema di remunerazione tariffaria provoca effetti rilevanti sia sulla singola struttura sia sul servizio regionale. Nel primo caso, a parità di posti letto, il processo di razionalizzazione può portare al raddoppio dei volumi di attività e quindi a ritmi assistenziali molto più intensi; lo stesso fenomeno proiettato sul servizio regionale porta ad una ridondanza delle strutture di offerta. Alla positiva riduzione

delle liste di attesa si accompagnano fenomeni di induzione della domanda che finiscono per tradursi in eccessi interventistici ed in maggiori costi per il servizio sanitario. Il sistema lasciato a sè stesso finisce per avvitarci pericolosamente: le singole strutture (pubbliche o private) sono indotte a utilizzare al meglio le risorse, aumentando progressivamente i volumi di attività; il Servizio sanitario non disponendo di risorse per remunerare tutte le prestazioni, deve necessariamente imporre dei tetti finanziari con abbattimento progressivo degli importi tariffari. A questo punto i soggetti erogatori pubblici, già in difficoltà a controllare i costi, vanno in perdita e devono essere ripianati, mentre i privati non riescono a far fronte agli ammortamenti e quindi, per sopravvivere, pregiudicano la qualità delle loro attività sanitarie; alla fine tutto il complesso sistema tariffario rischia di diventare virtuale. La illusione di utilizzare lo strumento tariffario per selezionare le strutture, espungendo quelle marginali, rischia di rivelarsi per tale e quindi non capace di surrogare interventi programmati di redistribuzione delle strutture di offerta.

Il criterio della contrattazione dei volumi di attività contro remunerazione determinata può essere lo strumento che consente di uscire dall'avvitamento, ma questa è attività programmatoria per il cui esercizio non è dato sapere se la politica disponga oggi di risorse adeguate e le istituzioni di elementi di valutazione oggettivi (gli outcome di ogni singola struttura) in grado di consentire una selezione qualitativa.

Quali che siano i tempi e le difficoltà per condurre a regime il nuovo sistema di remunerazione delle prestazioni dentro un rinnovato Servizio sanitario, appare certamente preferibile un percorso con tutti i caratteri della sperimentazione necessari a definire una più puntuale misurazione economica delle attività sanitarie (si dà ovviamente per scontata la loro efficacia, senza la quale non ha senso che vengano erogate) piuttosto che coltivare tentazioni luddiste di ritorno a sistemi di finanziamento a piè di lista il cui presupposto illuministico è già stato radicalmente smentito dalla realtà. L'esito sarebbe devastante ed assommerebbe una insostenibile esplosione della spesa coniugata con tassi di inefficienza insopportabili per un Paese civile.

