

Il budget nella gestione della attività ospedaliera

*Franco Provera, Antonio Bonaldi, Carlo Bonometti**
Ospedali Riuniti di Bergamo

Il concetto di budget, la sua formazione e formulazione, la sua funzione nell'ambito del controllo di gestione delle imprese in generale e di quelle (1) pubbliche sanitarie in particolare, sono stati ampiamente studiati dalla letteratura.

Non è perciò questa la sede per dissertare di tale strumento di gestione aziendale. Non gioverebbe allo scopo che ci siamo proposti nello stendere questo scritto.

È sufficiente qui ricordare che il budget esprime la correlazione che si realizza tra risultati (obiettivi) e risorse disponibili.

Il budget non è dunque come comunemente viene purtroppo inteso, un semplice documento contabile ma l'espressione formalizzata del programma di attività dell'Amministrazione.

Detto questo appare di tutta evidenza che, nella pratica concreta, il momento più significativo è costituito dalle modalità della sua formazione sia sotto il profilo degli obiettivi che si intendono perseguire, sia sotto l'aspetto della predeterminazione dei relativi costi e ricavi.

Ed è altrettanto evidente che tale formazione è tanto più significativa e produttiva di effetti positivi quanto più si diffonde la consapevolezza comune che l'insieme delle attività preventivate e svolte non può discostarsi dal valore delle risorse disponibili per ciascuna Unità Operativa, e che il miglioramento qualitativo e quantitativo dei risultati potrà essere conseguito mediante un impiego più razionale delle risorse attribuite.

È assolutamente indispensabile che tale concetto venga a tal punto interiorizzato da diventare cultura personale dei responsabili di ciascuna unità operativa.

Le continue richieste di personale, la domanda e l'impiego dei farmaci e dei diversi presidi sanitari non potranno più allora discendere dalla prassi corrente del «chiediamo e ci sarà dato».

Occorre che si instauri una grande e generale coassunzione di responsabilità cui corrisponde anche partecipazione e condivisione alla attività di Amministrazione.

È finito il tempo di esercitare pressioni sul fronte della domanda interna senza risponderne direttamente.

La statura culturale e professionale di ciascun dirigente sarà commisurata alla capacità di assumere siffatta responsabilità.

Tutto ciò in un contesto nel quale è indispensabile fare emergere le valenze positive del processo di cambiamento ed aggregare una dose rilevante di consenso sugli obiettivi generali e specifici della dirigenza ospedaliera.

IL PROCESSO DI FORMAZIONE DEL BUDGET E LA RELATIVA SCHEDA ECONOMICA DI CIASCUNA UNITA' OPERATIVA (2)

1. La definizione degli obiettivi

Per quanto di interesse dell'Azienda, gli obiettivi sono stati declinati in quattro accezioni:

- **Missione:** la missione definisce i fini istituzionali dell'azienda (il perchè del nostro agire) e indica i principi di ordine generale (cultura e valori) attraverso i quali tali fini sono raggiunti. In questo caso gli obiettivi (finalità, scopi) non sono collocati nel tempo e nello spazio (goal), ma si limitano ad indicare la direzione di marcia.
- **Obiettivi programmatici:** tenuto conto delle risorse disponibili e dei vincoli normativi gli obiettivi programmatici indirizzano le attività dell'azienda verso il raggiungimento dei propri fini istituzionali (missione) e assicurano le condizioni strutturali affinché le diverse Unità Operative siano messe nelle condizioni migliori per realizzare i loro obiettivi di assistenza. Essi sono collocati

nel tempo e nello spazio, ma non sempre sono traducibili in un formato misurabile e sequenziale (objective).

- Obiettivi generali: Gli obiettivi generali rappresentano i risultati attesi da parte delle Unità Operative di diagnosi e cura. Essi si configurano come il vero «prodotto» dell'ospedale: ciò che è direttamente collegato con l'erogazione di prestazioni e servizi sanitari ai pazienti, con particolare riferimento ai livelli e alla qualità dell'assistenza, nonché alle risorse economiche impiegate.
- Obiettivi specifici: rappresentano i risultati attesi in uno specifico contesto operativo. Essi sono finalizzati ad incoraggiare il miglioramento continuo della qualità e sono espressi in un formato misurabile (target).

Gli obiettivi specifici delle Unità Operative di diagnosi e cura sono definiti da ciascuna Unità Operativa. Gli obiettivi specifici delle Unità Operative organizzative-sanitarie (Direzione sanitaria e Farmacia), tecniche e amministrative sono considerati di supporto al processo primario di produzione di prestazioni e servizi sanitari di buona qualità e di dimostrata efficacia. Tali Unità Operative, infatti, hanno funzioni e compiti di carattere integrativo rispetto alle finalità istituzionali dell'azienda ospedaliera (funzioni programmatiche e organizzative, gestione delle risorse umane, delle informazioni, degli acquisti, degli aspetti tecnologici, impiantistici, alberghieri, logistici e della sicurezza, gestione delle risorse finanziarie). Tuttavia dal loro grado di efficienza operativa dipende in buona misura la capacità delle Unità Operative di diagnosi e cura di rispondere in modo adeguato alle richieste di prestazioni e servizi sanitari e di conseguire, quindi, i risultati attesi nel campo dell'assistenza.

Come si può notare nel processo di individuazione degli obiettivi l'attenzione si sposta sempre di più dalla definizione concettuale delle finalità (missione) verso la concretizzazione operativa (obiettivi generali e specifici). In altre parole, partendo dalla missione aziendale si precisano, precisano, attraverso gli obiettivi programmatici, i progetti di sviluppo delle attività sanitarie (riorganizzazione di Unità Operative, avvio dei Dipartimenti, cooperazione con Enti esterni) le regole del gioco (assetto organizzativo, centri di responsabilità e di costo, controllo di gestione, ...) e i piani di sviluppo delle infrastrutture (acquisizioni di strumentazioni, beni e servizi, ristrutturazioni, sistema informativo,...), dopo di che si procede alla definizione degli obiettivi generali (il prodotto dell'ospedale) e di quelli specifici per la soluzione dei vari problemi organizzativi e per il miglioramento continuo della qualità.

1.1. Indicatori per la valutazione dei risultati relativi agli obiettivi generali

Gli obiettivi generali rappresentano i risultati attesi da parte delle Unità Operative di diagnosi e cura. Essi si configurano come il vero «prodotto» dell'ospedale: ciò che è direttamente collegato con l'erogazione di prestazioni e servizi sanitari ai pazienti, con particolare riferimento ai livelli e alla qualità dell'assistenza, nonché alle risorse economiche impiegate. Gli obiettivi generali, articolati in tre categorie principali, sono riassumibili come segue:

- 1) qualità delle cure: mettere in atto sistemi strutturati di valutazione delle prestazioni erogate e avviare iniziative orientate al miglioramento della qualità delle cure;
- 2) risorse: contenere i costi di produzione dei servizi sanitari entro i limiti del budget predeterminato, utilizzando al meglio le risorse disponibili;
- 3) attività di diagnosi e cura: eseguire, da parte di ciascuna Unità Operativa, un numero di prestazioni sanitarie (pesate) non inferiore a quello raggiunto nell'anno precedente.

Le diverse Unità Operative di diagnosi e cura sono state raggruppate in tre grandi aree:

area medica;

area chirurgica;

area dei servizi senza letti di degenza.

Nell'intento di esprimere in modo sintetico ma significativo i risultati ottenuti, per ciascuno degli obiettivi generali sono individuati alcuni indicatori di performance ad ognuno dei quali è associato

un valore di riferimento per l'anno considerato (risultati attesi). Come si può notare dalle schede allegate, gli indicatori di performance sono alquanto modificati rispetto all'anno precedente. Siamo consapevoli che molto cammino deve essere ancora percorso in questa direzione: di fatto inizialmente alcuni indicatori sono ancora troppo generici ma ciò dipende dalle informazioni disponibili e dalla necessità di non complicare eccessivamente il modello.

Al raggiungimento degli obiettivi generali e specifici è correlata una quota della retribuzione di risultato e della produttività collettiva. Per questo motivo a ciascuno degli indicatori e degli obiettivi specifici è associato un peso relativo, definito in base ad alcuni criteri generali quali: l'impatto che i risultati attesi determinano sulla salute dei pazienti, sull'organizzazione ospedaliera, sulla dimensione economica o sulla qualità percepita; la disponibilità e l'attendibilità dei dati utilizzati per la misurazione dei risultati raggiunti; la novità di impiego dell'indicatore.

Le quote specifiche attribuite al personale in relazione al ruolo, al profilo e alla posizione funzionale sono concordate con le organizzazioni sindacali.

Nella tabella n.1 sono riportati alcuni esempi di indicatori utilizzati per la verifica dei risultati ottenuti, raggruppati per categoria di risultato. Ciascuna Unità Operativa riceve una tabella con i propri valori di riferimento relativi all'anno considerato. Il rendiconto dei risultati conseguiti da ciascuna Unità Operativa è inviato entro il mese di Settembre per il 1° semestre ed entro il successivo mese di Febbraio per l'intero anno.

La tabella riporta pure le formule utilizzate per il calcolo degli indicatori

1.2. Caratteristiche degli obiettivi specifici e regole per definirli

Di seguito si sintetizzano alcune regole pratiche utili per definire gli obiettivi specifici, in modo che ciascuna Unità Operativa traduca le proprie aspirazioni di miglioramento in un formato esplicito, misurabile, alla fine di una catena fatta di bilanciamenti tra i problemi da affrontare, i risultati auspicabili e i cambiamenti da imprimere alla prassi corrente.

L'obiettivo specifico deve essere relativo a un problema che ha risvolti importanti su una o più dimensioni della qualità dell'assistenza e dei servizi.

I risultati attesi devono essere espressi in forma misurabile, sforzandosi di precisare gli esiti dell'intervento (outcome).

Il livello dell'obiettivo da raggiungere deve essere realistico ma nel contempo stimolante

Devono essere identificati i principali interventi che si ritiene opportuno realizzare per conseguire gli obiettivi individuati.

Alcuni sinceri tentativi di miglioramento non raggiungono tutti i risultati sperati. Non bisogna scoraggiarsi per questo. Si può imparare molto anche dall'analisi dei fattori di insuccesso, utilizzando, comunque, l'esperienza acquisita per individuare nuovi traguardi.

2. La scheda di budget.

La costruzione della scheda di budget di ciascuna unità operativa rappresenta la sintesi dei valori economici delle prestazioni attese (ricavi) e delle risorse attribuite (costi preventivati).

I ricavi come noto sono costituiti dai trasferimenti regionali per tariffazione dei ricoveri attesi (D.R.G.), per funzioni sanitarie non riconducibili ai D.R.G., per prestazioni ambulatoriali a persone assistite dal Servizio Sanitario Regionale, da introiti per compartecipazione alla spesa sanitaria, da proventi di assistiti paganti, da altre diverse fonti di reddito proprie della Azienda Ospedaliera. Particolare cura deve essere rivolta alla corretta rilevazione ed indicazione dei D.R.G..

La predeterminazione dei costi e la loro attribuzione a ciascuna Unità Operativa esige indubbiamente una analisi assai accurata nella determinazione di tutte le risorse effettivamente assorbite dalle medesime.

Tale determinazione presenta alcune operazioni complesse soprattutto per alcuni fattori di produzione non imputabili alla attività propria delle Unità Operative che erogano la prestazione

finale all'assistito, ma il cui costo è peraltro da questo indirettamente procurato ai servizi di supporto organizzativo-sanitario, amministrativo e diagnostico-terapeutico.

Al riguardo va sottolineato che si presenta particolarmente complessa e laboriosa la traslazione dei costi indotti dai reparti di degenza alle Unità Operative di supporto diagnostico.

Per questi ultimi è indispensabile procedere ad una accurata rilevazione del costo di ciascuna prestazione diagnostica.

Un procedimento sperimentato utilmente a tale fine viene qui di seguito illustrato (3).

La tabella n. 2 riporta a titolo esemplificativo, la scheda di budget 1997 di un reparto di alta specializzazione chirurgica, della quale si propone altresì il grafico relativo al break even point previsto sulla scorta dell'andamento dello stesso reparto nell'anno 1996.

3. Considerazioni conclusive.

Abbiamo iniziato questo scritto segnalando il fatto che il processo di budget ed in generale di miglioramento della attività ospedaliera sono legati ad una reale e significativa partecipazione ed informazione dei partecipanti organizzativi di ciascuna Unità Operativa.

Tale esigenza nasce dalla constatazione ovvia che non si può ragionevolmente ottenere il conseguimento di obiettivi a coloro (dirigenti e non) che, non avendo partecipato alla loro elaborazione, o peggio non essendone stati preventivamente informati, si vedano costretti a realizzarli solo per effetto di autoritativa imposizione. Tanto più se al conseguimento di tali obiettivi è correlato un premio di produttività. Quale premio senza assunzione di corresponsabilità e senza una adeguata autonomia operativa?

La considerazione non è affatto peregrina o anacronistica se si pone mente ad alcuni recenti progetti di reclutamento del personale dirigente che affiderebbero ancora al sorteggio talune modalità procedurali per la scelta «fiduciaria» dei collaboratori.

Si è dissertato a lungo e in tutte le sedi istituzionali, politiche e sociali di efficienza, di aziendalizzazione, di controllo di gestione, di budget e di quant'altro attiene all'uso efficiente delle risorse, ed è corretto. Il termine «efficienza» è facilmente spendibile in relazione alla diffusa aspettativa di miglioramento dei servizi sanitari. Ma il nostro compito - di noi responsabili della gestione delle Aziende Ospedaliere - non è anche e soprattutto quello di promuovere le condizioni per assicurare l'efficacia sanitaria e non solo quella gestionale? Non è forse precipuamente quella di rimuovere il bisogno sanitario e di concorrere a ripristinare lo stato di salute?

La letteratura che si occupa di economia sanitaria liquida frettolosamente l'argomento osservando che «l'efficacia sanitaria» esula, almeno in parte, dal controllo di gestione, investendo altri processi e particolarmente, quelli di pianificazione strategica e di ricerca ecc..

È davvero condivisibile questo assunto?

Non è forse venuto il tempo - anche proprio per la limitazione delle risorse - di introdurre coraggiosamente nei nostri documenti «contabili» l'argomento della qualità come efficacia e come appropriatezza delle prestazioni sanitarie?

È pur vero che misurare tali caratteristiche della pratica sanitaria non è facile! Ma è questo davvero un impedimento insormontabile ad introdurre nei nostri «trattati» annuali di bilancio un capitolo che sfidi il presunto «impossibile»?

* Direttore generale, Direttore sanitario, Direttore Amministrativo dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo

Note

(1) Il termine di impresa viene qui usato anche per gli enti pubblici gestori di pubblico servizio ritenendolo più appropriato di quello di «azienda» comunemente usato, sia con riferimento alla natura oggettiva del pubblico servizio (U. Pototschnig), sia con riguardo agli artt. 41 e 43 della Costituzione, sia inoltre perchè più coerente con gli artt. 2555 (azienda) e 2082 (imprenditore) del codice civile.

(2) Le considerazioni esposte sono tratte dal documento di programmazione per il 1997 della A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo dal titolo «Lo sviluppo della Azienda Ospedaliera nell'interesse del paziente» e rappresentano la prosecuzione evolutiva del sistema di budgeting introdotto nella stessa azienda nell'anno 1996 con il documento «Risorse verso risultati. Obiettivi e budget 1996».

(3) Il costo delle prestazioni diagnostiche erogate dall'Azienda è pari alla somma dei costi direttamente attribuibili alla prestazione o costo primo (costo materie prime direttamente riferibili al processo produttivo, costo manodopera diretta, costo diretto di funzionamento dei macchinari, altri costi direttamente attribuibili al prodotto considerato) e delle quote di costo comune relative allo stesso processo produttivo e all'Unità Operativa che eroga la prestazione, quote attribuite proporzionalmente alle singole prestazioni.

La determinazione di tale costo consente:

1. di valorizzare gli esami richiesti dai centri di costo finali (Unità Operative di degenza) e di addebitare agli stessi il relativo costo
2. di poter disporre di informazioni per la determinazione delle tariffe da praticare agli esterni (costo primo + % dei costi generali di azienda + eventuale % di profitto) e per la valutazione del margine di utile o di perdita sulle prestazioni erogate agli utenti del SSN in rapporto alle tariffe previste dal D.M.