

L'OSPEDALE ITALIANO

Giornale di Scienza e di Tecnica Ospedaliera

Organo Ufficiale dell'Associazione Nazionale degli Ospedali Italiani

Mis B
57
58



Costi e prezzi della Economia Ospedaliera

Premesse.

Il problema dei costi e dei prezzi nelle aziende ospedaliere sta assumendo, da qualche tempo, una importanza capitale. Il costo della vita continua ad aumentare, epperò gli ospedali sono sollecitati a chiedere nuovi aumenti di tariffe a Comuni, Mutue, Enti. D'altro lato i margini di reddito patrimoniale da devolvere alla beneficenza, vanno gradatamente assottigliandosi. I Comuni tendono, come è ovvio, a collocare i propri malati presso gli ospedali che applicano tariffe più basse, allo scopo di alleggerire l'onere a proprio carico. In conseguenza di ciò, il grado di occupazione dei letti degli ospedali principali (quelli siti in capoluogo di provincia) va gradatamente diminuendo ed i costi, per effetto delle spese fisse, notevolmente aumentando. A ciò si aggiunga la concorrenza delle cliniche private, il fatto che taluni ospedali si trovano tuttora operati da forti interessi passivi per mutui a suo tempo contratti, e si avrà un quadro dell'attuale situazione nella maggior parte degli ospedali italiani. Si può aggiungere, anzi, che la crisi maggiore è sentita dagli ospedali a costruzione più

L'Autore

● Dott. Prof. REMO MALINVERNI è Direttore del Centro di Economia Ospedaliera, e Membro della Commissione di contabilità e statistica dell'A.N.O.I.

recente, dove il maggior costo d'impianto e la più moderna organizzazione dei servizi, rendendo più grave l'onere delle spese fisse, finisce col determinare un notevole appesantimento nelle spese di esercizio.

Il problema dei prezzi, o meglio, delle tariffe, è completamente concatenato a quello dei costi. A sua volta l'altezza dei costi è in funzione dell'organizzazione dell'ospedale, e del grado di occupazione dei letti. In uno stesso reparto di medicina si hanno costi diversi da un ospedale all'altro, ed una scala di costi nell'interno di uno stesso ospedale, secondo il grado di occupazione dei letti.

Il problema dei costi.

Come detto sopra, l'altezza dei costi in un ospedale è influenzata:

- a) dal grado di occupazione dei letti;
- b) dalla organizzazione dell'ospedale.

Dicendo « organizzazione » intendiamo dire la struttura originaria dell'ospedale,

l'attrezzamento dei servizi, l'esercizio dei controlli sugli acquisti, l'economia negli approvvigionamenti, il razionale impiego del personale, ecc. Tutto tale complesso può incidere notevolmente sul costo complessivo del malato per ogni giornata di presenza. Si può dire, grosso modo, che a seconda della buona o della cattiva organizzazione — prescindendo per ora dal grado di occupazione dei letti — il costo per giornata di degenza può avere oscillazioni dalle 4 alle 5 lire e, in qualche caso forse più.

Tale influenza può essere in parte eliminata mediante provvedimenti amministrativi che assicurino un maggior controllo sui consumi, sull'impiego del personale, sull'utilizzazione dei servizi.

Ma la maggiore influenza sui costi, quella che molto spesso non viene percepita dagli amministratori perchè gli strumenti contabili tuttora in uso nella grande maggioranza degli ospedali italiani non sono in grado di segnalarla, è quella del grado di occupazione dei letti. È questo il punto più debole, il tallone di Achille degli ospedali.

Non si deve dimenticare che il 75 %, circa delle spese di esercizio di un ospedale sono spese fisse, che restano invariate sia che i reparti funzionino col 100 % di occupazione dei letti, o col 50 %. Le spese fisse corrispondono per circa un terzo alle spese del personale e per i due terzi alle spese dei servizi generali. Le une e le altre sono maggiori o minori a seconda della costruzione dell'ospedale, dell'ordinamento e della attrezzatura dei suoi servizi. È certo, ad esempio, che un ospedale ad infermerie piccole (da 6 a 12 letti) richiede maggior personale di assistenza di un ospedale ad infermerie grandi. È certo pure che un ospedale a padiglioni staccati richiede una dispersione di servizi più grande di un ospedale a padiglione unico (monoblocco). Così è pure evidente che gli ospedali costruiti più recentemente hanno un complesso di servizi accessori il cui funzionamento incide notevolmente sul costo del malato. In ogni caso, qualunque ne sia la composizione qualitativa, è certo

che il 75 % almeno delle spese di esercizio di un ospedale è rappresentato da spese fisse, e che soltanto il 25 % è variabile in funzione al numero dei malati. Da questa considerazione si hanno i seguenti risultati:

A) Grado di occupazione dei letti .	100 %	90 %	80 %	70 %	60 %	50 %
B) Costo variabile .	5	5	5	5	5	5
C) Costo fisso . . .	15 —	16,66	18,75	21,43	25 —	30 —
D) Totale costo . .	20 —	21,66	23,75	26,43	30 —	35 —

In A) è indicato il grado di occupazione dei letti fino al 50 %. (Ci sono reparti di ospedale che discendono anche al disotto di tale grado). In B) è indicata la quota di spese variabili in funzione al numero dei degenti. Tale quota è costante per ogni degente, e supponiamo sia di L. 5 (vitto, medicinali, ecc.). In C), invece, è riferita la quota di spese fisse pertoccante su ogni malato, la quale, di conseguenza, varia in funzione diretta del numero delle presenze.

Il risultato cui si arriva, indicato in D), è che il costo complessivo di un malato, nel caso considerato, può variare da L. 20 a L. 35 per giornata di presenza a seconda del grado di occupazione dei letti.

È questo il problema fondamentale che sta alla base della calcolazione delle tariffe e che dovrebbe influenzare tutta la politica dell'amministrazione ospedaliera. Data, cioè, l'altissima percentuale delle spese fisse (queste spese ci sono e non si possono ridurre che in misura minima) l'unico modo per ridurre i costi ospedalieri è quello di avere i letti occupati in pieno, da raggiungere, cioè, il massimo grado di attività.

A questo punto sorge il problema delle tariffe.

Il problema delle tariffe.

Qual'è la tariffa che si deve adottare, considerando che la sua funzione deve essere quella di coprire i costi, senza lasciare margini di beneficio, trattandosi di enti morali?

Qui sta il problema.

In genere, oggi, le tariffe si formano (lasciando per ora da parte qualunque altra considerazione ed influenza) prendendo per base il costo globale medio dell'anno precedente. Tale costo lo si calcola di solito dividendo tutte le spese sostenute, anche quelle d'ordine patrimoniale, per il numero di presenze avute durante l'anno. Qui sta l'errore fondamentale, che non è ultima causa dell'attuale crisi ospedaliera.

Il costo che deve servire di base per la calcolazione e la trattazione delle tariffe non deve essere il costo globale medio calcolato in base al numero di presenze effettive, bensì il costo calcolato sulla base della piena occupazione dei letti. E cioè in ogni caso preferibile accettare malati anche a condizioni modeste, ma assicurarsi la piena copertura delle spese fisse con la piena occupazione dei letti piuttosto che tenere i letti non occupati ed avere parte delle spese fisse scoperte.

Il problema dei costi e delle tariffe ospedaliere è essenzialmente un problema di copertura delle spese fisse. Gli amministratori devono preoccuparsi di coprire le spese fisse, di non lasciarle decorrere in pura perdita, poichè ciò che ammazza (ci si perdoni il termine) l'economia di un ospedale sono le spese fisse! Gli amministratori devono guardare al barometro della occupazione dei letti, come al barometro economico dell'ospedale.

Tenendo per base i costi quali sarebbero in caso di piena occupazione dei letti, gli amministratori saranno in grado di trattare le tariffe con Enti, Comuni, Mutue con ragione di causa. Comuni, Enti, Mutue potranno corrispondere tariffe più modeste delle attuali. La media di attività degli ospedali civili siti in capoluogo di provincia (salvo sempre le eccezioni) varia oggi dal 70 al 75 % dei letti disponibili. Ciò significa che un buon 25-30 % delle spese fisse (che sono il 75 % del totale) è perduto. Il che significa ancora che un ospedale avente 200.000 presenze annue, contro una

spesa di esercizio di L. 5.000.000 (ogni presenza calcolata su una base di L. 25), qualora il suo grado di attività sia del 75 % dei letti occupati, perde L. 937.500, soltanto per spese fisse inassorbite, con un aggravio di L. 4 in più per ogni giornata di presenza. Qualora il grado di attività sia del 65 %, la perdita arriva a L. 1.312.500, in totale, ed a L. 6,50 per malato.

Il costo, perciò, che deve essere tenuto presente nella trattazione delle tariffe non deve essere quello calcolato sulla media delle presenze dello scorso anno, bensì quello che si avrebbe in caso di piena occupazione dei letti.

Tale nuova politica nella fissazione delle tariffe ospedaliere potrà suggerire in un caso di accettare condizioni anche modeste da Mutue od altri Enti, pur di avere i letti sempre occupati in pieno. Quando il prezzo copre il costo minimo (quello cioè che si avrebbe in sede di attività completa), l'ospedale può essere tranquillo. Gli accordi dovrebbero essere subordinati sempre alla garanzia di un minimo di giornate di presenza, allo scopo di assicurare la piena occupazione dei letti.

Ci sono Ospedali i quali hanno stabilito accordi con diversi Comuni per assicurarsi il pieno assorbimento dei loro malati.

Una politica del genere, mentre tenderà al ribasso delle tariffe (beninteso in condizioni normali di mercato), avrà anche conseguenza di frenare certi ampliamenti ospedalieri privati favoriti dal maggior afflusso di malati che dagli ospedali civili vengono ad essi stornati per effetto delle tariffe più basse.

Tutta la politica ospedaliera dovrebbe essere riveduta ed esaminata da un punto di vista provinciale, come per i manicomi, anzichè puramente comunale.

C'è ancor oggi troppa anarchia, troppo empirismo in tale campo. In una stessa provincia si trovano ospedali diversi, piccoli e grandi. I piccoli tendono ad allargarsi, a crearsi proprie attrezzature per determinate specializzazioni, onde rendersi autonomi. Si

va incontro ad una duplicazione di servizi, a mancanza di specializzazione ospedaliera, ad appesantimento sempre maggiore dei costi. I grandi finiranno per restare i più danneggiati. Sembrerebbe ovvio, invece, che i piccoli dovrebbero limitarsi alle malattie comuni, i grandi a queste oltre a tutte le specializzazioni. Il numero dei letti ospedalieri di una provincia dovrebbe essere in diretto rapporto alla popolazione ed al numero di malati quali risulta dalle statistiche annuali sanitarie.

Inoltre, anche la politica delle costruzioni ospedaliere dovrebbe essere riveduta. Ci accorgiamo purtroppo che spesso si trascura di considerare tali costruzioni sotto l'aspetto del costo di esercizio. Si fanno magnifiche costruzioni, con magnifiche attrez-

zature di servizi, ma all'atto pratico ci si accorge che esse si pagano molto care e gravano enormemente sul costo del malato, con la conseguenza di dover aumentare le tariffe e veder rarefare il grado di occupazione dei letti. La crisi finisce in tal modo per aggravarsi sempre più. I Comuni cercheranno, per ragioni del proprio bilancio, di inviare i propri malati in quegli ospedali dove la tariffa è più bassa; e così i primi avranno le infermerie mezze vuote ed un sempre più alto costo di esercizio per ogni giornata di degenza.

Il problema ha anche aspetti morali e sociali il cui esame ci porterebbe troppo oltre.

Ci proponiamo tuttavia di ritornare in seguito su questo argomento esaminando costi e tariffe di un certo numero di ospedali.

6538

340002-

*Estratto da L'Ospedale Italiano,
ottobre-dicembre 1940-XIX, A. III, n. 5-6*

Roma - Tipografia del Senato del dott. G. Bardi.