

# Tre risposte per rendere operativi i costi standard in Sanità

## di Alberto Pasdera

### 1. Perché sono importanti i costi standard in Sanità?

Il costo standard viene comunemente definito come il costo di riferimento (nazionale, regionale, aziendale o relativo ad un network di aziende) predeterminato per realizzare una unità di output od una unità di input. Uno degli elementi fondamentali che rendono importante il costo standard risiede nel fatto che costituisce il pilastro fondamentale per superare il finanziamento a spesa storica. Infatti, con i costi standard, l'allocazione delle risorse non avviene più sulla base di quanto si è speso in passato, ma viene definita in relazione ai risultati, ossia su ciò che si fa; la quantificazione di tali risultati si basa sui costi standard.

Tabella 1: Gli approcci relativi al controllo delle risorse in Sanità

Approccio	Tecnica	Come controllare la spesa sanitaria?	Conseguenze
Spesa storica	Tagli lineari	Tagliando a tutti una stessa quota delle risorse date nell'anno passato, indipendentemente da cosa fa e per chi lo fa	Perdita di efficienza e qualità (verranno "puniti" gli enti efficienti e quelli che curano i pazienti più gravi e complessi)
Activity-based Funding	Costi standard	"Spendere meglio per spendere meno": puntare su cosa si fa e per chi lo si fa, ovvero valorizzare l'efficienza	Miglioramento dell'efficienza; si creano le basi per una reale analisi della qualità; fine/riduzione dell'autoreferenzialità

La differenza tra l'approccio della spesa storica (e la conseguente tecnica dei tagli lineari) ed un approccio che si basa sulla tecnica dei costi standard (il più importante e "riuscito" è quello denominato "Activity-based Funding") non risiede negli obiettivi, poiché entrambi puntano a controllare la spesa sanitaria; i due approcci si distinguono per il diverso modo con il quale raggiungono tale obiettivo e per le diverse conseguenze che essi generano. In che modo l'approccio della spesa storica cerca di limitare la spesa? Bè riducendo ... la spesa! In altri termini, non indica un "cammino" per arrivare alla desiderata riduzione, dice solo che bisogna contrarre la spesa, in modo lineare, e basta, lasciando le aziende nell'impaccio di come fare per realizzare effettivamente l'obiettivo. Di conseguenza, solitamente le aziende operano tagli lineari della stessa percentuale indiscriminatamente per tutte le unità aziendali, indipendentemente dalla loro efficienza e dai pazienti assistiti. L'approccio che si fonda sulla tecnica dei costi standard si basa sul fatto che "per spendere meno bisogna spendere meglio"; in altri termini, bisogna puntare sull'efficienza se si vuole realmente contenere la spesa. Così facendo, si agisce sulle reali cause dell'aumento della spesa (l'inefficienza in primis); se non si agisce in tal modo, ovvero optando per l'approccio della spesa storica, verranno "puniti" dalla contrazione della spesa proprio gli enti maggiormente efficienti e quelli che assistono il maggior numero di utenti e che curano i pazienti più gravi e complessi. Come emerge dall'esempio riportato nelle tabelle 2 e 3, i due metodi di finanziamento raggiungono il medesimo obiettivo (riduzione del 3% della spesa) ma con effetti molto diversi per le aziende coinvolte: basti vedere che l'azienda Gamma, che quella più efficiente (lo si evince dalla differenza tra benchmark e costi 2016), perde 150.000 euro con l'approccio a spesa storica mentre avrebbe addirittura un incremento di 248.497 euro con l'adozione dei costi standard.

Tabelle 2: Riduzione del 3% della spesa rispetto all'anno precedente con l'approccio della Spesa storica

Aziende	Finanziamento 2016	% riduzione	Finanziamento 2017	Variazione
Alfa	5.000.000	-3%	4.850.000	-150.000
Beta	9.000.000	-3%	8.730.000	-270.000
Gamma	5.000.000	-3%	4.850.000	-150.000
Omega	6.000.000	-3%	5.820.000	-180.000
<b>Totali Regione</b>	<b>25.000.000</b>	<b>-3%</b>	<b>24.250.000</b>	<b>-750.000</b>

Legenda: Finanziamento 2017= Finanz. 2016 \* % riduzione; Variazione= Finanziamento 2017 – Finanz. 2016

Tabelle 3: Riduzione del 3% della spesa rispetto all'anno precedente mediante i costi standard

Aziende	Costo standard	N° Utenti	Benchmark	Finanziamento 2017	Variazione
Alfa	2.250	2.000	4.500.000	4.373.747	-626.253
Beta	8.500	1.100	9.350.000	9.087.675	+87.675
Gamma	9.000	600	5.400.000	5.248.497	+248.497
Omega	3.800	1.500	5.700.000	5.540.080	-459.920
<b>Totali Regione</b>		<b>5.200</b>	<b>24.950.000</b>	<b>24.250.000</b>	<b>-750.000</b>

Legenda: Benchmark=Costo standard unitario\*N° utenti assistiti (ad esempio: DRG);

Finanziamento 2017=Benchmark azienda\*Finanziamento Regione(24.250.000) /Benchmark Regione (24.950.000);

Variazione= Finanziamento 2017 – Finanziamento 2016

## 2. I diversi tipi di costo standard in Sanità: quale costo standard scegliere?

Dal punto di vista concettuale, non vi sono grandi problemi con i costi standard. Una volta precisato il valore del costo standard, si moltiplica tale valore per il relativo numero di unità previste/effettive di output/input e si ottiene il benchmark (in Italia è spesso denominato anche il termine “fabbisogno”), vale a dire l'ammontare di risorse da destinare all'entità organizzativa oggetto del finanziamento (Regioni, Aziende ospedaliere o Aziende Sanitarie Locali). Il vero punto cruciale, sotto l'aspetto operativo, risiede nel fatto che bisogna decidere, quando si parla di costo standard, se ci si riferisce agli output od agli input, e quali output o input. Definire il *costo standard per unità di input* significa identificare il costo di riferimento per una unità di uno specifico fattore produttivo impiegato (ad esempio: il costo standard per una siringa). Con il *costo standard per unità di output* si vuole invece focalizzare l'attenzione sul consumo di risorse (intese come aggregazioni di fattori produttivi) destinate all'erogazione e o alla produzione di un dato risultato. Che cosa accade con la scelta e l'utilizzo di uno dei diversi tipi di costi standard?

### 2.1. Il costo standard per unità di input

Innanzitutto, con l'adozione del solo costo standard per unità di input è possibile controllare l'acquisto delle risorse ma non il loro utilizzo. Infatti, con il costo standard per input possiamo sapere se abbiamo acquisito una risorsa ad un prezzo più o meno elevato di quanto dovuto (confrontando il costo standard con il relativo costo effettivo), ma non possiamo sapere:

- se la risorsa andava acquistata;
- se era della qualità richiesta;
- se la quantità acquistata era quella corretta (abbiamo acquistato troppe siringhe?);
- se le abbiamo utilizzate correttamente (le abbiamo utilizzate per le prestazioni/i prodotti/gli utenti che necessitano di tali risorse o le abbiamo impiegate per prestazioni/prodotti/utenti che con tali risorse non centrano affatto o, forse peggio, le abbiamo lasciate inutilizzate?), ovvero se abbiamo peggiorato l'efficacia gestionale<sup>1</sup>.

“Comprare a poco” per “impiegare male o per niente” è il rischio che si corre con l'impiego dei costi standard per input (“Spendere poco per costare molto”). Con tali costi standard si controllo cosa compriamo ma non come utilizziamo cosa compriamo. In definitiva, con il costo standard per input è probabile che, pur in presenza di una ipotetica riduzione dei “prezzi” per tipologia di risorsa (ad esempio, si riduce il prezzo per l'acquisto di una siringa), la spesa complessiva cresca (aumento del numero di siringhe) a discapito di altre risorse necessarie, magari più “care” ma più utili per i pazienti e che avrebbero provocato una conseguente riduzione dei costi (riduzione del volume di risorse consumate per effetto di cure più adeguate).

### 2.2 Il costo standard per unità di output: la spesa standard

Agli antipodi del costo standard per input, almeno a prima vista, vi è la spesa standard per “utente potenziale” (ad esempio: spesa pro-capite) o spesa standard “tout court”; tale tipologia rappresenta una sorta molto “particolare” di costo standard per output (in effetti tale standard si riferisce alla spesa e non ai

<sup>1</sup> Mentre l'efficienza mira a minimizzare il costo per una data prestazione/prodotto, l'efficacia gestionale mira a garantire che, per prestazione/prodotto, vi sia la presenza di un certo pool di risorse/attività. Ad esempio, una cosa è cercare di ridurre il costo di un dato DRG (efficienza), un'altra cosa è controllare se siano state date al paziente un certo tipo e numero di risorse e di attività (efficacia gestionale).

costi<sup>2</sup> e l'utente più che un output è il soggetto al quale dobbiamo essere in grado di erogare degli output). Con la spesa standard è teoricamente possibile controllare l'entità globale della spesa ma non è possibile controllare *come* si usa la spesa; in altri termini, per contenere la spesa, in presenza di un indicatore di spesa standard, invece che agire sull'efficienza (ovvero sul miglior impiego delle risorse), è più facile ridurre ciò che si dà agli utenti o "trasferire" gli utenti più onerosi ad altre aziende di altre Regioni (perciò vi è l'elevato rischio che la spesa standard inneschi comportamenti opportunistici). Da quanto sinora esposto ne consegue che la spesa standard risulta particolarmente "conveniente" per Regioni che forniscono "pochi output" e di scarso valore ai propri assistiti (ovvero danno poche prestazioni e di basso contenuto) e/o che riescono a "sbolognare" i loro utenti ad aziende di altre regioni (per come sono attualmente congegnate e sottostimate le tariffe "TUC" ciò è praticamente sicuro). Al contrario, le Regioni più efficienti e che forniscono prestazioni e prodotti di qualità ai loro assistiti, verranno gioco forza penalizzate dalla spesa standard, poiché in tal modo si viene finanziati non sulla base di ciò che si fa (quantità/mix di prestazioni) e per chi effettivamente lo si fa ("qualità degli assistiti", ossia gravità dei casi trattati) ma sulla base di quanti utenti in teoria bisognerebbe assistere (paradossalmente è più importante "avere" utenti potenziali che "fare").

Inoltre, la spesa standard non permette neanche di raggiungere il suo obiettivo primario, ovvero il contenimento della spesa. Infatti, non agendo sulle cause dell'aumento della spesa (inefficienza e scarsa efficacia gestionale, e la conseguente scorretta ripartizione delle risorse), la spesa è destinata comunque a salire; in aggiunta, vi è il rischio (per non dire la certezza) di colpire la qualità (intesa anche come efficacia gestionale) e l'innovazione (perché innovare in una situazione nella quale "non mi danno i soldi per quello che faccio e per chi lo faccio ma per quello che in teoria dovrei fare?"). Se ci si passa la similitudine, pensare di ridurre/calmierare la spesa sanitaria mediante solo gli standard per spesa, è come voler curare un ammalato semplicemente concentrandosi sul fatto di agire sulla febbre (la spesa eccessiva) e non sulle cause della malattia (l'inefficienza e la scarsa efficacia gestionale).

In definitiva, il costo standard per input e la spesa pro-capite fanno parte della stessa "famiglia", in quanto focalizzano l'attenzione sulla spesa (acquisizione di risorse) e non sui costi (utilizzo delle risorse): a conferma di quanto asserito, si ricorda che nel mondo anglosassone gli standard di spesa vengono definiti come standard "amministrativi" e non come standard "gestionali-operativi" (ovvero gli standard fondati sui costi).

### **2.3. Il costo standard per unità di output: il costo standard per prestazione/prodotto**

Passando all'esame dei costi standard per output, essi pongono l'attenzione sul costo "di cosa si fa" per gli utenti, fino mettere in luce "per chi lo si fa", ovvero qual è il costo per il pool di prestazioni/prodotti destinati ad una data tipologia di assistiti. I costi standard per output sono sostanzialmente di due tipi:

- costi standard per prestazione (ad esempio: rx torace) e per prodotto (ad esempio: concentrato eritrocitario) "tout court", ovvero indipendentemente dalla tipologia di utente per il quale viene svolta l'attività (di seguito tale tipologia di costo standard verrà definita per semplicità espositiva "costo standard per prestazione");
- costi standard per prodotto/tipologia di utente (ad esempio: utenti con una data diagnosi).

Mediante i costi standard per prestazione è possibile in parte superare i problemi che si vengono a creare con i costi standard per input e con la spesa standard, in quanto almeno si salvaguarda l'efficienza del sistema, ovvero si finanzia chi fa e non chi dovrebbe fare. I costi standard per prestazione, pur rappresentando senz'altro un salto di qualità rispetto ai costi standard per input e per spesa, comportano un rilevante difetto: finanziando solo ciò che si fa non si riesce a controllare se la quantità erogata è coerente con le esigenze degli utenti "reali" ("sulla base delle tipologie dei pazienti assistiti, il numero è il tipo di prestazioni è coerente? E' troppo altro? E' basso?"). In altri termini, con i soli costi standard per prestazione è possibile avere un sistema efficiente ma non necessariamente un sistema efficace ("spendiamo molto bene i soldi per quello che si fa ma non sappiamo se quello che si fa serve"). Con il costo standard per prestazione/prodotto si pone l'attenzione su cosa si fa (e questo è un grande salto di qualità rispetto al costo standard per input ed alla spesa standard) ma non su per chi lo si fa.

### **2.4. Il costo standard per unità di output: il costo standard per prodotto/utente**

Con i costi standard per prodotto/utente è invece possibile arrivare a risolvere definitivamente i difetti delle

---

<sup>2</sup> La spesa mette in luce il valore economico per l'acquisizione di una risorsa (ad esempio: l'importo sostenuto per il personale medico dipendente di un'ASL). Il costo riguarda l'utilizzazione delle risorse per conseguire un dato risultato (ad esempio: l'importo relativo all'impiego dei medici per un dato ricoverato).

tipologie precedenti di costo standard poiché l'output in tal caso è dato non solo dal mix/pacchetto delle prestazioni per un dato prodotto (ad esempio: ricovero in day surgery) ma è riferito anche ad una data tipologia di paziente ospedaliero (ad esempio: DRG "Insufficienza cardiaca e shock" per i pazienti dimessi dalle Cardiologie piuttosto che quelli di Medicina generale) o ad una data tipologia di assistito (paziente anziano con frattura di femore). In un certo senso, il costo standard per prodotto/utente rappresenta una sintesi delle tipologie dei costi standard visti in precedenza; costruito per risolvere gli errori delle tipologie "tradizionali" dei costi standard prima analizzate, il costo standard per prodotto/utente rappresenta un "salto di qualità" operativo di grande importanza perché costituisce un sistema assai più corretto di finanziamento infra e intra regionale. Il costo standard per prodotto/utente, costituisce un valido strumento gestionale (ad esempio, per la formulazione e la gestione dei budget) e strategico (formulazione delle tariffe), cosa che non può essere correttamente fatto con gli standard per input e per spesa; ovviamente, in realtà i budget possono essere certamente costruiti sulla base degli standard per spesa, solo che, oltre a non essere coerenti gestionalmente, di solito non funzionano, nel senso che non raggiungono gli obiettivi desiderati e creano problemi. D'altronde, se così non fosse, non saremmo certo qui a dibattere come risolvere i problemi gestionali in Sanità ...

## 2.5. Il costo standard per unità di output: il costo standard analitico per prodotto/utente

Affinché il costo standard per prodotto/utente funzioni correttamente ed utilmente, esso non deve risolversi nella quantificazione di un valore generico ed aggregato (ad esempio, il costo standard di un dato DRG non deve essere solo definito da un solo e mero numero), ma deve essere "analitico" e non "generico", ossia va declinato per attività/pacchetto di prestazioni e risorse. In altri termini, all'interno di ogni categoria di costo standard devono essere evidenziati:

- i valori relativi al consumo per un certo pool di risorse (ad esempio: medici, infermieri, altro personale, farmaci, presidi sanitari e chirurgici, altri costi delle unità di diagnosi e cura);
- gli importi di costo riguardanti le diverse macroattività svolte delle quali si compone il ricovero (degenza di I° e II° livello, sala operatoria, radiologia e laboratorio, servizi da altre unità di diagnosi e cura, quota costi comuni aziendali);
- gli "incroci" tra i valori dei fattori produttivi di cui al punto a) con quelli relativi alle macroattività di cui al punto b).

Formulato nel modo ora descritto, il costo standard per prodotto/utente consente non solo di promuovere l'efficienza ma di costituire un elemento utile a preservare l'efficacia gestionale, ovvero le attività che si vuole/si devono svolgere per un dato tipo di utente.

Tabella 4: Esempio costi standard del DRG/tipo ricovero/tipo utente (reparto dimissione)

DRG 191 - Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC							
Tipologia ricovero: Ordinario	Disciplina (Reparto dimissione): Chirurgia generale						
Macro-Attività	Costi totali	Medici	Inferm.	Altro pers.	Farmaci	Presidi san./chir.	Altri costi
Degenza II° livello	6.514	1.486	2.678	474	688	251	937
Degenza I° livello*	1.348	328	475	80	185	124	156
Sala operatoria	7.825	2.199	1.523	381	302	2.791	629
Laboratorio/Radiologia	2.234	479	33	634	76	747	265
Servizi da altre u.o.	793	261	94	165	23	110	140
Quota costi comuni	4.644	51	93	2.304	14	5	2.177
<b>Totale costi</b>	<b>23.358</b>	4.804	4.896	4.038	1.288	4.028	4.304

\*Rianimazione, Unità coronarica, Terapia intensiva neonatale, Stroke unit.

Fonte: N.I.San. (Network Italiano Sanitario per i costi standard delle attività sanitarie)

E' bene infine mettere in luce il "futuro prossimo venturo" (che è già realtà in alcune nazioni) dei costi standard per prodotto/utente, ovvero gli HealthCare Resource Groups (HRG). I costi standard per HRG mettono in primo piano, per una data patologia/bisogno, il percorso, sotto l'aspetto organizzativo-gestionale,

di cura di un dato tipo di utente, in modo da poter tenere sotto controllo l'intero ciclo di assistenza/cura degli assistiti.

Tabella 5: Esempio di costo standard per utente/attività per HRG(HealthCare Resource Groups)/patologia/livello di bisogno socio-assistenziale)

Prodotti/attività	Importo
Ricoveri	8.000
Pronto Soccorso	1.000
Ambulatorio per esterni	4.500
"Territorio"	20.000
<i>Totale</i>	<i>33.500</i>

Tabella 6: Quadro sinottico delle tipologie dei costi standard in Sanità

Costo standard per unità di:	Caratteristiche	Vantaggi	Svantaggi
Input	Standard di spesa	Controllo sugli acquisti	Non permette il reale controllo della spesa globale, dell'efficienza, della qualità gestionale
Output: spesa standard o spesa pro capite	Standard di spesa	Controllo amministrativo sulla spesa	Non permette il reale controllo della spesa globale, dell'efficienza, dell'efficacia gestionale
Output: prestazione/prodotto	Standard di costo	Controllo dell'efficienza	Non permette il controllo della spesa globale, dell'efficacia gestionale
Output: prodotto/prestazioni)/utente	Standard di costo	Permette il controllo di: spesa globale, efficienza, efficacia gestionale	Più che uno svantaggio, necessita di una precauzione: realizzare un pool di standard per risorsa/attività all' "interno" di ogni tipologia di costo standard per prodotto/utente

### 3. Quali sono le regole fondamentali per la determinazione dei costi standard in Sanità?

La terza domanda alla quale è necessario rispondere per dare piena operatività ai costi standard, riguarda il quesito circa i principi/requisiti da rispettare per realizzare i costi standard in Sanità. E' opportuno ricordare che vi sono almeno quattro aspetti pratici di grande importanza operativa per la piena riuscita dei costi standard:

- 1) per realizzare i costi standard è ovviamente indispensabile prima determinare i relativi costi effettivi. Di conseguenza, è necessario adottare una specifica e determinata metodologia che consenta di calcolare i costi effettivi e, sulla base di questi, permetta di elaborare il tipo di costo standard prescelto; bisogna, quindi, disporre non solo di un corretto metodo di determinazione dei costi, ma che questo sia coerente con la tipologia dei costi standard prescelta (per input, per output, ecc.). A tale riguardo è di fondamentale importanza ricordare che nel 2011 a livello internazionale (conferenze "Each patient counts" di Québec-Montréal e "Hospital Patient Costing" di Brisbane) è stato stabilito che la metodologia di riferimento per la determinazione dei costi standard in Sanità è quella del Clinical Costing. Inoltre, sono stati stabiliti i requisiti necessari per realizzare adeguatamente i costi standard per prodotto/utente; tali requisiti si ritrovano nei manuali delle strutture internazionali di riferimento (Canadian Institute for Health Information, l'Independent Hospital Pricing Authority, l'HealthCare Financial Management Association). Di conseguenza:
  - è della massima importanza accertarsi che la procedura prescelta per determinare i costi standard si fondi sul Clinical Costing e ne rispetti i relativi requisiti;
  - non si può affermare che "un metodo vale un altro", poiché il Clinical Costing è considerato a livello internazionale come "il" metodo di riferimento.

Tre sono i pilastri fondamentali del Clinical Costing: la tecnica impiegata (l'HealthCare Activity-based

Costing); l'oggetto di costo principale (nel caso dell'attività di ricovero è il singolo episodio di ricovero); il processo gestionale da seguire per la determinazione dei costi si fonda e "inizia" dall'analisi organizzativa.

- 2) La tecnica gestionale fondamentale per realizzare la metodologia del Clinical Costing è l'HealthCare Activity-based Costing (HABC). La scelta di tale tecnica di determinazione dei costi è dovuta al fatto che l'HABC (da non confondere con l'activity-based costing "industriale") si è dimostrata la tecnica più precisa, più duttile e soprattutto quella più indicata per collegare i costi effettivi con i costi standard;
- 3) uno dei punti "cardine" del Clinical Costing risiede nel fatto che è essenziale determinare il costo per singolo episodio di ricovero (quale punto centrale e fondamentale "mattoncino" del sistema informativo economico-sanitario per l'elaborazione dei costi standard). Ciò al fine di garantire:
  - la centralità dell'utente nell'analisi economica (in modo che sia un "soggetto" più che un oggetto di costo);
  - la duttilità del sistema gestionale. Infatti, se si parte già con delle categorie preconcepite (ad esempio: peso DRG), ben difficilmente i costi potranno rappresentare la realtà economico-sanitaria e sarà arduo se non impossibile "innovare" il sistema.
- 4) il calcolo dei costi è di fatto una "scala gestionale": non è possibile determinare i costi per utente (ad esempio: HRG) senza prima conoscere i costi dei prodotti erogati all'utente e non è possibile determinare i costi per prodotto senza disporre dei costi per prestazione che compongono un prodotto; non è possibile individuare i costi per prestazione se non si dispone dei costi per attività; i costi di attività sono possibili solo attraverso l'analisi organizzativa. Di conseguenza, l'analisi organizzativa è alla base dei moderni sistemi di determinazione dei costi in Sanità.