



Convegno
Federsanità-ANCI / N.I.San.

Costi standard: dalla teoria alla sperimentazione

Adriano Lagostena
Coordinatore Comitato Direttivo del N.I.San.
(Network Italiano Sanitario)

Roma, 30 settembre 2011

Il N.I.San. ovvero il **Network Italiano Sanitario per la condivisione dei costi standard** si è costituito nell'aprile 2009 come rete finalizzata allo scambio di informazioni relative ai costi standard delle attività sanitarie.

Fondato da *E.O. Ospedali Galliera di Genova, Provincia Autonoma di Bolzano, Azienda Ussl 18 di Rovigo, IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza di S. Giovanni Rotondo*, annovera ad oggi sedici componenti **che gestiscono in condivisione i risultati relativi all'elaborazione dei costi standard delle attività sanitarie**, svolta da ciascuno secondo uno strumento tecnico omogeneo di elaborazione dei costi (CSO, Controllo Strategico Ospedaliero) basato sul **metodo di analisi dei costi ABC** (Activity Based Costing).

Tale attività di rete ha prodotto:

- l'elaborazione dei costi standard dei ricoveri per il 2007, 2008 e 2009 (questi ultimi secondo la versione ICD-9-CM/2007 e quella 24 dei DRG come da DM 18/12/2008) basati sulla determinazione della media del costo per singolo episodio di ricovero;
- l'elaborazione dei costi (secondo la tecnica ABC) delle singole prestazioni ambulatoriali di Laboratorio Analisi, Anatomia Patologica, Radiodiagnostica, Laboratorio di istocompatibilità e Laboratorio di genetica finalizzata alla costituzione di standard delle prestazioni ambulatoriali;
- l'attivazione del progetto per la determinazione dei costi effettivi (secondo la tecnica ABC) delle attività amministrative finalizzata alla costituzione di standard di costi amministrativi;
- il progetto per la determinazione e l'elaborazione (secondo la tecnica ABC) dei costi standard dei processi-percorsi sanitari;
- convegni, pubblicazioni, attività formativa e informativa, convenzione Federsanità-ANCI e N.I.San.



Banca dati dei Costi Standard del N.I.San.

Periodo	N° aziende (presidi ospedalieri)	Casi studiati (gg. di ricovero)	Standard elaborati
2007	8 (10)	371.318 (2.210.946)	Economici Tecnici
2008/2009	11 (19)	760.254 (4.405.896)	Economici Tecnici Carichi lavoro
Triennio 2007/2009		1.131.572 (6.616.842)	



Analisi della banca dati dei Costi Standard del N.I.San.

Dimissioni	2007	2008/2009	Totali
Ordinari/Outliers/0-1gg.	261.130	518.253	779.383
DH/PAC/OBI	110.188	242.001	352.189
Totali	371.318	760.254	1.131.572

Giornate/accessi	2007	2008/2009	Totali
Ordinari/Outliers/0-1gg.	1.906.075	3.832.755	5.738.821
DH/PAC/OBI	304.871	573.151	878.022
Totali	2.210.946	4.405.896	6.616.843



Alcune informazioni relative alla ricerca 2008/2009

**L'analisi è relativa a tutti i ricoveri ed a
tutte le unità di diagnosi e cura di ogni azienda**

Unità di diagnosi e cura esaminate: 841

**Analisi organizzative realizzate per
attività/fattore produttivo: 11.485**

Volume di spesa analizzato: 5.106.836.109

Totale costi per l'attività di ricovero: 2.988.662.913



IL CONCETTO DI COSTO

COSTO

consumo delle risorse impiegate per realizzare un dato prodotto/servizio (esame radiologico, ricovero osp., ecc.)

DA NON CONFONDERE CON

SPESA

risorse a disposizione impiegate per un insieme di prodotti e servizi



DIVERSE FINALITÀ TRA COSTI E SPESE

RISORSE	OGGETTO/FINALITA'
COSTO	“Per chi”: <ul style="list-style-type: none">-una data prestazione-per un dato ricovero(DRG)-per un dato tipo di utente
SPESA	“A chi” : <ul style="list-style-type: none">-Regioni;-Enti;-Unità di diagnosi e cura



**Perché per il N.I.San.
è necessario disporre di una informazione
analitica (i costi di ogni episodio di ricovero e distinti
per fattore/attività) e non solo un dato di sintesi
(il costo complessivo) sul costo per un dato DRG?**

**1-per una reale utilità: conoscere solo il costo pieno
non consente di attuare concrete politiche di efficienza**

**2-quale garanzia minima di qualità del dato: se non si
conoscono gli addendi (personale, farmaci, ecc.) che
compongono il costo pieno, come è possibile
garantire la scientificità del dato relativo?**



Esempio: Il costo di due episodi di ricovero aventi lo stesso DRG (DRG191-Int. su pancreas, fegato e shunt con CC)

Dati episodio A

Dati episodio B

Diagnosi: tumori maligni secondari del fegato; insuff. polmon. succ.; tumori maligni colon; Shock postoperatorio; tumori benigni pancreas; complicazioni gastrointestinali	Diagnosi: tumori maligni primitivi fegato; cirrosi epatica alcolica
Procedure: lobectomia fegato; ventilaz. mecc. contin.; altra esciss./demoliz. pancreas; splenectomia tot.; emicolectomia sx	Procedure: epatectomia parziale
GG. di ricovero: 26 (18 in chirurgia e 8 in rianimazione)	GG. di ricovero: 24 in chirurgia

COSTI ATTIVITA'	episodio A	episodio B
Degenza in Chirurgia	9.947	7.329
Degenza in rianimazione	14.468	0
Sala operatoria	16.406	6.254
Laboratorio / Anatomia Patologica	920	556
Radiodiagnostica	453	198
Servizi da altre unità diagnosi/cura	2.488	644
TOTALI COSTI DIRETTI	44.682	14.981



COSTI STANDARD: il quadro normativo

La legge n°133 del 6 agosto 2008 ha profondamente innovato il quadro gestionale della sanità relativamente ai meccanismi di definizione delle tariffe e dell'allocazione delle risorse

Costo standard : parametro che individua il consumo di risorse per prodotto“calcolato sulla base di strutture selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza, qualità” (art. 79, comma 1-quinquies)

Caratteristiche fondamentali:
-è calcolato “sul campo” e non “a tavolino”;
-rappresenta un costo-obiettivo medio unitario e non globale;
-perciò rappresenta lo strumento fondamentale per il superamento della spesa storica



Gli standard: definizione di costo standard in Sanità

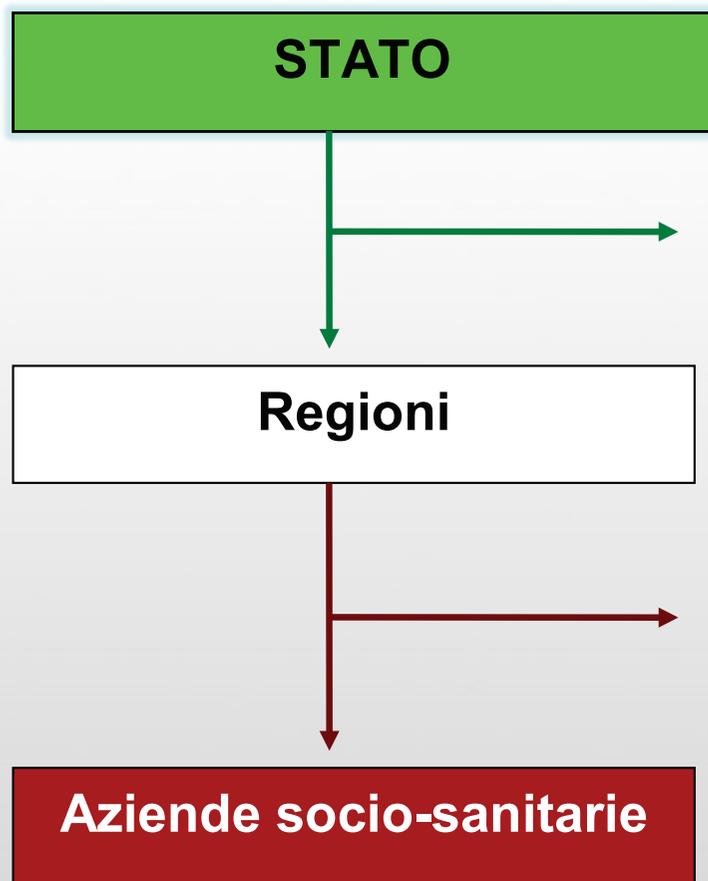
**Costo (utilizzo di risorse)
predeterminato per realizzare una data
unità di prodotto (DRG, prestazione ...)
e/o per assistere un dato tipo di utente**

**Perciò, l'attenzione si accentra non
su quanto si ha (spesa storica), ma su
ciò che si fa (produzione) e
soprattutto per chi lo si fa (utenza)**



Differenza tra spesa standard e costo standard

Gli standard rappresentano gli strumenti per
allocare/ripartire le risorse in sanità



Spesa standard: strumento per
allocare/ripartire le risorse tra regioni

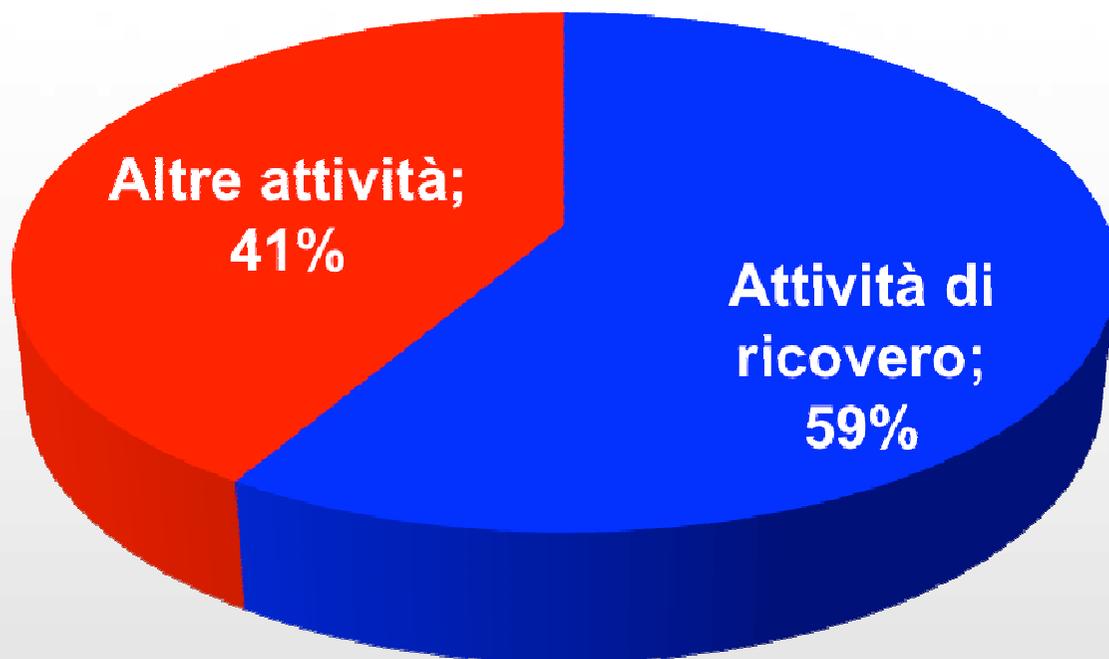
Costo standard: strumento per
determinare le tariffe e quindi per allocare/
ripartire le risorse tra aziende della
stessa regione e per la mobilità tra
regioni



ALCUNI RISULTATI

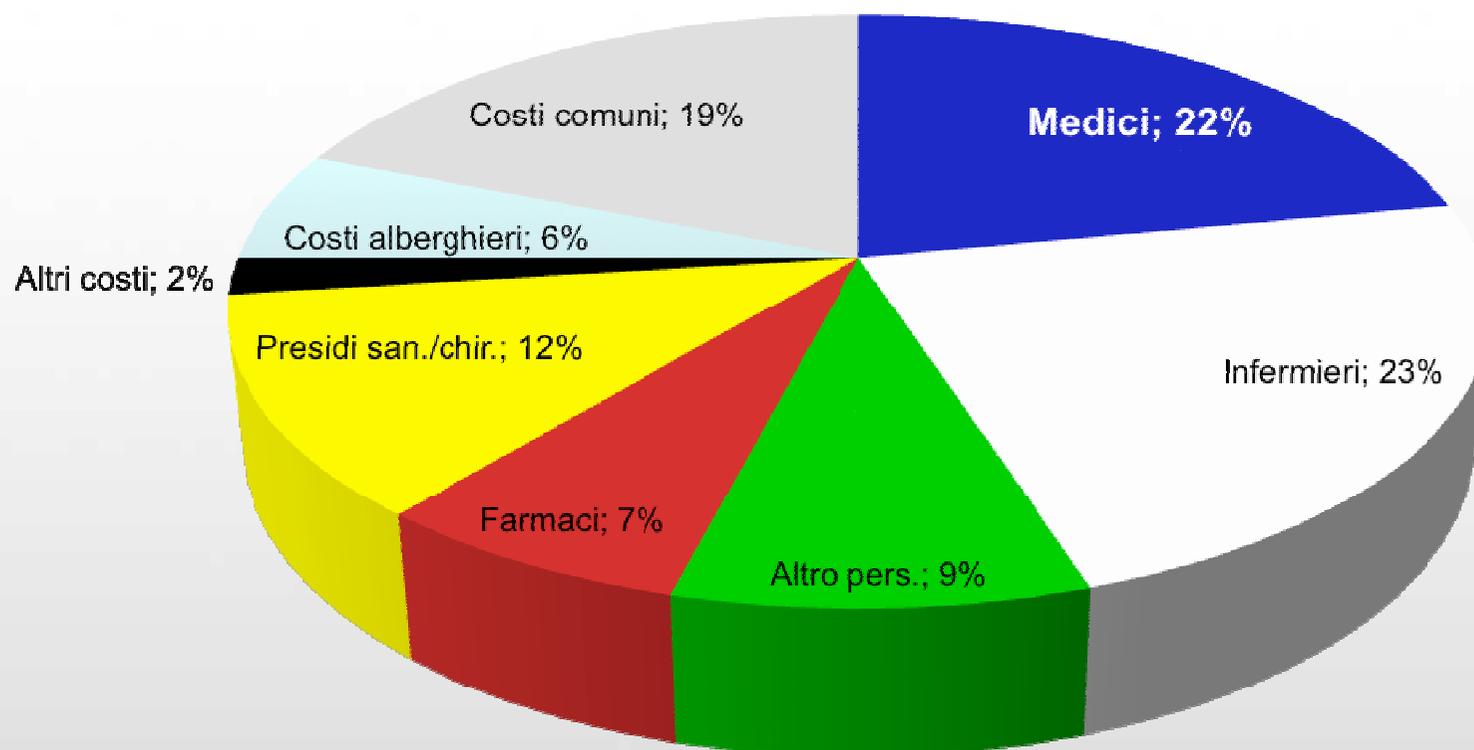


1. La spesa per l'attività di ricovero nel periodo 2008/2009 è scesa al 59% del totale della spesa ospedaliera, nel 2007 era pari al 69%



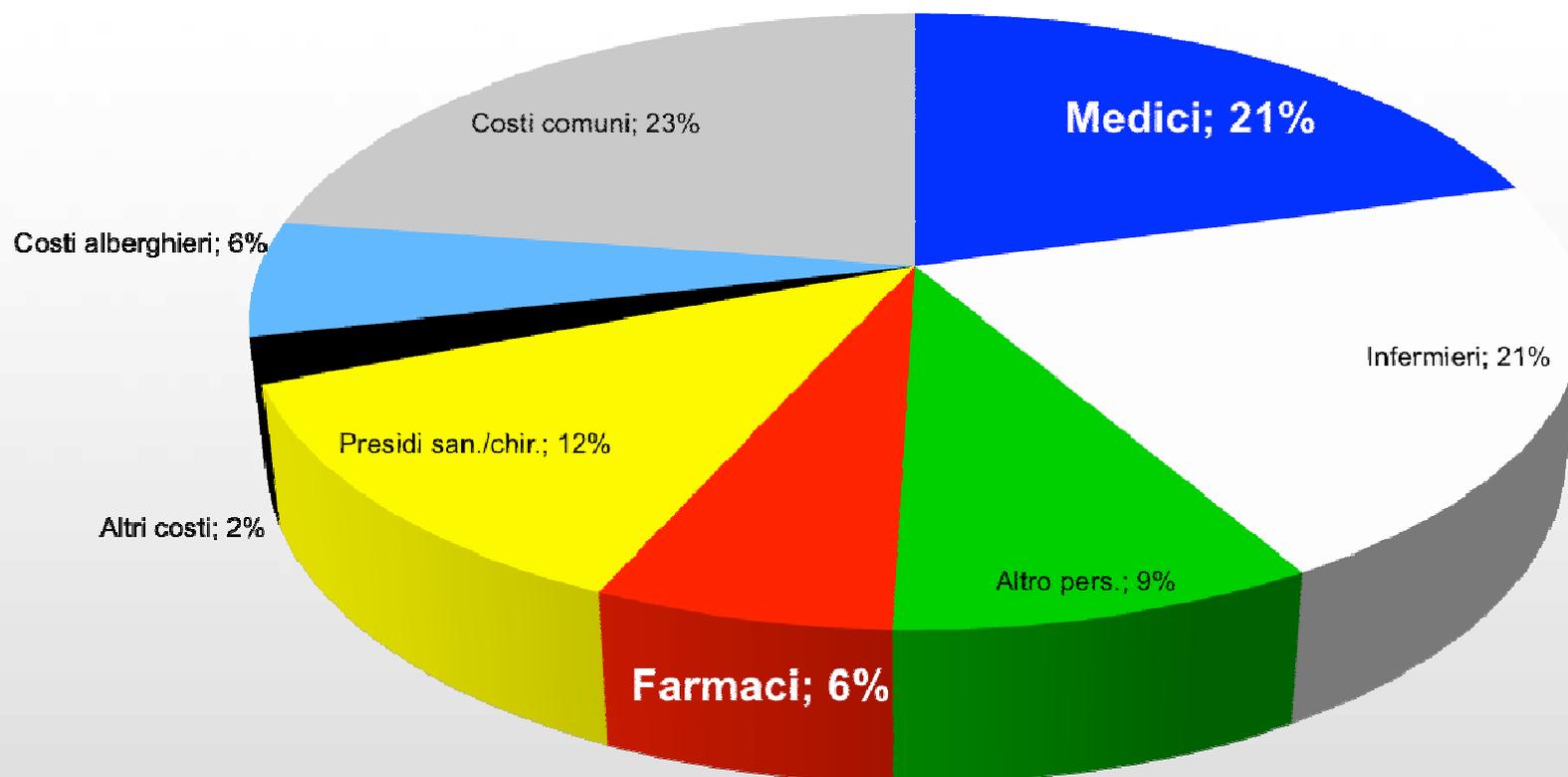


2a. Ripartizione dei costi per l'attività di ricovero per aggregazione di fattori produttivi: anno 2007



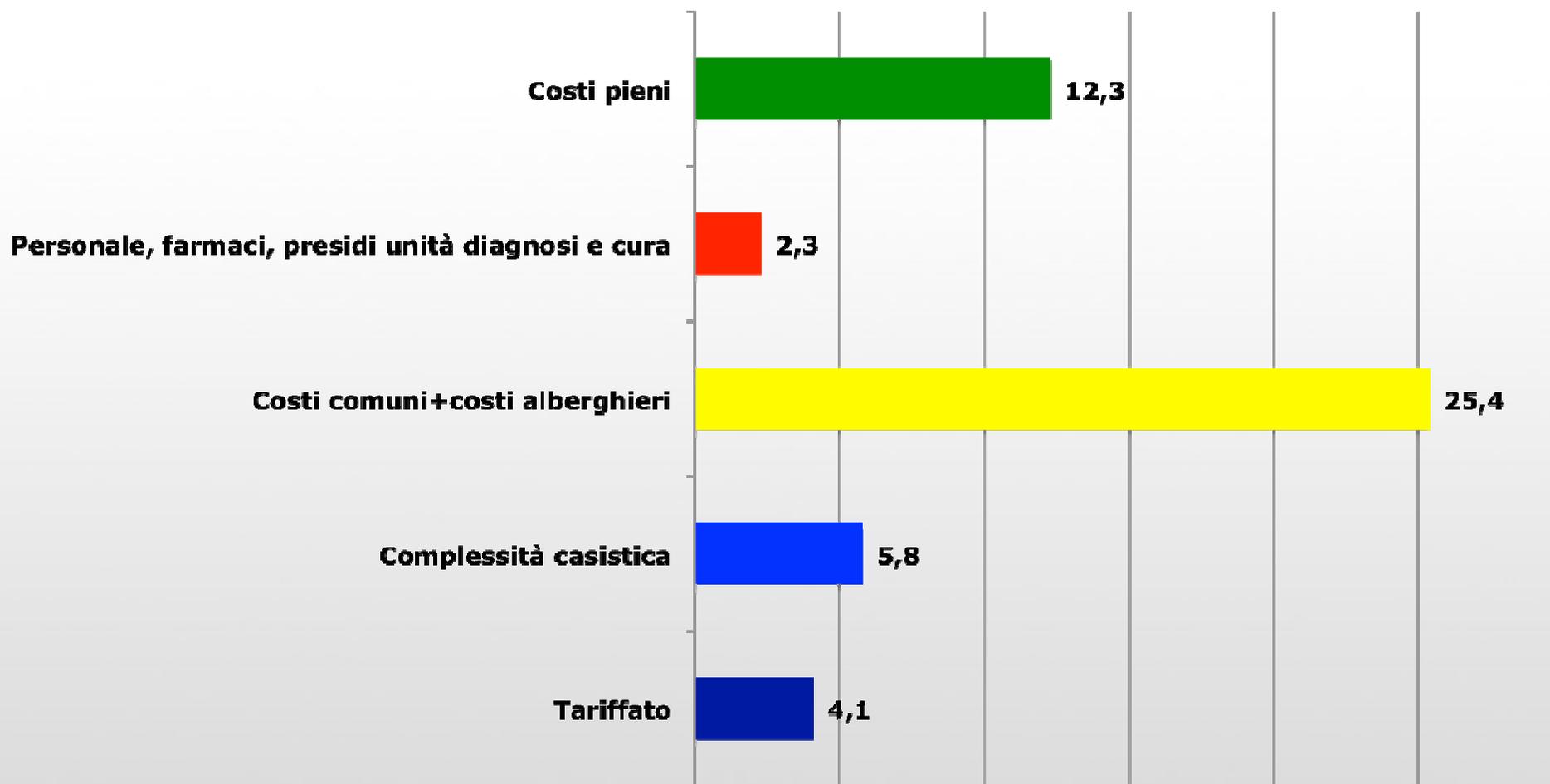


2b. Ripartizione dei costi per l'attività di ricovero per aggregazione di fattori produttivi: periodo 2008/2009



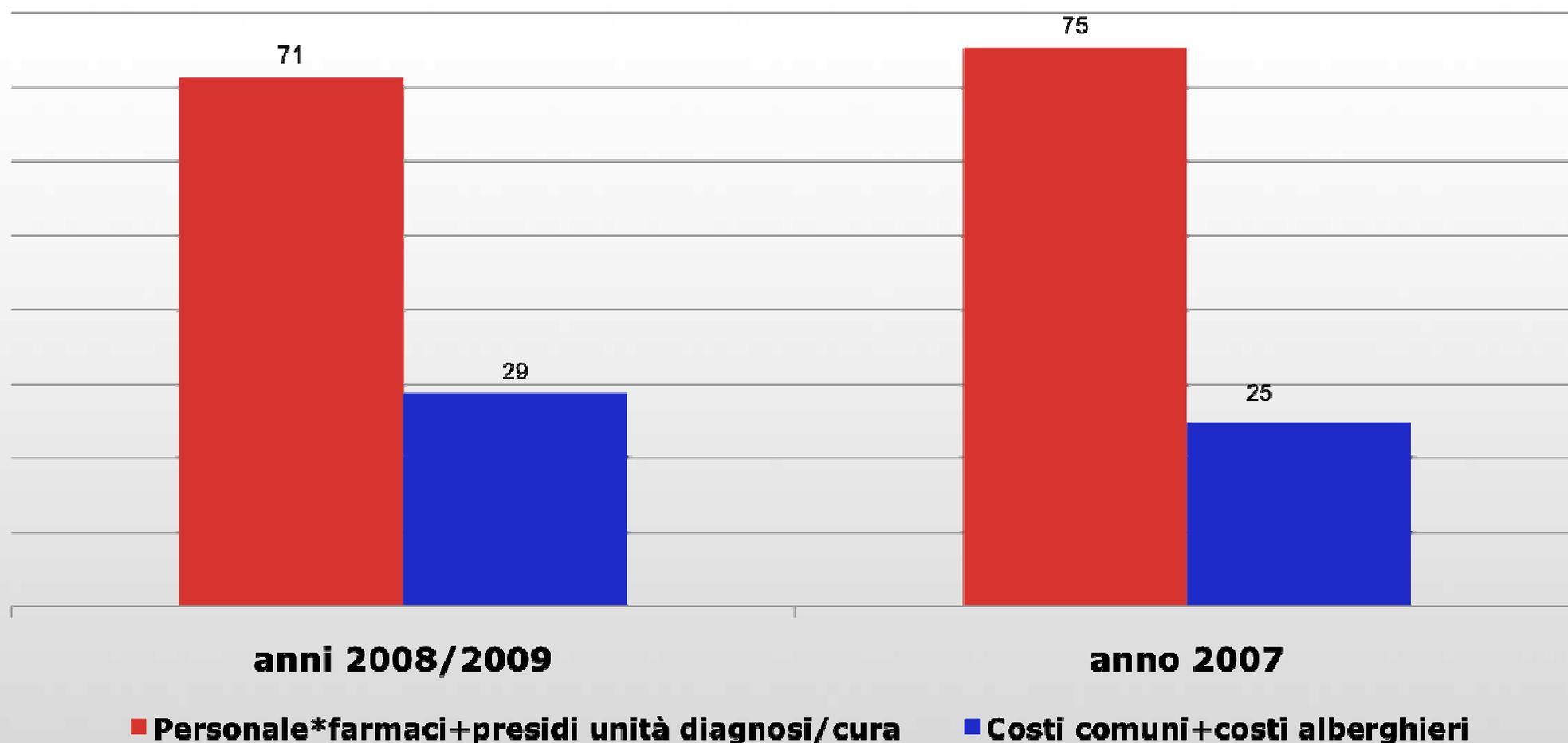


3. L'incremento nei costi del 12,3% tra il 2007 ed il 2008/2009 è dovuto in prevalenza ai costi comuni+costi alberghieri





4. Evoluzione nella ripartizione dei costi: i costi di produzione “netti” rappresentano il 71% del totale, in diminuzione sul 2007 (75%)



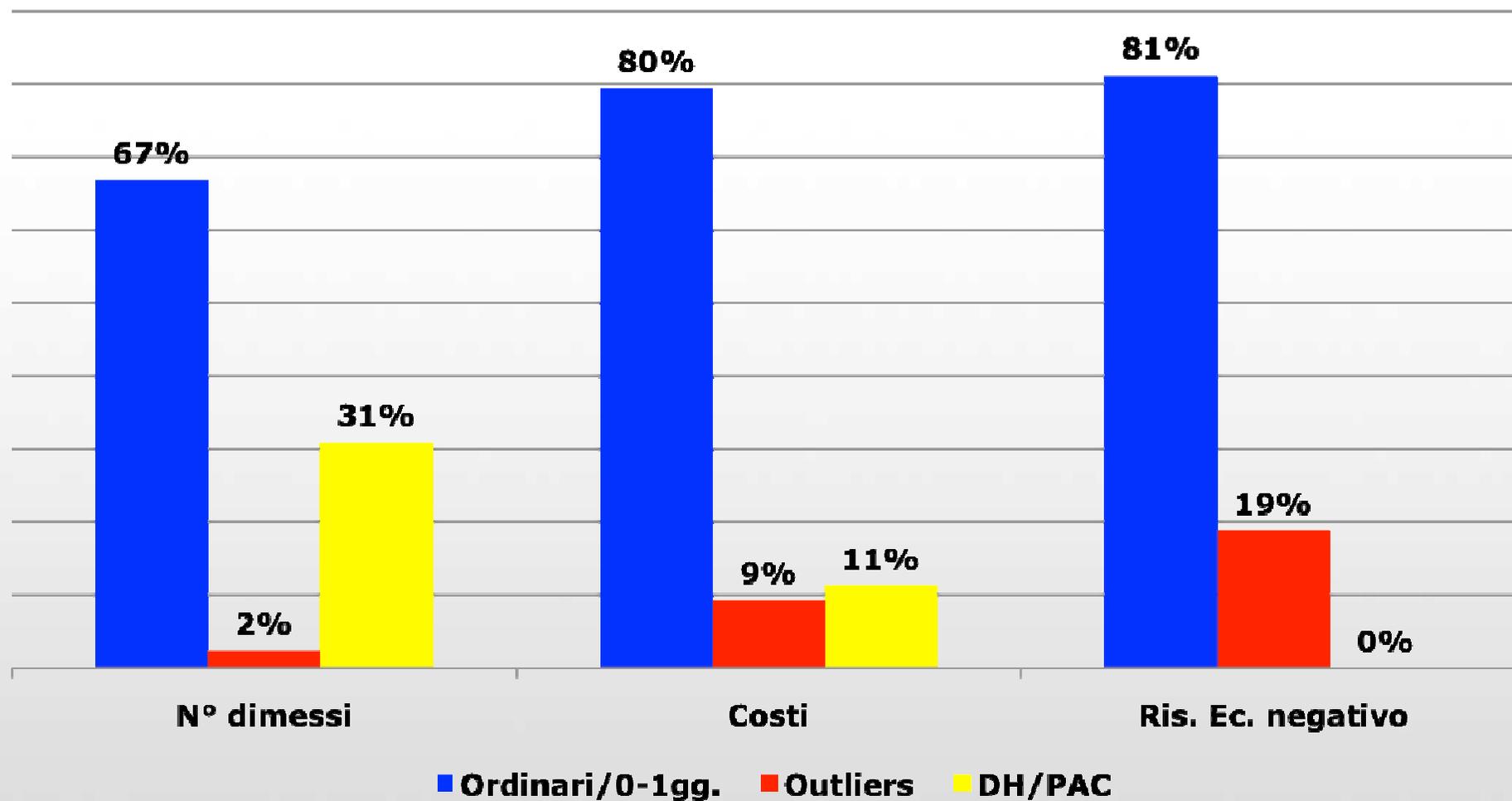


5. Le tariffe non coprono il 38% dei costi

Tipologia ricoveri	Costi pieni (C)	Tariffato(T)	Risultato economico (RE=T-C)	% RE su T
Ordinari/0-1gg.	2.287.321.558	1.617.769.470	-669.552.089	-41%
Outliers	266.940.156	110.355.062	-156.585.093	-142%
DH/PAC	327.206.214	359.666.426	32.460.212	+9%
Totale DRG/PAC	2.881.467.928	2.087.790.957	-793.676.970	-38%

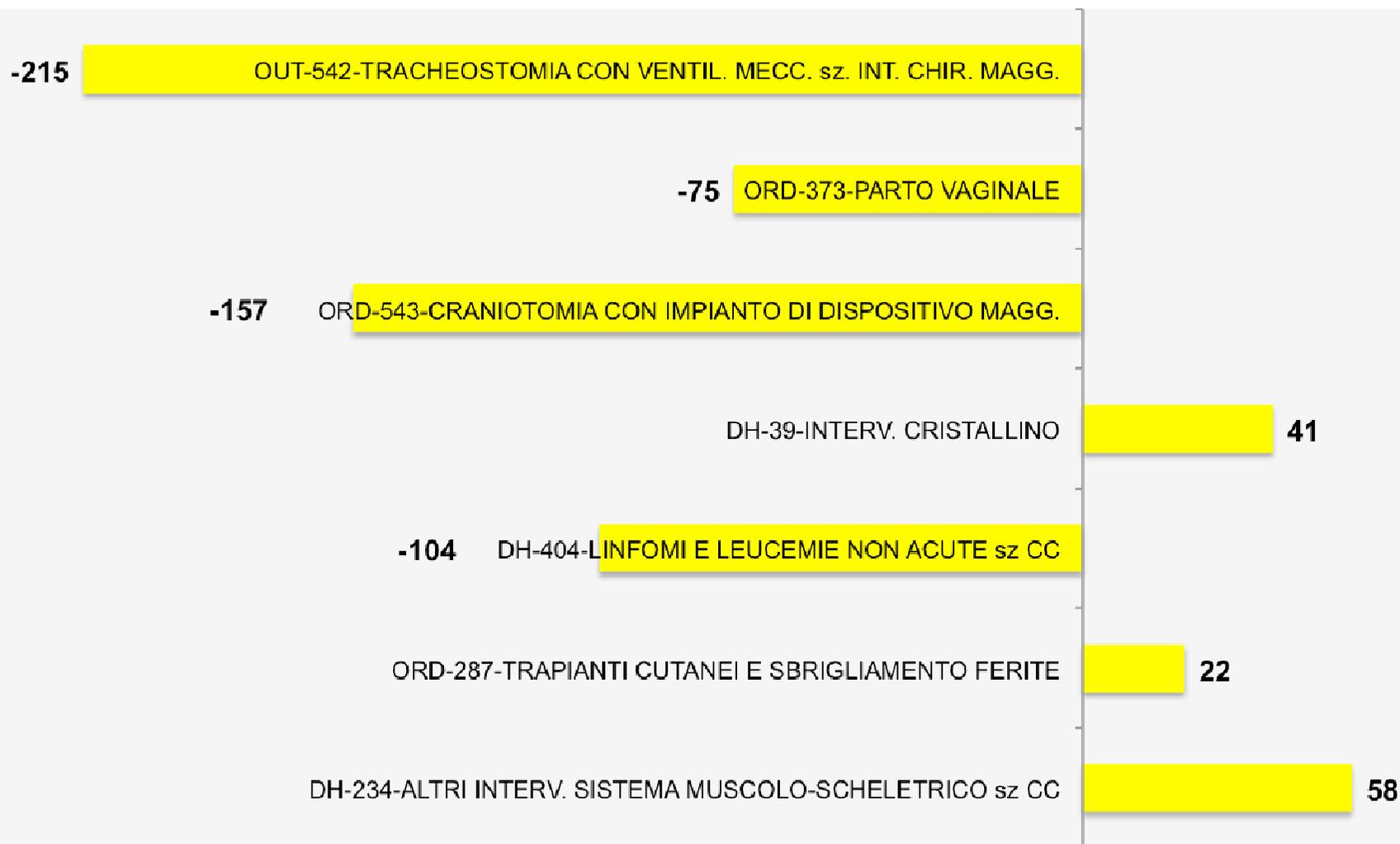


6. Gli outliers pur rappresentando solo il 2% del totale dei ricoveri rappresentano il 9% dei costi totali ed il 19% del passivo totale





7. Vi è un notevole sbilanciamento nella tariffazione tra DRG: mentre per alcuni vi è un "attivo" pari +58%, per altri vi è un "passivo" del 215%





ALCUNE CONCLUSIONI



Per quanto è risultato, si può delineare una strategia che affronti il problema dei costi in Sanità basata su tre azioni (A, B, C):

A

“Lavorare” sulla riduzione dei costi comuni+alberghieri, adottando uno standard.



Per quanto è risultato, si può delineare una strategia che affronti il problema dei costi in Sanità basata su tre azioni (A, B, C):

B

Avviare una politica di *benchmarking* utilizzando il costo standard per DRG/tipo ricovero/disciplina (reparto) di dimissione e per attività/fattore produttivo quale strumento per una politica coerente di riduzione dell'inefficienza.



Per quanto è risultato, si può delineare una strategia che affronti il problema dei costi in Sanità basata su tre azioni (A, B, C):

B

Tale impostazione comporta almeno tre vantaggi fondamentali:

- 1. analizzando la differenza costo standard-costo effettivo per DRG/tipo ricovero/disciplina (reparto) di dimissione e per attività/fattore produttivo, ogni azienda, potrebbe disporre così di una “bussola” su come e dove intervenire;**
- 2. inoltre, in tal modo, il recupero di efficienza delle aziende con costi reali superiori ai costi standard, permetterebbe di “trovare lo spazio” per adeguare le tariffe relative a DRG “sotto finanziati”, con contenuto “innovativo” (ad esempio, nuovi tipi di farmaci) o “strategico” (ad esempio, per avviare reali politiche di indirizzo);**
- 3. infine, con tale meccanismo, si eviterebbero “tagli lineari” indiscriminati tra regioni, tra aziende e all’interno della stessa azienda.**



Per quanto è risultato, si può delineare una strategia che affronti il problema dei costi in Sanità basata su tre azioni (A, B, C):

C

Rendere il sistema tariffario più coerente con l'andamento reale dei costi, spostando, ad esempio, l'8% del tariffato complessivo dai DRG più "sovrastimati" a quelli maggiormente "sottostimati".

