

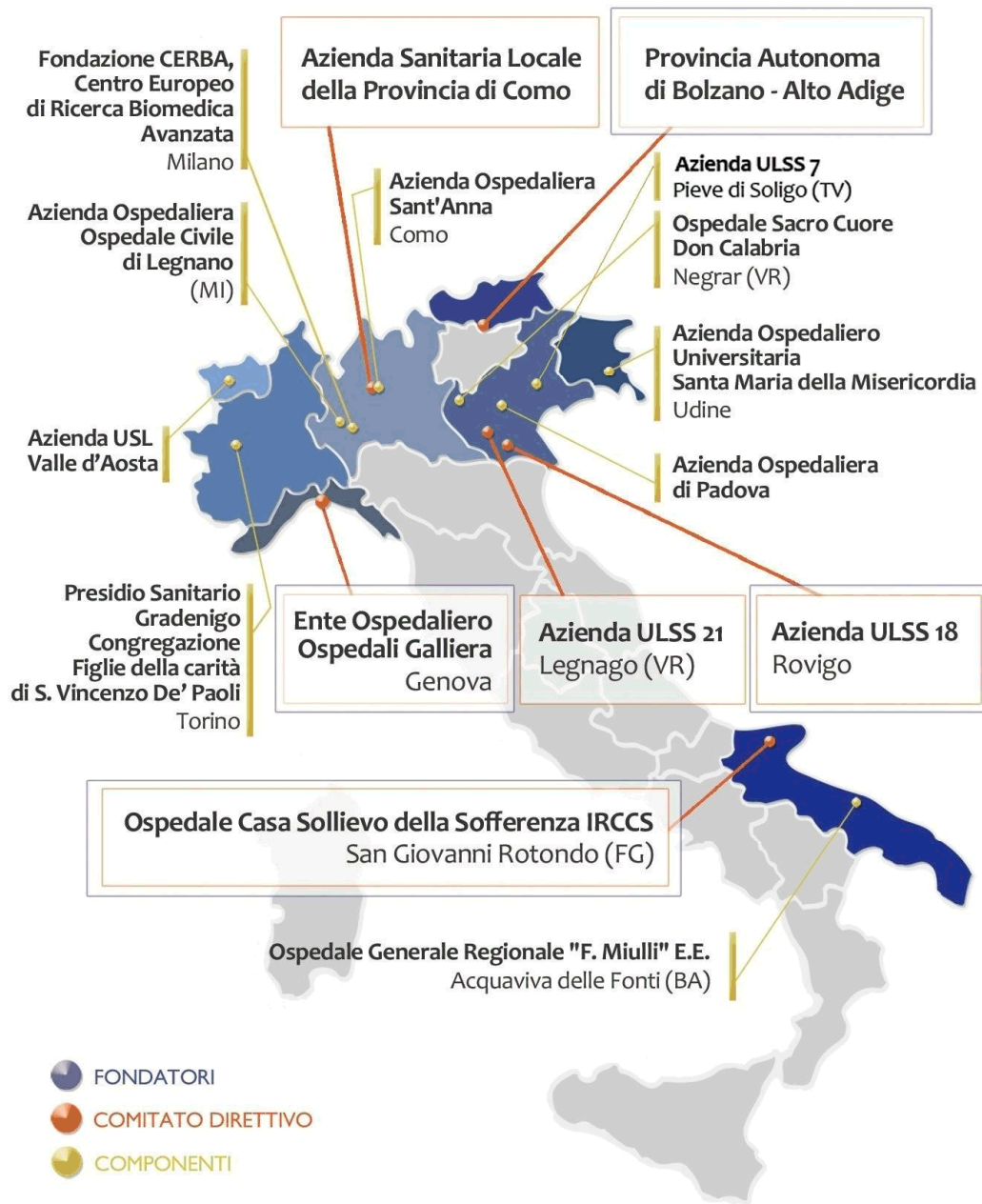


**Convegno**  
**Federsanità-ANCI / N.I.San.**

# **Costi standard: dalla teoria alla sperimentazione**

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

***Roma, 30 settembre 2011***



# Network Italiano Sanitario

PER LA CONDIVISIONE DEI COSTI STANDARD



[www.galliera.it/nisan](http://www.galliera.it/nisan)

[www.costistandard.com](http://www.costistandard.com)

**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.

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



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

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

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



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



**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

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



## **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**

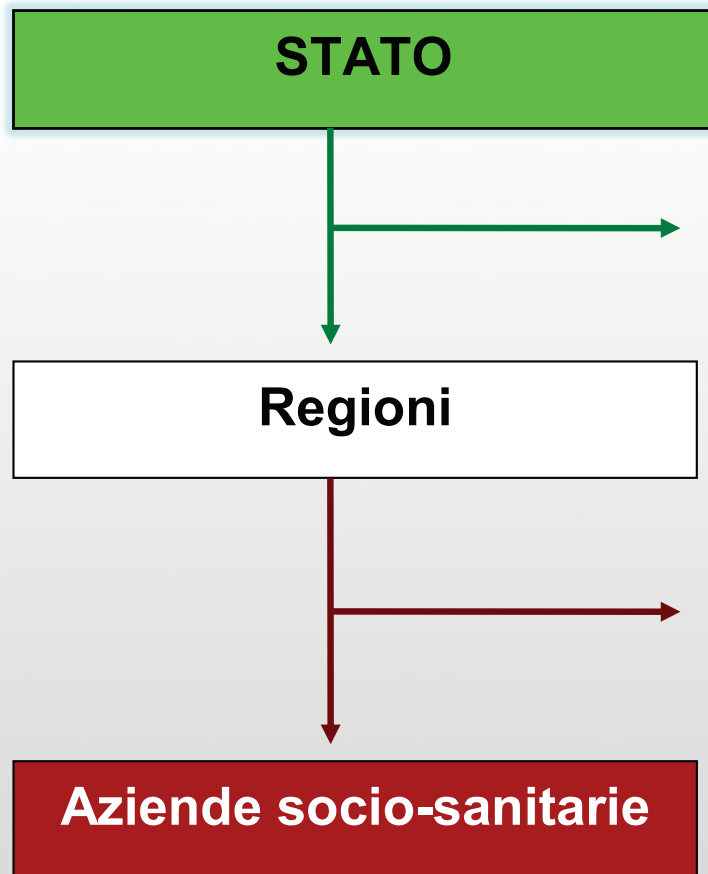
**Costo (utilizzo di risorse)  
predeterminato per realizzare una data  
unità di prodotto (DRG, prestazione ...)  
e/o per assistere un dato tipo di utente**

**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

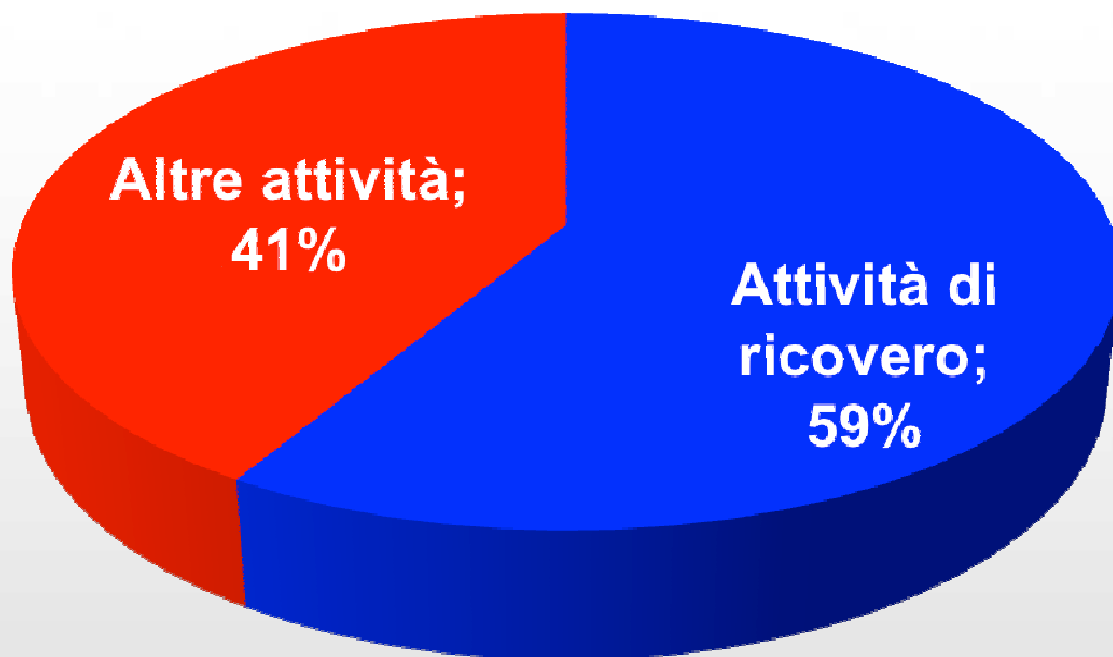
**Costo standard:** strumento per  
determinare le tariffe e quindi per allocare/  
ripartire le risorse tra aziende della  
stessa regione e per la mobilità tra  
regioni



# **ALCUNI RISULTATI**



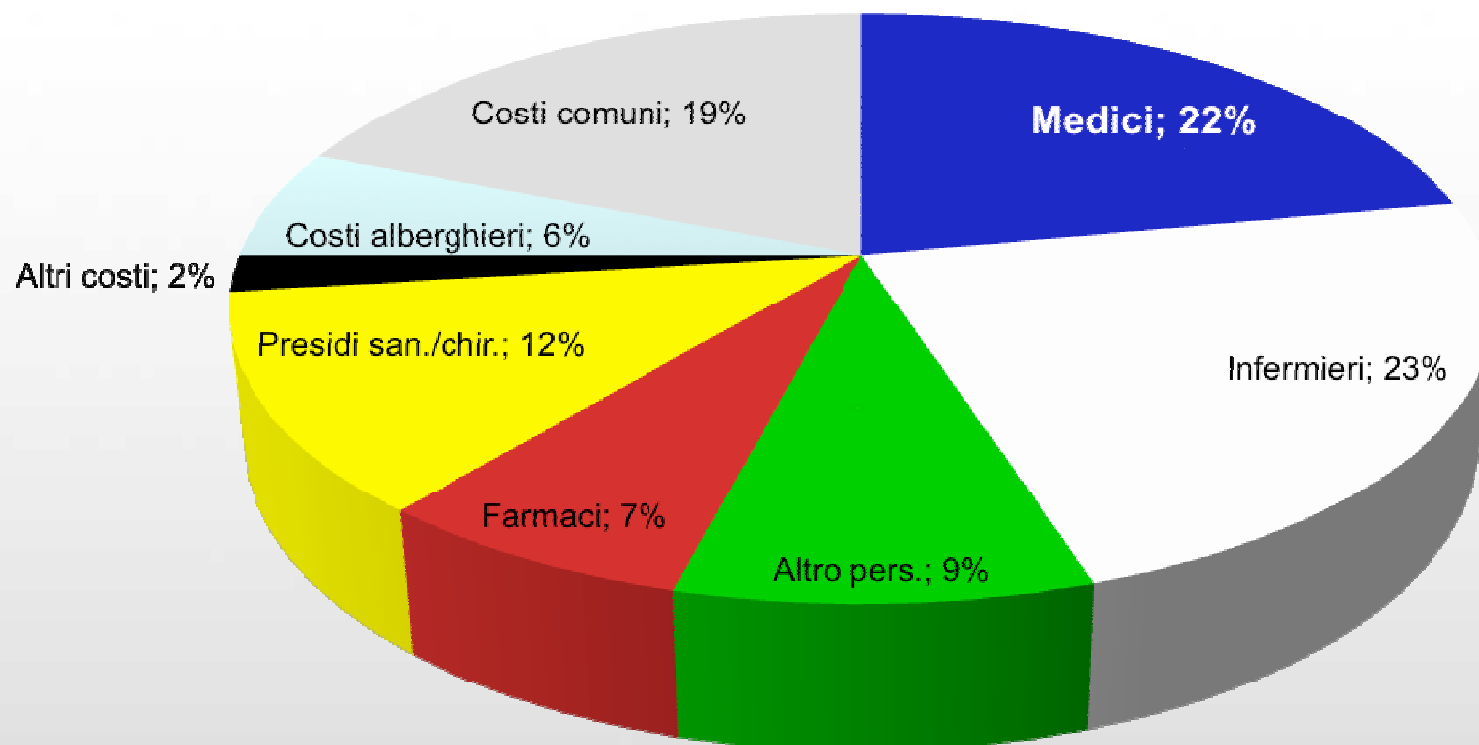
**1. La spesa per l'attività di ricovero nel periodo 2008/2009 è scesa al 59% del totale della spesa ospedaliera, nel 2007 era pari al 69%**





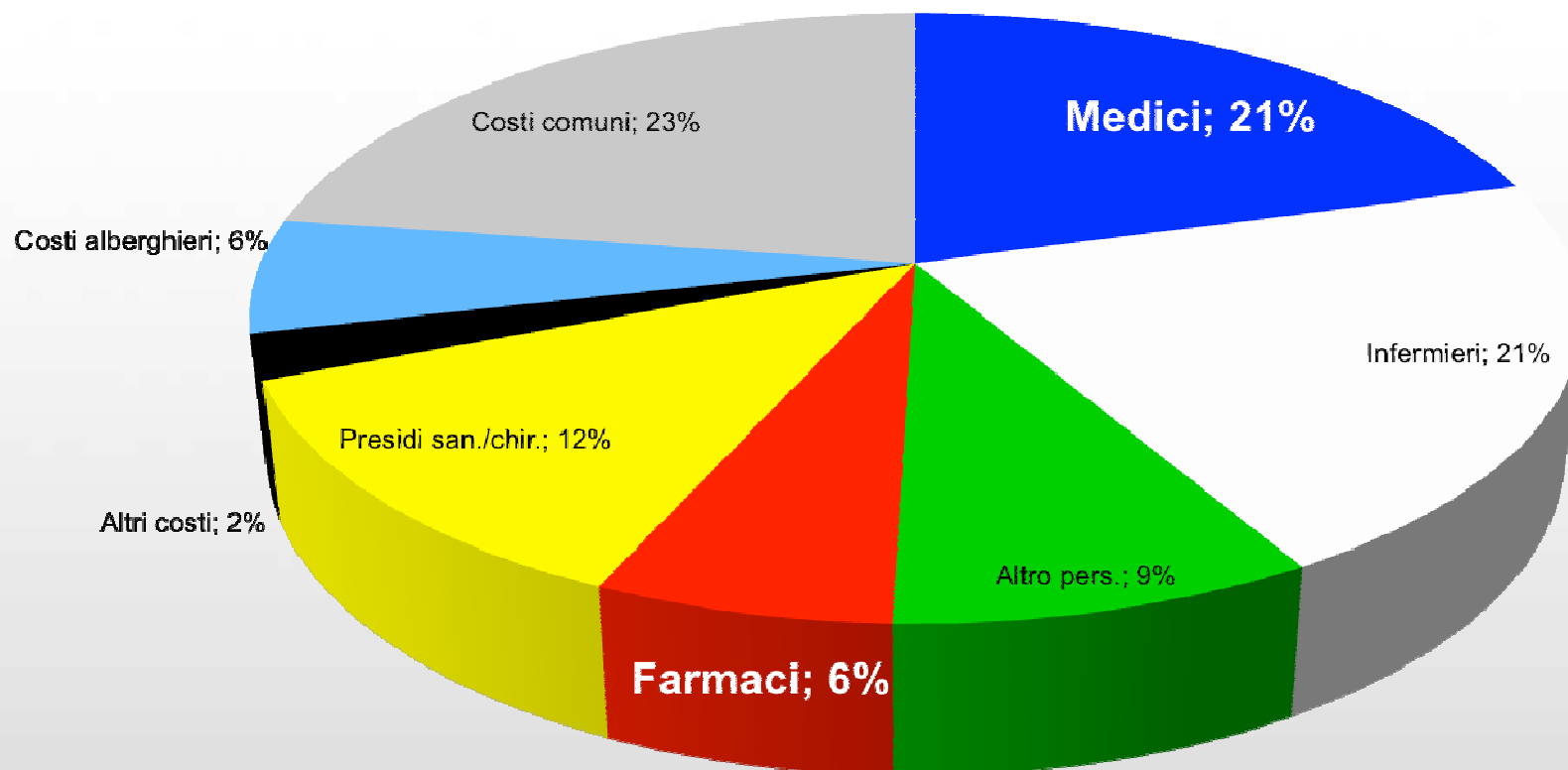


## 2a. Ripartizione dei costi per l'attività di ricovero per aggregazione di fattori produttivi: anno 2007



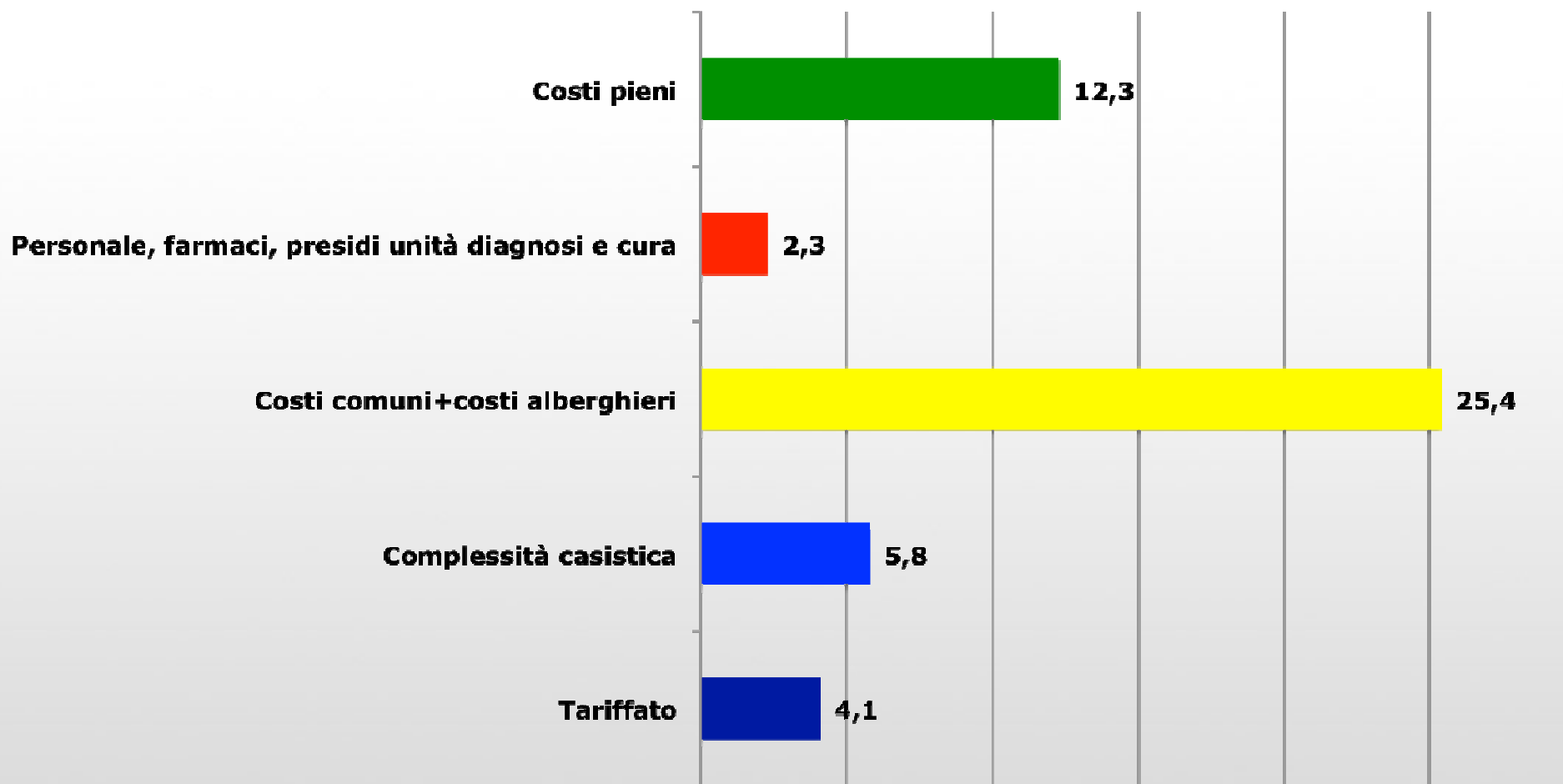


## 2b. Ripartizione dei costi per l'attività di ricovero per aggregazione di fattori produttivi: periodo 2008/2009



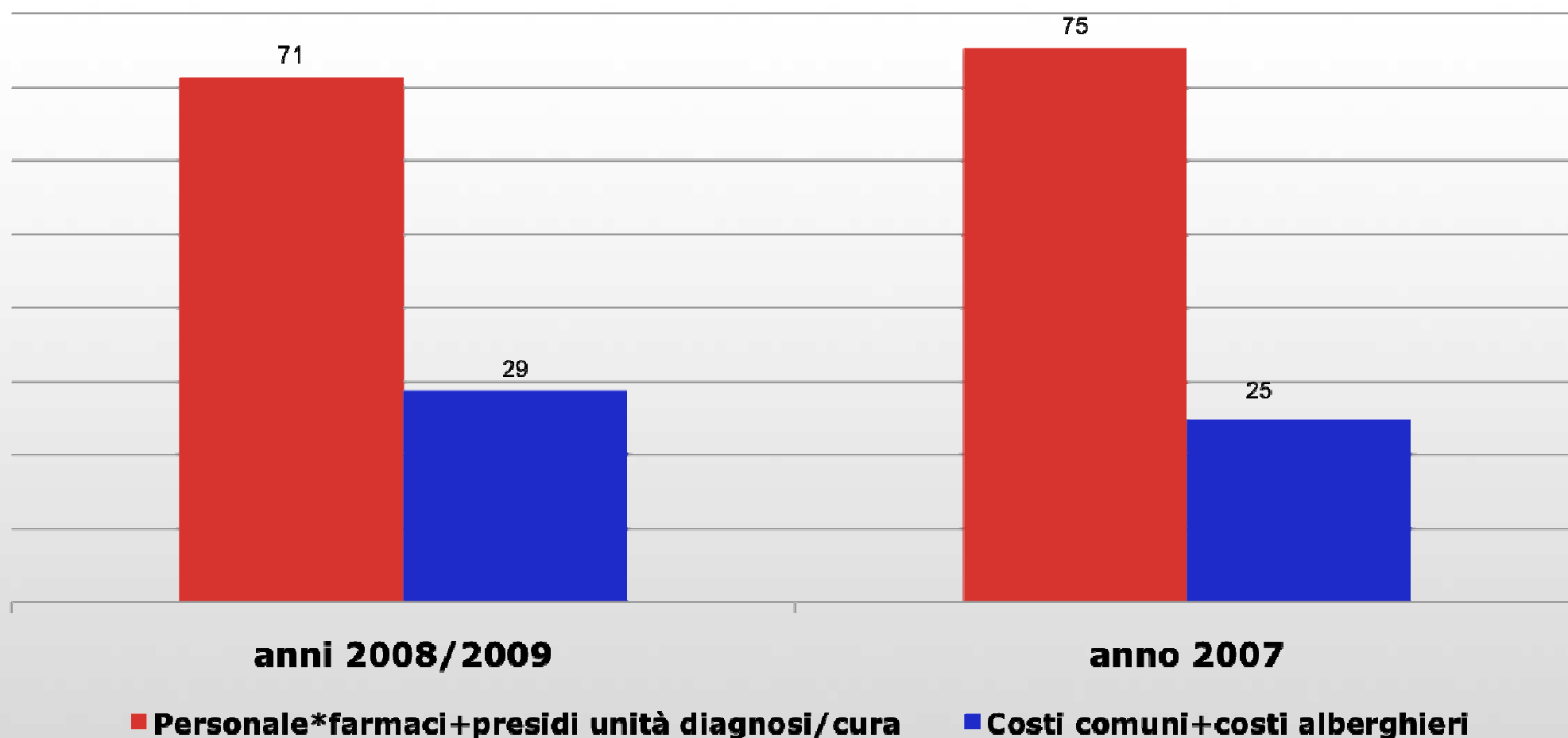


### 3. L'incremento nei costi del 12,3% tra il 2007 ed il 2008/2009 è dovuto in prevalenza ai costi comuni+costi alberghieri





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



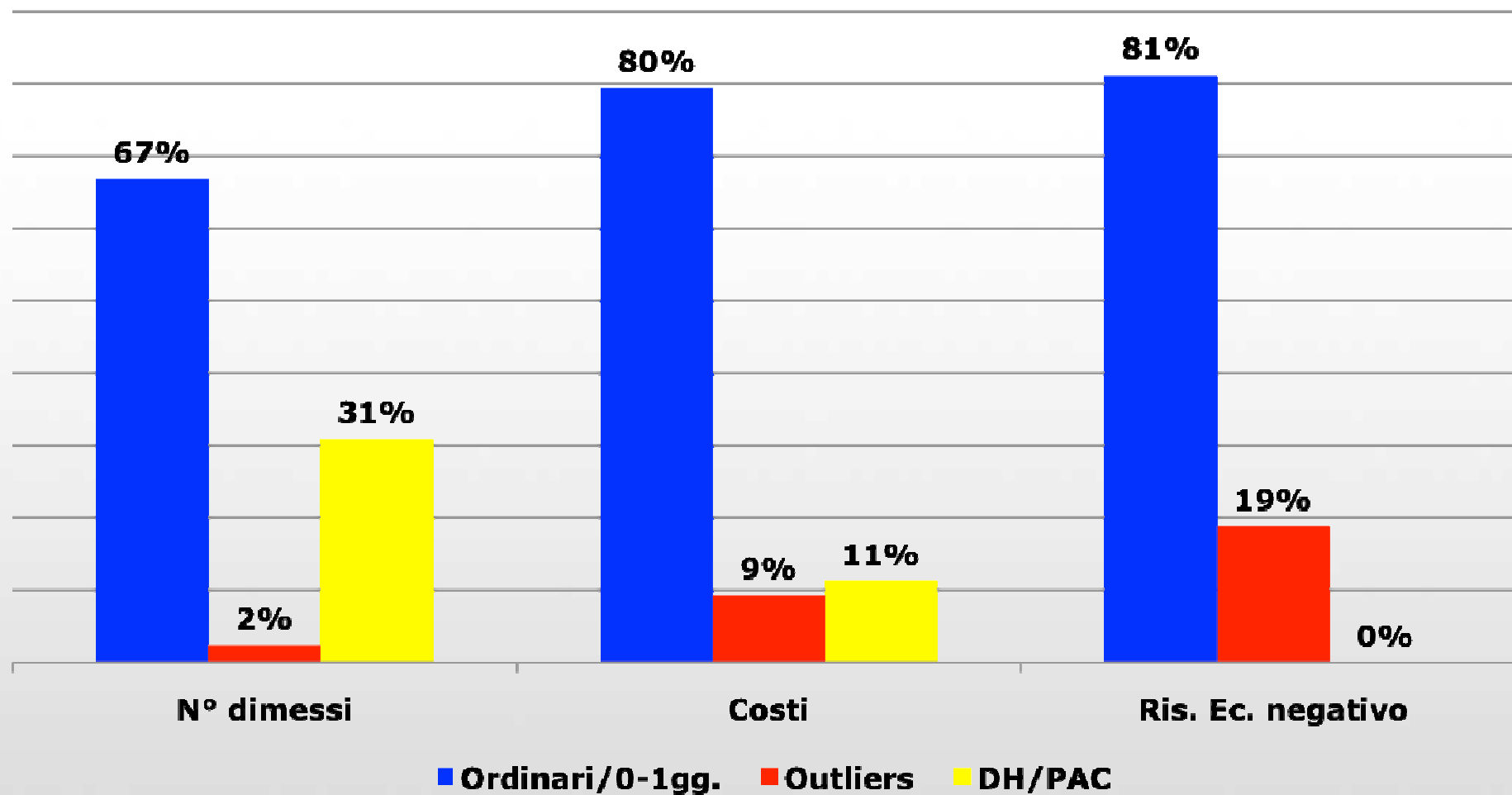


## 5. Le tariffe non coprono il 38% dei costi

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

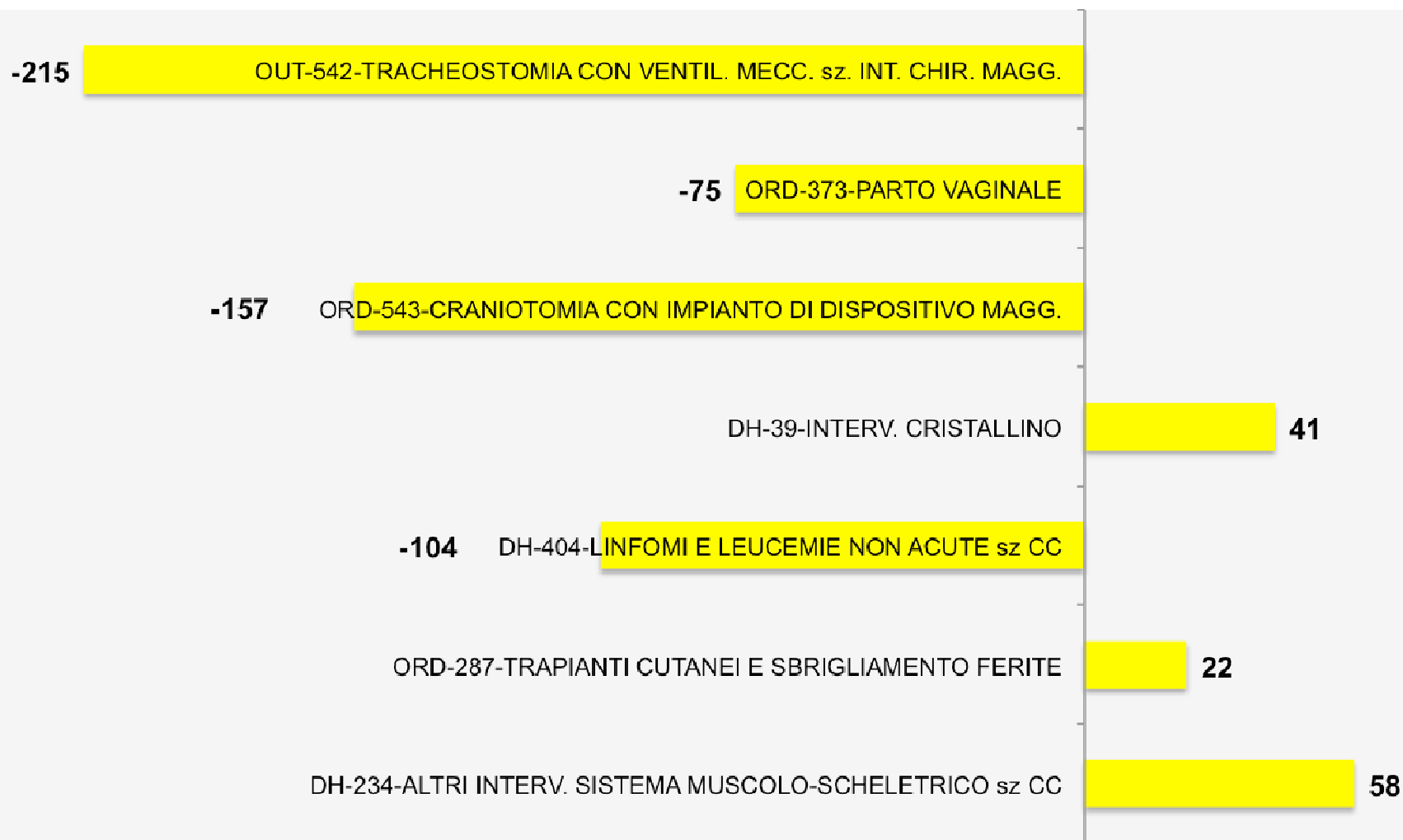


## 6. Gli outliers pur rappresentando solo il 2% del totale dei ricoveri rappresentano il 9% dei costi totali ed il 19% del passivo totale





## 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:**

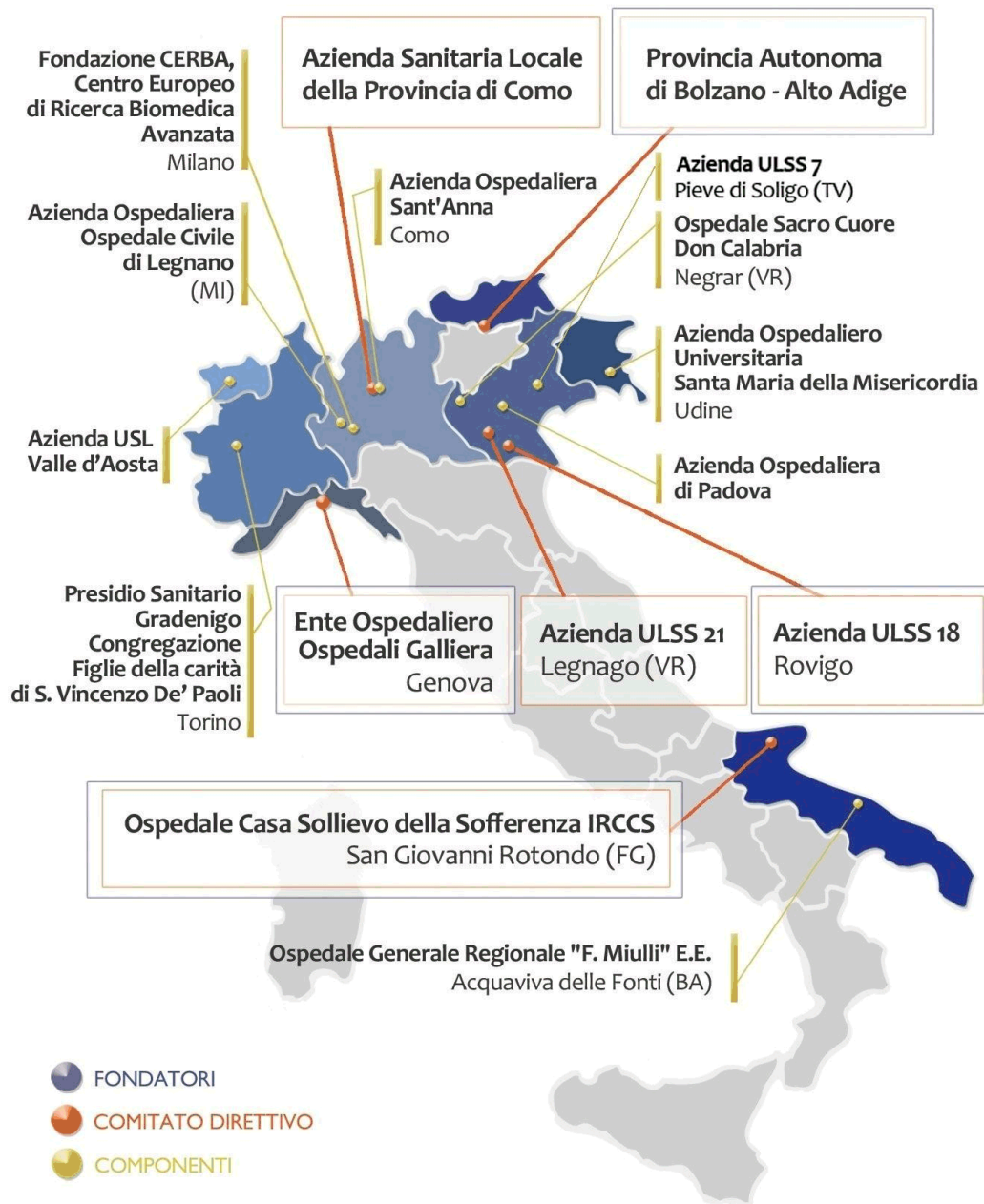
- 1. analizzando la differenza costo standard-costo effettivo per DRG/tipo ricovero/disciplina (reparto) di dimissione e per attività/fattore produttivo, ogni azienda, potrebbe disporre così di una “bussola” su come e dove intervenire;**
- 2. inoltre, in tal modo, il recupero di efficienza delle aziende 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".**



# Grazie per l'attenzione

## Network Italiano Sanitario

PER LA CONDIVISIONE DEI COSTI STANDARD



[www.galliera.it/nisan](http://www.galliera.it/nisan)  
[www.costistandard.com](http://www.costistandard.com)