



Corso di Laurea Magistrale in Economia e Management

Controllo di Gestione in Sanità

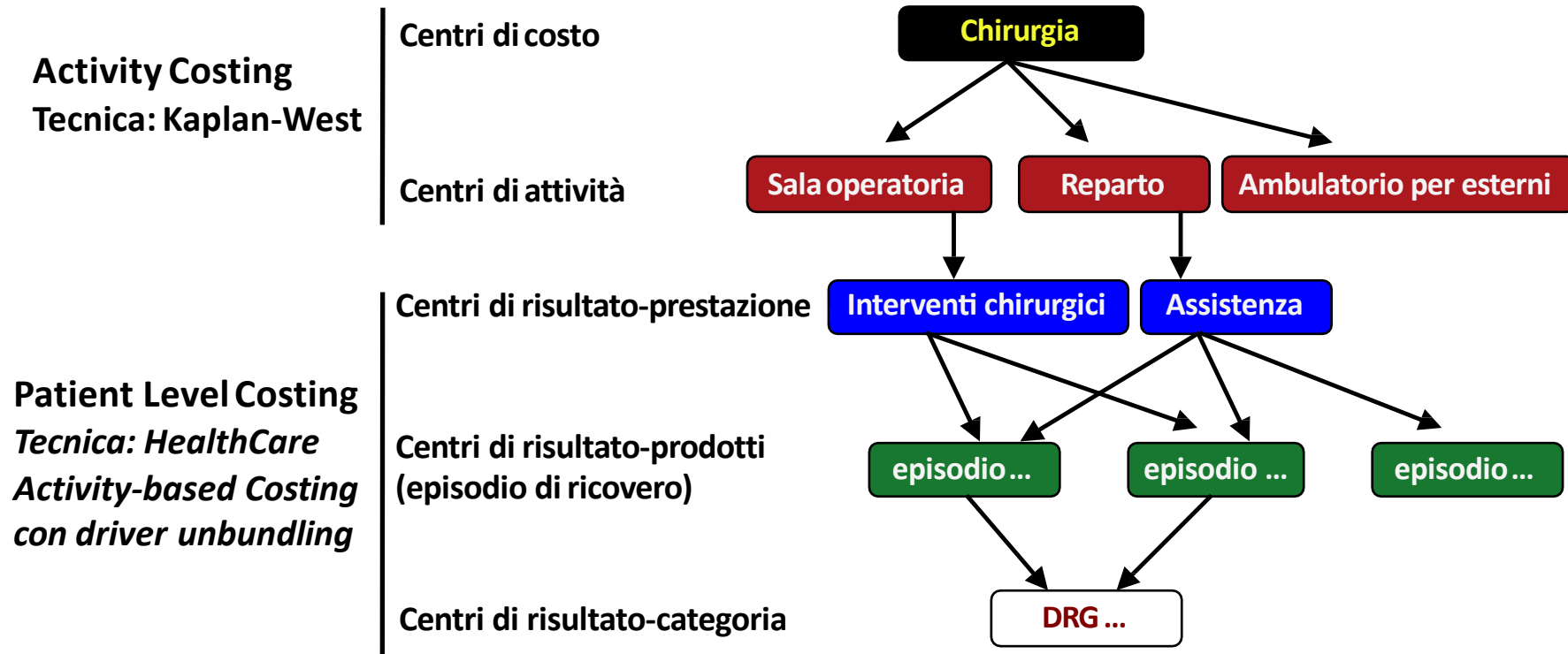
A.A. 2023/2024

I Costi Standard nelle logiche di finanziamento della Sanità Regionale

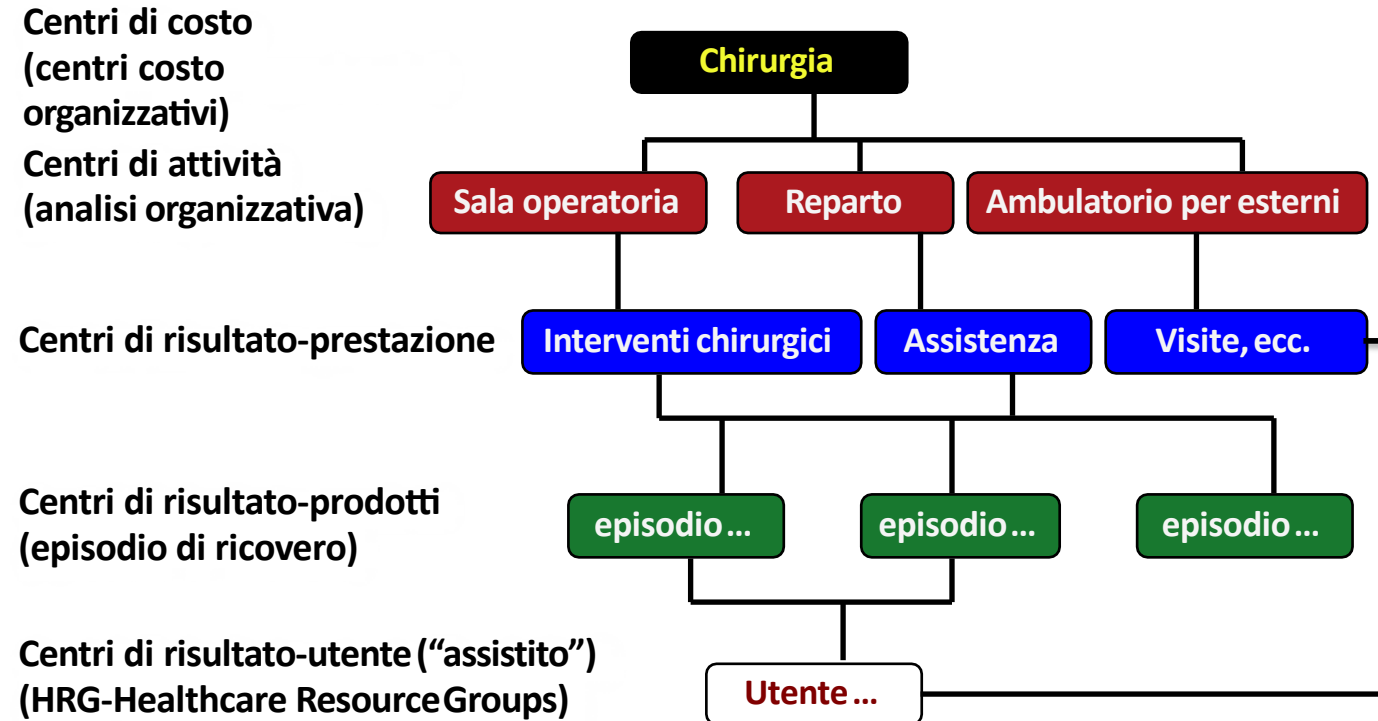
Gabriele Palozzi Ph.D

palozzi@economia.uniroma2.it

Il processo completo del Clinical Costing



L'albero organizzativo dei centri gestionali



L'evoluzione dell'oggetto di costo nell'ospedale

Centro di:	Contenuto	Esempi	Strumenti
Spesa	Fattori produttivi aziendali (FP)	Spesa per il personale medico di tutta l'azienda	Contabilità generale
Costo	FP per unità di diagnosi/cura (CC)	Spesa per il personale medico dell'ORL	Contabilità analitica
Attività	CC per attività svolta (AT)	Costo dei medici di ORL per la sala operatoria (SO)	Activity Costing
Prestazione	AT per servizio o prodotto (PR)	Costo dei medici di ORL per la SO per l'intervento chirurgico ...	Performance Costing
Risultato	PR per episodio di ricovero(ER)	Costo dei medici di ORL per la SO per l'episodio di ricovero ...	Patient Level Costing

Tre problemi
per il calcolo
dei costi di un
ricovero

1° problema:

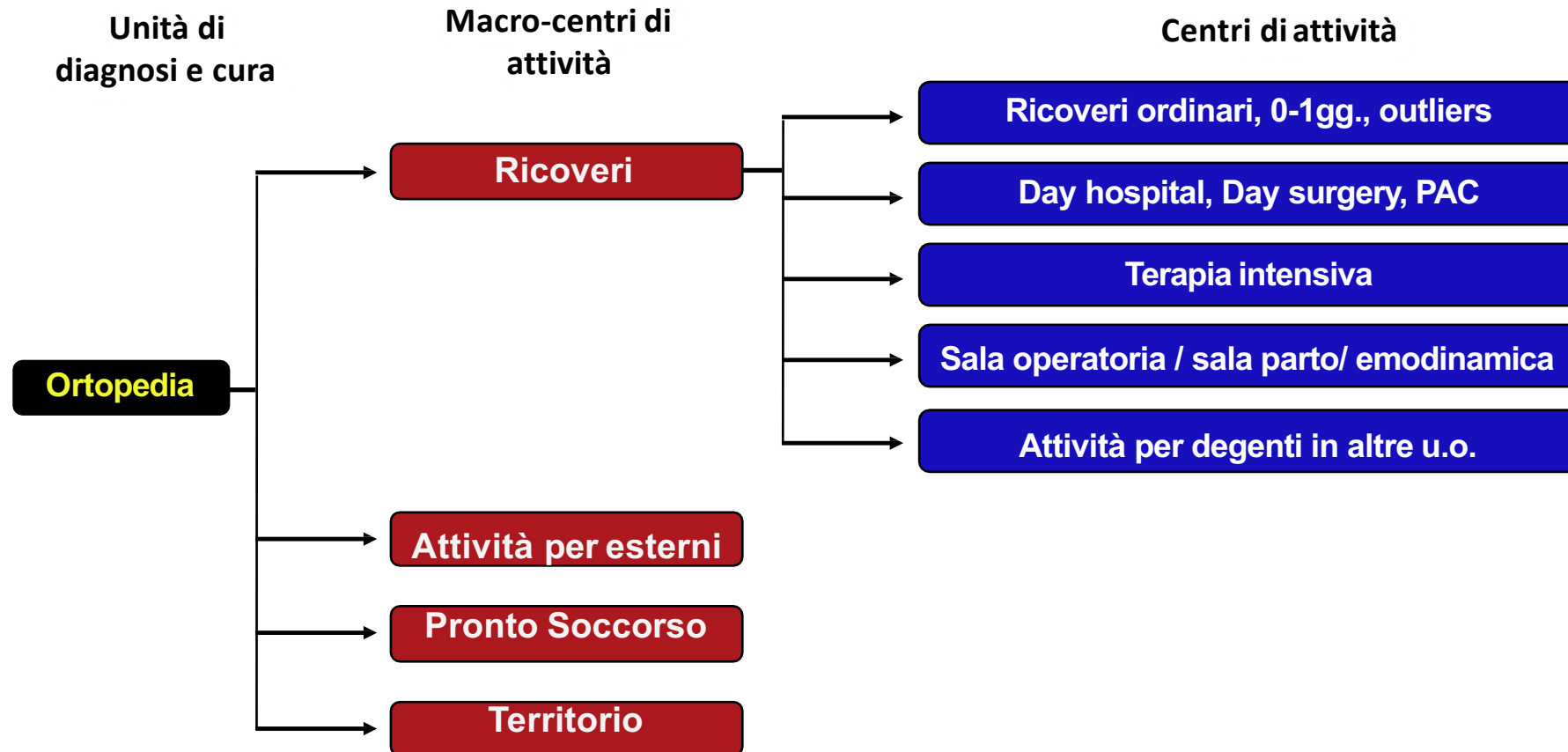
passare dalla spesa ai costi per attività

Esempio: “quanto” della spesa per i medici è destinato a: ricoveri per acuti, DH, specialistica, al PS, territorio, ecc.

Motivo: se non so quanto costa l'attività di ricovero nel suo insieme, non posso certo sapere quanto costa un DRG !

Soluzione: Activity Based Costing

Activity Costing



La matrice dell'Activity Costing (Kaplan-West)

Un esempio di applicazione in una Ortopedia

Centri di att.	Medici	Infermieri	OTA	Farmaci	Presidi	Altri costi	TOTALI
Degenza	50.000	550.000	90.000	150.000	20.000	200.000	1.060.000
Day Hospital	10.000	60.000	10.000	5.000	5.000	50.000	140.000
Sala operatoria	150.000	100.000	40.000	10.000	800.000	50.000	1.150.000
Ricoverati in altri reparti	30.000	10.000	0	0	0	0	40.000
PS	260.000	0	0	0	0	0	260.000
Amb. x esterni	100.000	80.000	10.000	15.000	50.000	30.000	270.000
TOTALI	600.000	800.000	150.000	180.000	875.000	330.000	2.935.000

Un esempio di applicazione dell'Activity Based Costing per i medici di una Chirurgia

Centri di attività	Driver	Ore attribuite	% riparto	Costo/attività
Degenza	ore sett.	4.160	32	320.000
Sala operatoria	ore sett.	5.200	40	400.000
Ricoverati in altre u.o.	N° prest. x tempo unit.	650	5	50.000
Pronto Soccorso	N° prest. x tempo unit.	1.040	8	80.000
Amb. x esterni	ore sett.	1.950	15	150.000
TOTALI		13.000	100	1.000.000

2° problema:

I “driver” (pesi) devono essere analitici e non generici

Esempio: i pesi per ripartire i costi dell’attività tra i ricoveri devono essere specifici per attività/risorsa/output

Motivo: se uso un driver generico, significa che tutte le risorse hanno lo stesso peso per un dato ricovero, mentre non è affatto vero che se, ad es., il costo del personale è alto lo sia anche quello per i dispositivi sanitari!

Soluzione: driver “unbundling” per attività/risorsa/output

3° problema:

Passare dal costo per attività al costo per ricovero

Esempio: calcolare innanzi tutto il costo per episodio di ricovero e non subito quello per categorie definite a priori

Motivo: se determino “in primis” i costi per DRG e non per episodio di ricovero, perdo la centralità del paziente, non vedo i cambiamenti (gestione e innovazioni) e soprattutto rischio di sottovalutare i casi complessi e sopravvalutare quelli meno onerosi

Soluzione: Patient Level Costing (applica i driver ad ogni episodio di ricovero e non ai DRG)

Il primo “prodotto” del Clinical Costing: il costo per singolo episodio di ricovero

Assistito	.....	.....
Ricovero	1	Ordinario
Diagnosi principale	5609	Occlusione intestinale nonspecificata
Procedura principale	5411	Laparatomia esplorativa

Reparto	GG.	Costi totali	Medici	Infermieri	Altro personale	Farmaci	Presidi	Altri costi
Chirurgia generale	4	1.065,40	166,40	605,51	86,34	46,72	21,14	139,40
Rianimazione	3,5	4.632,29	416,17	1.945,90	393,14	513,81	655,25	708,02
Chirurgia generale	0,5	149,88	37,50	75,69	10,79	5,83	2,64	17,42
Rianimazione	4,5	5.908,31	530,81	2.481,93	501,44	655,34	835,75	903,05
Chirurgia generale	22,5	5.711,63	654,74	3.405,97	485,66	262,21	118,91	784,12
Tot. DEGENZA	35	17.472,52	1.810,62	8.515,00	1.477,37	1.483,80	1.633,70	2.552,02
Chirurgia generale		10.084,27	1.365,10	0	0	58,35	8.660,81	0
Anestesia		1.188,77	1.174,49	0	0	0	0	14,28
Blocco operatorio		2.307,39	28,19	1.153,20	199,53	181,07	124,25	621,15
Tot. PRESTAZIONI CHIRURGICHE		13.580,44	2.567,78	1.153,20	199,53	239,43	8.785,06	635,43
Laboratorio/Anatomia patologica		3.060,11	385,43	25,22	821,51	0,27	1.510,02	317,67
Radiologia/Medicina nucleare		539,48	155,77	14,42	149,46	1,08	32,57	186,17
Pronto Soccorso		110,75	50,28	31,00	14,12	2,44	3,67	9,24
Altre unità diagnosi/cura		968,22	334,65	32,33	336,16	15,62	155,45	94,02
Tot. SERVIZI DA ALTRE UNITA'		4.678,57	926,12	102,96	1.321,26	19,41	1.701,71	607,10
Tot. COSTI PRODUZIONE		35.731,52	5.304,53	9.771,16	2.998,17	1.742,64	12.120,47	3.794,56
Quota Costi Comuni		8.975,86						
Tot. COSTI PIENI		44.707,38						

Perché sono importanti i Costi standard?

Il costo standard è definito come quel costo predeterminato di riferimento, fondamentale per il superamento delle logiche di finanziamento basate sulla spesa storica;

Attraverso i Costi Standard, la distribuzione delle risorse non avviene più su quanto si è speso nel passato, ma in relazione a ciò che si intende produrre, ovvero in base alla attività da svolgere.

La logica che sottende i costi Standard si basa su due principi:

1. «per spendere meno, bisogna spendere meglio»;
2. «per spendere meglio, bisogna confrontarsi», ovvero, mettere in relazione le proprie performance con quella di altre aziende simili ed operanti nello stesso mercato.

Riferimenti normativi

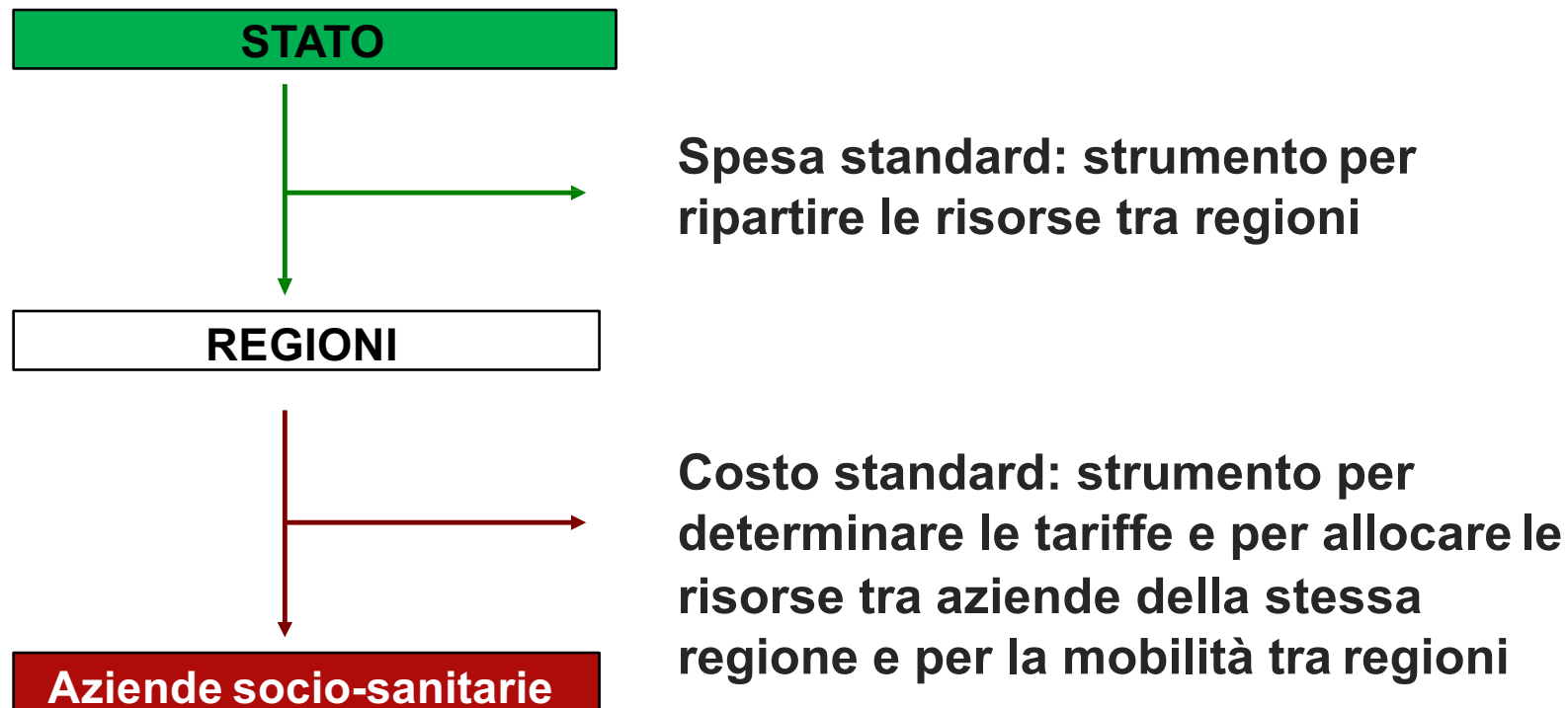
La legge n°133 del 6 agosto 2008 ha innovato i meccanismi di definizione dei costi standard in Sanità

Costo standard : parametro che individua il consumo di risorse per prodotto“calcolato sulla base di strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell’assistenza o sulla base dei costi standard già disponibili presso le regioni e le province autonome” (art. 79, comma 1-quinquies)

Caratteristiche fondamentali del costo standard:
-è calcolato “sul campo” e non “a tavolino”
-è un costo-obiettivo medio unitario e non globale

Differenza tra spesa standard e costo standard

Gli standard rappresentano gli strumenti per allocare le risorse in sanità



Standard e sistemi di finanziamento

Metodi	Contenuti	Criterio
Spesa storica	Dare risorse sulla base del finanziamento del periodo precedente (“tagli lineari”) (es.: -3% della spesa erogata nel passato)	Il passato della struttura (“che cosa si aveva”)
Tariffe per prodotto (es.: DRG)	Dare risorse sulla base delle tariffe e del relativo volume di prodotti effettivamente erogati Es.: $n^{\circ} \text{ DRG X} * \text{tariffa del DRG X}$	Che cosa si “vende”
Funzione	Risorse da destinare ad una azienda e/o una sua unità per l’espletamento di una data attività (es.: euro per la funzione di terapia intensiva)	Quanto “a priori” bisogna avere
Standard prodotto /attività (es.: DRG)	Dare risorse sulla base del tipo (es.: DRG) e del relativo volume di prodotti/attività effettivamente erogati. Es.: $n^{\circ} \text{DRG X} * \text{standard del DRG X}$ (Activity Based Funding e Bundled payment)	Che cosa si fa e per chi lo si fa

Il finanziamento mediante standard consente di migliorare i sistemi di finanziamento

Le strutture di riferimento per i Costi Standard in Sanità



Indipendent Hospital Pricing Authority (IHPA)



Canadian Institute for Health Information (CIHI)



HealtCare Financial Management Association (HFMA)



Health Economics Resource Center (HERC)

**Per realizzarei costi standard è necessario adottare non
“una metodologia qualunque” ma un metodo specifico:**

l'HealthCare Patient Costing (HPC)

I costi standard in Italia, sono stati determinati rispettando le regole dell'HPC da:

- Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM);
- Società Italiana di Ematologia (SIE);
- Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia (SIOT);
- Network Italiano Sanitario per la determinazione dei costi standard (**N.I.San.**)
 - Il N.I.San. (Network Italiano Sanitario per la condivisione dei costi Standard e dei risultati) ha introdotto in Italia l'HPC in modo sistematico: a settembre 2014 il N.I.San. conta 21 iscritti (tipologia: asl, azienda ospedaliera, provincia autonoma).
 - Il metodo operativo seguito dal N.I.San. per la realizzazione dell'HPC è contenuto nel manuale "Costi Standard Ricoveri"(rispetta i requisiti internazionali)

Quale Costo Standard scegliere?

Riguardo i costi standard il vero punto cruciale è decidere se ci si riferisce a Standard di INPUT o di OUTPUT e a quali.

Il C.S. per unità di input identifica il costo per unità di un dato fattore produttivo impiegato (ad. es. un materiale);

Il C.S. per unità di output focalizza l'attenzione, invece, sul consumo di risorse destinate all'erogazione/produzione di una prestazione o prodotto:

- Prestazione singola (es. visita ambulatoriale)
- Prodotto complesso (es. ricovero per DRG)
- Tipologia Utente assistito (es. paziente con Scompenso Cardiaco)

Costo Standard per Input

Con il CS per INPUT è possibile controllare l'acquisto delle risorse ma non il loro utilizzo.

Possiamo sapere se la risorsa è stata acquistata ad un prezzo più o meno elevato, ma non possiamo sapere:

- Se la risorsa era effettivamente necessaria;
- Se la quantità di risorsa acquistata era quella corretta;
- Se abbiamo utilizzato le risorse in modo corretto.

«Comprare a basso prezzo ed impiegare male» una risorsa è il rischio corrente in cui incappa un CS per INPUT;

Il rischio è di sovracquistare risorse a buon mercato, ma che non hanno impatto sulla salute dei pazienti, evitando l'acquisto di risorse più care ma più utili.

Prendo in considerazione solo acquisti più economici dello standard, senza considerare la qualità.

Un “prerequisito” dei costi standard

Calcolare i costi per output (prestazione, episodio di ricovero, percorso di cura), poiché i costi standard devono derivare dai costi

Conseguenza

Bisogna individuare i punti critici nella determinazione dei costi dei ricoveri

Costo Standard per Output: Spesa Standard per utente

Si riferisce alla Spesa e non ai costi;

L'utente, tuttavia, dovrebbe essere il soggetto a cui teoricamente dobbiamo essere in grado di erogare gli output.

Dunque con la Spesa Standard (la più utilizzata dalle regioni italiane) si controlla l'entità globale della spesa, ma non si controlla come la spesa viene utilizzata. Si rischia, ad esempio, che per contenere la spesa si tendano a ridurre i servizi offerti agli utenti (promuovendo la mobilità degli stessi vs altri presidi), piuttosto che tentar di incrementare l'efficienza.

La Spesa Standard, inoltre, potrebbe rischiare di non permettere neanche di raggiungere un contenimento della spesa; senza enfasi sull'efficienza, infatti, una scorretta ripartizione delle risorse, tenderebbe a bloccare la riduzione dei costi.

Costo Standard per Output: Standard per prestazione

I **CS per Output** pongono l'attenzione su **cosa si fa per gli utenti**, ovvero sia qual è il costo per il **pool di prestazioni/prodotti** destinati ad una tipologia di assistiti; avremo quindi:

1. CS per **Prestazione o prodotto**, indipendente dalla tipologia di utente per cui è svolta l'attività (**DRG/Ticket**);
2. CS per **prodotto per tipologia di utente**, relativa agli specifici DRG di appartenenza dei **singoli pazienti**.

Il primo approccio **(1)** salvaguarda l'efficienza del sistema, monitorando **chi fa che cosa**. Tuttavia, finanziando ciò che si fa, **non si riesce a controllare se la quantità erogata sia coerente con le esigenze degli utenti**. In altri termini posso verificare se sono efficace nel produrre, ma non se gli interventi sanitari erogati sono clinicamente efficaci ed utili ai pazienti.

Costo Standard per Output: Standard per prodotto per utente

I **CS per Prodotto per Utente**, si propongono di risolvere le questioni precedenti; in tal caso **l'output non è dato solo dal mix/pacchetto** di prestazioni per un dato prodotto clinico, **ma è riferito anche alle condizioni di una data tipologia di paziente ospedaliero** (per DRG, tipologia, classe di severità).

Il CS per utente/prodotto è **una sintesi delle tipologia di CS precedenti** capace di definire un sistema di finanziamento più corretto, che sia **legato sia alla efficienza gestionale che all'efficacia strategica** dell'intervento sanitario che vuole essere messo a budget.

In tal senso, si mette in luce **l'intero processo di assistenza/cura degli assistiti**.

Costo Standard: quale scegliere in Sanità

Tabella 2.43 - Quadro sinottico delle tipologie dei Costi Standard in sanità

Costo per unità di:	Input	Output		
		Spesa standard	Prestazione/ prodotto	Utente/ prodotto
Focus su:	cosa si acquista	risorse da avere	cosa si fa	cosa si fa e per chi lo si fa
Approccio per:	spesa (acquisizione risorse)		Costo (utilizzazione risorse)	
Priorità*:	alle strutture		alla produzione	all'utente
Tecnica	Gross Costing		Performance Costing	Clinical Costing
Esempi	spesa siringa	spesa pro capite	Rx torace; Concentrato eritroc.	DRG/Cardiologia; HRG
Vantaggi su controllo:	acquisti	formale della spesa	efficienza	spesa, efficienza, efficacia gestionale
Svantaggi. Non controlla:	spesa, efficienza, efficacia gestionale		spesa, efficacia gestionale	Avvertenza: disporre di standard analitici ²²²

I CS per utente prodotto configurano gli assistiti come «il faro» della sanità

* Orientamento strategico

Perché i Costi standard devono riferirsi ad una unità di output e non alla totalità degli output?

Il **costo standard** deve essere **riferito al consumo medio unitario** di risorse per output, e non deve rappresentare il totale dei costi sostenuti per tutti gli output prodotti (BENCHMARK).

Prima si deve calcolare l'output per unità, poi moltiplicando per la quantità si ottiene il BENCHMARK, rappresentativo del mix produttivo desiderato.

Esempio:

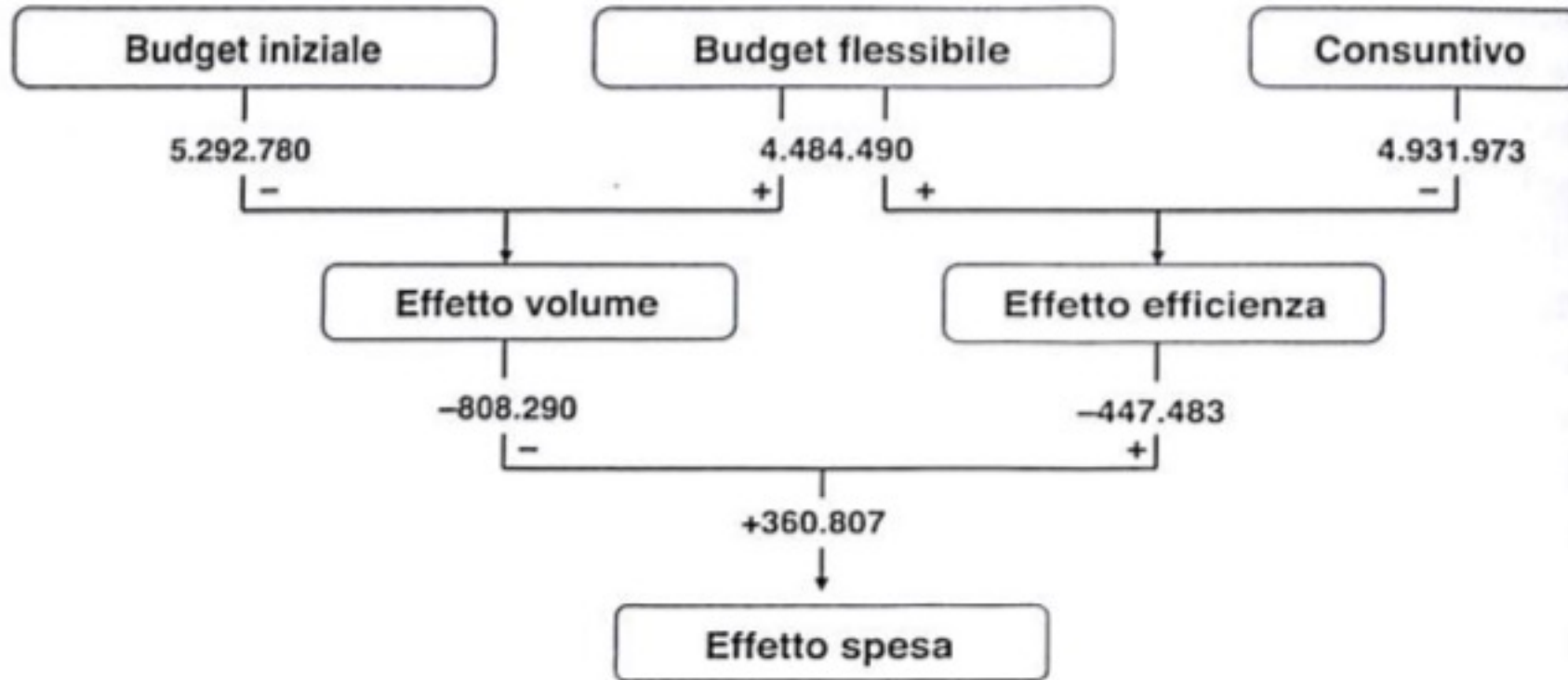
Costi Totali Previsti = 5.292.780 €;

Costi Totali Effettivi = 4.931.973 €

Riduzione Spesa = 360.807 €

..tuttavia..

Figura 2.14 - Le relazioni tra effetti gestionali (effetto «miopia gestionale»)



La spesa globale non da indicazioni sulla efficienza interna ed è influenzata dai volumi produttivi

Se così non fosse, si **ricadrebbe in un approccio per spesa standard «mascherato» da output**, ingenerando non poca confusione in termini di politica sanitaria e di finanziamento.

Costo Standard Generico o Analitico?

Perché il CS funzioni bene, **non bisogna arrivare alla quantificazione di un unico valore generico ed aggregato;**

Il CS deve essere spaccettato in segmenti che permettano di evidenziare le risorse che lo compongono; e ciò è cruciale in termini di verifica dell'efficienza dei processi interni.

Tabella 2.46 - Confronto tra Costo Standard generico e costo sostenuto per la prestazione Beta

Risorsa/Indicatore	Costo Standard (S)	Costo sostenuto (E)	Differenza (S-E)
Costo pieno	10.000	11.000	-1.000

Tabella 2.47 - Contenimento dei costi sulla base dei Costi Standard generici per la prestazione Beta

Risorsa/Indicatore	Costo sostenuto (S)	Riduzione del 9,09% (R)	Nuovo costo «obiettivo» ²²⁸ (S+R)
Personale	6.000	-545,4	5.454,6
Dispositivi sanitari	5.000	-454,6	4.545,4
Costo pieno	11.000	-1.000	10.000

Tabella 2.48 - Contenimento dei costi sulla base dei Costi Standard analitici per la prestazione Beta

Risorsa/Indicatore	Costo Standard (S)	Costo sostenuto (E)	Differenza (S-E)
Personale	8.000	6.000	+2.000
Dispositivi sanitari	2.000	5.000	-3.000
Costo pieno	10.000	11.000	-1.000

I costi standard generici o analitici (II)

Esempio di costo standard generico

Tipologia	Costo standard (\$)
Totale costo pieno	10.000

Esempio di costo standard analitico

Tipologia	Costo standard (\$)
Personale	5.000
Farmaci	4.000
Altri costi	1.000

Il costo standard non ha solo un contenuto “ragioneristico” ma deve essere uno strumento di indirizzo strategico (dove agire?).

Infatti, nell’Hospital Patient Costing gli standard sono analitici e non solo generici

Le maggiori possibilità di valutazione con gli standard “analitici” rispetto a quelle con gli standard “generici”

Esempio di valutazione con il costo standard generico

Tipologia	Costo standard (S)	Costo effettivo (E)	Differenza (S-E)
Totale costo pieno	10.000	11.000	-1.000 (-9%)

Esempio di valutazione con il costo standard analitico

Tipologia	Costo standard (S)	Costo effettivo (E)	Differenza (S-E)
Personale	5.000	5.500	-500 (-10%)
Farmaci	4.000	3.000	+1.000 (+25%)
Altri costi	1.000	2.500	-1.500 (-150%)

La problematica dei costi standard

E' solo importante sapere che il totale dei costi standard sono in linea con il totale dei costi effettivi, o è anche rilevante sapere cosa si dà all'utente?

Vantaggi dei Costi Standard Analitici

I Costi Standard analitici (Unbundling) sono:

- fondamentali per la valutazione dell'efficienza
- importanti per realizzare la programmazione ed innovare il sistema tariffario
- indispensabili per superare la logica dei tagli lineari: a differenza degli standard generici non colpiscono indistintamente tutte le risorse
- garanzia di trasparenza: evidenziare gli addendi che compongono lo standard totale consente di controllare se il dato complessivo è formulato correttamente
- al contrario dei Costi Standard generici, strumenti per contribuire ad elaborare correttamente i costi, in quanto possono rappresentare dei validi cost driver
- essenziali per tener conto dell'innovazione. Ad esempio, l'introduzione di nuovi dispositivi medici può essere correttamente evidenziata e computata con l'Unbundling: in caso contrario, le modifiche/integrazioni vengono fatte «a vista»
- utili per concentrare l'analisi e la valutazione su determinati fattori produttivi (ad esempio: personale) in modo corretto e puntuale
- dei validi elementi per definire i cost driver, al fine di migliorare l'impiego dell'Activity Costing, dell'Activity Based Costing e del Patient Level Costing

Come sarebbe possibile “fidarsi” del costo standard generico, se non si conoscono gli “addendi”, ovvero le attività/risorse che compongono detto standard?

I passaggi fondamentali per la determinazione dei Costi Standard

Quali sono i principi da rispettare per realizzare i CS in Sanità?

1. Individuare la tipologia di Output
2. Determinare i contenuti da assegnare agli standard
3. Scegliere le unità operative per la determinazione dei CS
4. Determinare i costi analitici per ogni unità operativa
5. Aggregare tutte le unità operative per tipologie di output e calcolo del relativo costo medio unitario per unità di output
6. Aggregare i costi precedenti e determinare i costi standard

1) Individuare gli Output relativi ai Costi Standard

In questa fase si deve definire l'oggetto di costo, elencando puntualmente le prestazioni delle quali si vuole calcolare lo standard.

Tabella 2.51 - La tipologia dei Costi Standard per prestazione (esempi)

Codice	Descrizione
37.51	Trapianto di cuore
53.41	Riparazione di ernia ombelicale con protesi
73.59	Altra assistenza manuale al parto
74.1	Taglio cesareo cervicale basso
87.22	Radiografia della colonna cervicale
87.44	RX del torace
88.01	TC dell'addome completo
88.76	Ecografia dell'addome completo
89.7	Visita generale
90.04	Alanina Aminotransferasi
90.75	Tempo di protrombina

- Tenere conto delle prestazioni da nomenclatore;
- «aprire» quelle prestazioni che si ritiene che il nomenclatore non abbia dettagliato adeguatamente.

- Stabilire quali siano gli output dei costi standard vuol dire decidere quali sono i risultati per i quali vengono date le risorse alle strutture sanitarie.

2) Determinare i contenuti dei Costi Standard

Individuati gli output oggetto di studio, occorre **definire** con quali **risorse** debbano essere considerate ai fini della loro erogazione:

- Personale
- Farmaci
- Dispositivi
- Ecc. Ecc.

All'interno di ogni categoria di CS devono essere evidenziati:

- Valore del consumo di risorse afferenti ad un pool di attività;
- Gli importi di costo afferenti alle varie attività di cui si compone il ricovero;
- Gli «incroci» tra i valori dei cui ai punti precedenti (matrice Kaplan - West).

Le tipologie di aggregazione dei costi vanno stabilite in base alle funzioni informative del decisore, discendendo da elementi di natura strategica.

Es. di CS per attività:

- Degenza di II livello
- Degenza di I livello
- Sala operatoria
- Diagnostica
- Patologia Clinica
- Altri servizi
- Costi comuni

3) Individuare le strutture oggetto di analisi

Definito, cosa si vuole misurare, bisogna comprendere quali sono le strutture aziendali (U.O., Reparti, Serv. Diagnostico-Terapeutici, ecc) deputate a fornire i dati necessari; Queste devono soddisfare due requisiti:

- 1. Siano in grado di misurare i costi per gli output desiderati, afferenti alle risorse che si intende indagare.**
- 2. Determinare i costi secondo una logica di Clinical Costing.**

4) Determinare i Costi per Output

Per realizzare i CS è indispensabile determinare i costi sostenuti per ogni singolo episodio di ricovero che ha previsto l'erogazione delle prestazioni e dei prodotti di cui si vuole elaborare uno standard.

Tabella 2.53 - Costo per episodio di ricovero (esempio)

Assistito:				Regime di ricovero: ordinario				
Diagnosi principale: Occlusione intestinale								
Procedura chirurgica principale: Laparotomia esplorativa								
Reparto	GG.	Costi totali	Medici	Inferm.	Altro pers.	Farmaci	Disp. san.	Altri costi
Chirurgia	3	1.042	150	600	85	65	22	120
Rianimazione	5	6.375	700	2.700	352	788	890	945
Chirurgia	22	6.188	690	3.605	535	412	124	822
A-Degenza	30	13.605	1.540	6.905	972	1.265	1.036	1.887
Chirurgia generale		10.222	1.411	0	0	0	8.811	0
Anestesia		1.440	1.203	0	0	128	97	12
Blocco operatorio		2.572	0	1.309	223	191	127	722
B-Sala operatoria		14.234	2.614	1.309	223	319	9.035	734
Radiodiagnostica		606	165	16	179	2	33	211
Patologia clinica		2.808	396	22	842	1	1.210	337
Altre unità ospedal.		942	356	98	206	19	164	99
C-Servizi da altre unità		4.356	917	136	1.227	22	1.407	647
D-Costi Comuni		8.611	11	20	2.242	1	1	6.336
Costi pieni (A+B+C+D)		40.806	5.082	8.370	4.664	1.607	11.479	9.604

Attenzione!!!

La metodologia per calcolare i costi standard è necessario applicare l'approccio del Clinical Costing; quindi la procedura di determinazione dei costi DEVE rispettare alcuni requisiti.

Un'azienda non rispetterà il Clinical Costing se:

1. Non dispone di una contabilità per centri di attività, che determini il costo complessivo dell'azienda per attività di ricovero;
2. Non è in grado di formulare ipotesi di costo per singolo ricovero;
3. I costi per singolo episodio di ricovero sono identici anche quando il percorso è differente;
4. Il totale dei costi per episodio di ricovero non coincide con il costo del punto 1.

4) Determinare i Costi per Output

Tabella 2.54 - Il costo sostenuto per l'assistenza di un anno per un utente psichiatrico (HRG: Schizofrenia)

Prestazione	N° P	COSTI								
		Totali	Med	Apl	Tec	Inf	Afp	Far	Acd	CC
Visita-colloquio	23	1.730	1.089	98		156	53		34	300
Somministrazione farmaci	12	1.422				124		1.038	2	258
Colloquio con i familiari	2	143	44		41	20	9		3	26
Intervento psicoeducativo	2	118	4	20	37	27	9		3	18
Riunioni sui casi	20	2.809	490	42	701	602	451		22	501
Riunioni con strutture	1	62	6	11	20	9	5		2	9
Interventi individuali su abilità	7	382	7	24	112	135	31		8	65
Attività residenziali (gg.)	10	2.071	74		128	406	800		287	376
Attività domiciliari (gg.)	42	3.811	334	52	256	2.196	189		100	684
Ricoveri DRG Psicosi (gg.)	10	6.317	1.222	88		1.404	700	251	1.556	1.096
TOTALI	129	18.865	3.270	335	1.295	5.079	2.247	1.289	2.017	3.333

Legenda: N° P = n° prestazioni; Med = medici; Apl = psicologi; Tec = assistenti sociali; Inf = Infermieri; Afp = altre figure professionali; Far = farmaci; Acd = altri costi diretti; CC = quota costi comuni aziendali.

In riferimento ad una determinata azienda, si noti come il costo della prestazione si stia «spacchettata» per le **attività** che occorrono alla sua realizzazione.

Attività che, ognuna utilizzando quote di risorse fisiche ed intellettuali, **concorrono alla determinazione di servizi assistenziali singolarmente considerabili.**

La loro somma determina poi il costo standard del «prodotto» assistenziale ricercato.

5) Aggregazione dei costi per tipologia di output ed individuazione del costo medio per output

Una volta considerati i costi delle singole prestazioni erogate, è necessario aggregare i costi per tipologia di prestazione.

Tabella 2.55 - Aggregazione dei costi per una data tipologia di prestazione

Azienda	N° prestazioni	Costi risorsa A	Costi risorsa B	Costi risorsa...	Totali costi
Alfa	1.000	20.000	35.000	.....	82.500
Beta	2.000	45.000	90.000	.....	202.500
Gamma	6.000	100.000	120.000	.....	330.000
Omega	1.000	18.000	20.000	.....	57.000
TOTALI	10.000	183.000	265.000	.....	672.000
MEDIA	1	18,3	26,5	.....	67,2

Il valore delle medie ponderate può rappresentare i «CS analitici di base»

6) Determinazione del costo standard per output

Sulla base dei valori precedenti, vengono determinati i costi standard definitivi, i quali prendono spesso il nome di **Costi STRATEGICI**.

Tabella 2.56a - Costi Standard analitici per DRG/tipo ricovero/tipo utente (disciplina) con la configurazione costi specifici/costi comuni (esempio)

DRG 191 - Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC							
Tipologia: ricovero ordinario							
Disciplina/Reparto dimissione: Chirurgia generale							
Macroattività/costi	Totali	Medici	Infer.	Altro pers.	Farm.	Pres. san/ch	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	620
Laboratorio/Radiologia	2.234	479	33	634	76		
Servizi da altre u.o.	793	261	94	165	23		
Totale costi specifici	18.714	4.753	4.803	1.734	1.274	4.023	2.127
Quota costi comuni az.	4.644	51	93	2.304	14	5	2.177
Totale costi	23.358	4.804	4.896	4.038	1.288	4.028	4.304
Indicatori tecnici (non economici)							
N° giornate di ricovero di II livello:				16,7			
N° giornate di ricovero di I livello:				0,8			
% tasso operatorio				100%			

CS per
macro attività

CS Analitici

CS per
OUTPUT

Tabella 2.56b - Esempio di Costi Standard analitici per DRG/tipo ricovero/tipo utente (disciplina) secondo la configurazione costi di produzione/costi di struttura

DRG 191 - Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC							
Tipologia: ricovero ordinario							
Disciplina/Reparto dimissione: Chirurgia generale							
Macroattività/costi	Totali	Medici	Infer.	Altro pers.	Farm.	Pres. san/ch	Altri costi
Degenza II livello	5.577	1.486	2.678	474	688	251	
Degenza I livello*	1.192	328	475	80	185	124	
Sala operatoria	7.196	2.199	1.523	381	302	2.791	
Laboratorio/Radiologia	1.969	479	33	634	76	747	
Servizi da altre u.o.	653	261	94	165	23	110	
Totale costi di produzione	16.587	4.753	4.803	1.734	1.274	4.023	
Quota costi comuni az.	6.771	51	93	2.304	14	5	4.304
Totale costi	23.358	4.804	4.896	4.038	1.288	4.028	4.304
Indicatori tecnici (non economici)							
N° giornate di ricovero di II livello:				16,7			
N° giornate di ricovero di I livello:				0,8			
% tasso operatorio				100%			

* Rianimazione, Unità coronarica, Terapia intensiva neonatale, Stroke Unit.
Fonte: N.I.San. (Network Italiano Sanitario per i Costi Standard), 2016.

* Rianimazione, Unità coronarica, Terapia intensiva neonatale, Stroke Unit.
Fonte: N.I.San. (Network Italiano Sanitario per i Costi Standard), 2016.

Lo strumento fondamentale dell'Activity-based Budgeting: i costi standard (N.I.San) per DRG/tipo ricovero/disciplina/dimissione

•DRG:

•Tipologia ricovero: ordinario Reparto dimissione (disciplina):.....

Macroattività	Costi totali	Pers. Medico	Pers. Inferm.	Altro Pers.	Farmaci	Presidi S./C.	Altri costi
Degenza II° liv.	6.514 €	1.486 €	2.678 €	474 €	688 €	251 €	937 €
Degenza I° liv.	1.348 €	328 €	475 €	80 €	185 €	124 €	124 €
Sala operatoria	7.825 €	2.199 €	1.523 €	381 €	302 €	2.791 €	629 €
Labor./radiol.	2.234 €	479 €	33 €	634 €	76 €	747 €	265 €
Servizi Tecnici	793 €	261 €	94 €	165 €	23 €	110 €	140 €
Costi Speciali	18.714 €	4.753 €	4.803 €	1.734 €	1.274 €	4.023 €	2.095 €
Costi comuni	4.644 €						
Costo Totale	23.358 €						

Il costo standard: un esempio

DRG	404-Linfoma e leucemia non acuta senza CC
Diagnosi principale	20300-Mieloma multiplo, senza menzione di remissione
Ricovero	Day Hospital (6,1 giornate di accesso)

Voci di costo	Importi
Personale medico	581,1
Altro personale	446,7
Farmaci	3.745,1
Servizi da altri reparti	803,7
Altri costi	1.341,5
Totale costi pieni	6.918,3

Il costo per episodio di ricovero

Diagnosi	20500-Leucemia mieloideacutasz. menzione remissione; V5811-Chemioterapiaantineoplastica
Procedure	4131-biopsiamidollo osseo; 8897-Risonanza magneticanucleare di altri sedi non specificate
Totale gg.	52

Voci di costo / attività	Importi
Personale medico	6.953,41
Altro personale	6.394,54
Farmaci	16.133,15
Servizi da altri reparti	6.101,08
Altri costi	18.440,76
Totale costi episodio di ricovero	54.022,94

L'utilizzo dei costi standard: tra benchmark e benchmarking

Gli **SCOPI** per cui i CS sono calcolati sono i seguenti:

1. La possibilità di **calcolare il VALORE DELLA PRODUZIONE**, o benchmark; ovvero sia il costo atteso per un determinato livello di mix produttivo. **«QUANTO DOVREBBE COSTARE?»**
2. L'opportunità di procedere, appunto, ad una **valutazione gestionale** finalizzato alla definizione di un processo di benchmarking che evidenzi:
 - *Efficienza operativa*, nel rapporto benchmark e costi;
 - *Efficacia gestionale*, nel rapporto tra benchmark di differenti periodi.

Tabella 2.58 - Ambiti di utilizzo dei Costi Standard

Campi di impiego dei Costi Standard attraverso:	Benchmark (valore della produzione)	Benchmarking (scostamento tra benchmark e tra benchmark e costi)
Scopi specifici	<ul style="list-style-type: none"> – Quantificazione obiettivi gestionali – Pianificazione attività – Definizione tariffe 	<ul style="list-style-type: none"> – Valutazioni di convenienza economica – Controllo dei costi
Scopi comuni a benchmark e benchmarking	<ul style="list-style-type: none"> – Ripartire le risorse tra strutture (Regioni, Aziende, Unità di diagnosi e cura) – Formulare progetti gestionali – Supportare la programmazione aziendale – Elaborare/monitorare budget – «Modellare» nuove strutture – Effettuare simulazioni strategico-gestionali (HMG) per disegnare scenari futuri e cambiamenti organizzativi – Supportare i sistemi di valutazione del personale e di determinazione delle incentivazioni 	

Gli indicatori di benchmarking sono ricollegabili alle valutazioni di convenienza economica ed al controllo dei costi.

L'utilizzo dei costi standard: tra benchmark e benchmarking

Gli **Standard di Costo** rappresentano uno **strumento** molto **rilevante** per le **politiche sanitarie**, ovvero per **sviluppare indirizzi** e **realizzare azioni** per le istituzioni deputate a produrre **effetti sulla salute** della popolazione.

In tal senso il benchmarking può rivolgersi a:

- **PRESTAZIONE/PRODOTTO**
- **PAZIENTE** che ne usufruisce

Tabella 2.59 - Determinazione dei benchmark sulla base dei Costi Standard analitici per prestazione (esempio)

Prestazione	Dati/indicatori	Personale (P)	Materiali (M)	Altri costi (A)	TOTALI (P+M+A)
Tipo A	N° unità		150		
	Costo Standard	50	300	40	
	Benchmark	7.500	45.000	6.000	58.500
Tipo B	N° unità		400		
	Costo Standard	120	50	80	
	Benchmark	48.000	20.000	32.000	100.000
BENCHMARK TOTALI		55.500	65.000	38.000	158.500

Tabella 2.60a - Analisi di benchmarking sulla base dei Costi Standard analitici per prestazione (esempio)

Prestazione	Dati/indicatori	Personale (P)	Materiali (M)	Altri costi (A)	TOTALI (P+M+A)
Tipo A	N° unità		150		
	Costo Standard	50	300	40	
	Benchmark	7.500	45.000	6.000	58.500
	Costi sostenuti	9.000	40.000	8.000	57.000
	Benchmarking	-1.500	+5.000	-2.000	+1.500
Tipo B	N° unità		400		
	Costo Standard	120	50	80	
	Benchmark	48.000	20.000	32.000	100.000
	Costi sostenuti	46.500	22.000	36.000	104.500
	Benchmarking	+1.500	-2.000	-4.000	-4.500
TOTALI	Benchmarking	+0	+3.000	-6.000	-3.000

L'utilizzo dei costi standard: tra benchmark e benchmarking

Tabella 2.60b - Report annuale di benchmarking dei Servizi di Salute Mentale dell'HRG «Disturbi psicotici» (n° assistiti: 146)

Aggregazioni di costo	Costi (C)	Benchmark (B)	Benchmarking (B-C)
Personale medico	101.563	109.552	+7.989
Altro personale laureato	10.960	7.322	-3.638
Personale tecnico	67.300	61.022	-6.278
Pers. infermieristico	132.470	148.003	+15.533
Altre figure professionali	132.557	129.227	-3.330
Farmaci/presidi sanitari	42.730	37.188	-5.542
Altri costi diretti	152.421	149.235	-3.186
Quota costi comuni	125.339	125.992	+653
Totale costi pieni	765.340	767.541	+2.201

L'utilizzo dei costi standard: tra benchmark e benchmarking

Tabella 2.68 - Costi pieni per centro di attività

Risorsa/attività	TOTALI	Degenza	DH	Ambulat.	Territorio
Medici	1.485.000	450.000	225.000	420.000	390.000
Altro personale	3.465.000	1.440.000	225.000	450.000	1.350.000
Farmaci/disposan.	2.000.000	500.000	200.000	400.000	900.000
Costi di struttura	3.050.000	960.582	294.373	502.316	1.292.730
TOTALI	10.000.000	3.350.582	944.373	1.772.316	3.932.730

Questa colonna rappresenta il Benchmark generale per l'azienda

Tabella 2.70e - Benchmarking complessivi dell'azienda per risorsa/attività

Risorse	Benchmark (A)	Costi (B)	Benchmarking (C=A-B)	% C su A
Medici	1.343.000	1.485.000	-142.000	-11%
Altro personale	3.133.000	3.465.000	-332.000	-11%
Farmaci/dispositivi sanitari	2.032.500	2.000.000	+32.500	+2%
Costi di struttura	2.576.350	3.050.000	-473.650	-17%
TOTALI	9.020.550	10.000.000	-915.150	-10%

L'azienda, nel suo primo Trimestre, ha speso **915.150 €** in più di quanto avrebbe dovuto

L'utilizzo dei costi standard: tra benchmark e benchmarking

Tabella 2.69a - Benchmark dell'attività Degenza

Risorse/output	drgA	drgB	drgC	Totali
Medici	150.000	220.000	130.000	500.000
Altro personale	525.000	500.000	455.000	1.480.000
Farmaci/dispositivi sanitari	210.000	130.000	260.000	600.000
Costi di struttura	354.000	255.000	338.000	947.000
Totali Benchmark	1.239.000	1.105.000	1.183.000	3.527.000

A

Tabella 2.70a - Benchmarking dell'attività Degenza

Risorse	Benchmark (A)	Costi (B)	Benchmarking (C=A-B)	% C su A
Medici	500.000	450.000	+50.000	+10%
Altro personale	1.480.000	1.440.000	+40.000	+3%
Farmaci/dispositivi sanitari	600.000	500.000	+100.000	+17%
Costi di struttura	947.000	960.582	-13.582	-1%
TOTALI	3.527.000	3.350.582	+176.418	+5%

L'utilizzo dei costi standard: tra benchmark e benchmarking

Tabella 2.69d - Benchmark dell'attività Territorio

Risorse/output	drgA	drgB	drgC	Totali
Medici	54.000	22.500	240.000	316.500
Altro personale	81.000	45.000	1.100.000	1.226.000
Farmaci/dispositivi sanitari	720.000	7.200	20.000	747.200
Costi di struttura	180.000	270.000	600.000	1.050.000
Totali Benchmark	1.035.000	344.700	1.960.000	3.339.700

A

Tabella 2.70d - Benchmarking dell'attività Territorio

Risorse	Benchmark (A)	Costi (B)	Benchmarking (C=A-B)	% C su A
Medici	316.500	390.000	-73.500	-23%
Altro personale	1.226.000	1.350.000	-124.000	-10%
Farmaci/dispositivi sanitari	811.500	900.000	-88.500	-11%
Costi di struttura	1.050.000	1.292.730	-242.730	-23%
TOTALI	3.384.000	3.932.730	-548.730	-16%

Il processo di analisi gestionale o di benchmarking economico-sanitario secondo la logica del Clinical Costing

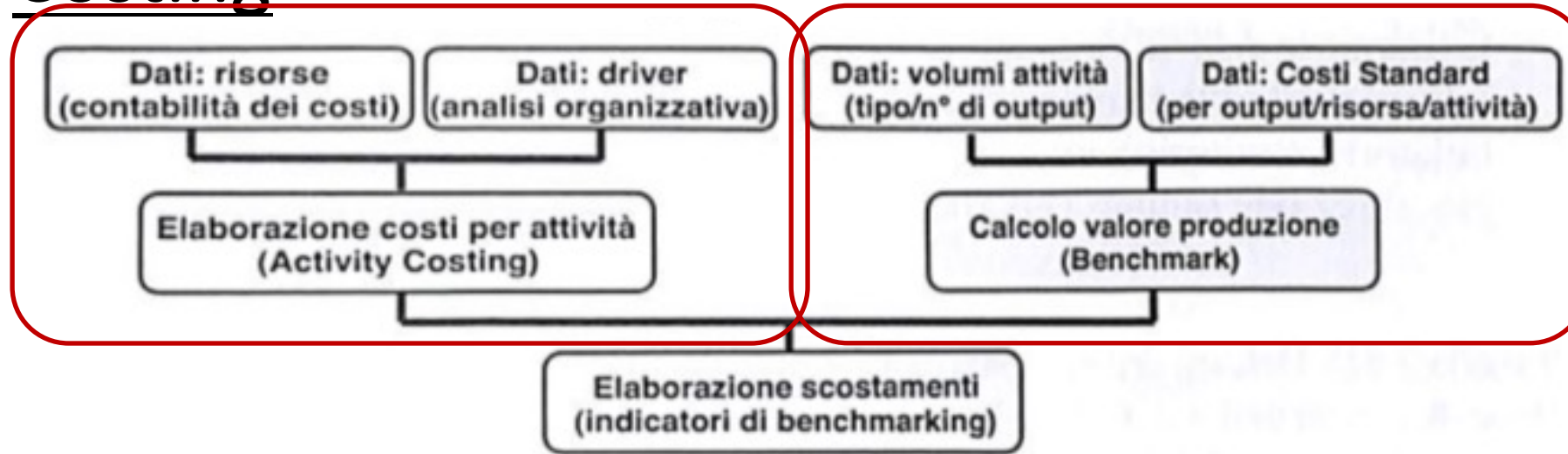


Tabella 2.65 - I dati «minimali» per l'analisi gestionale

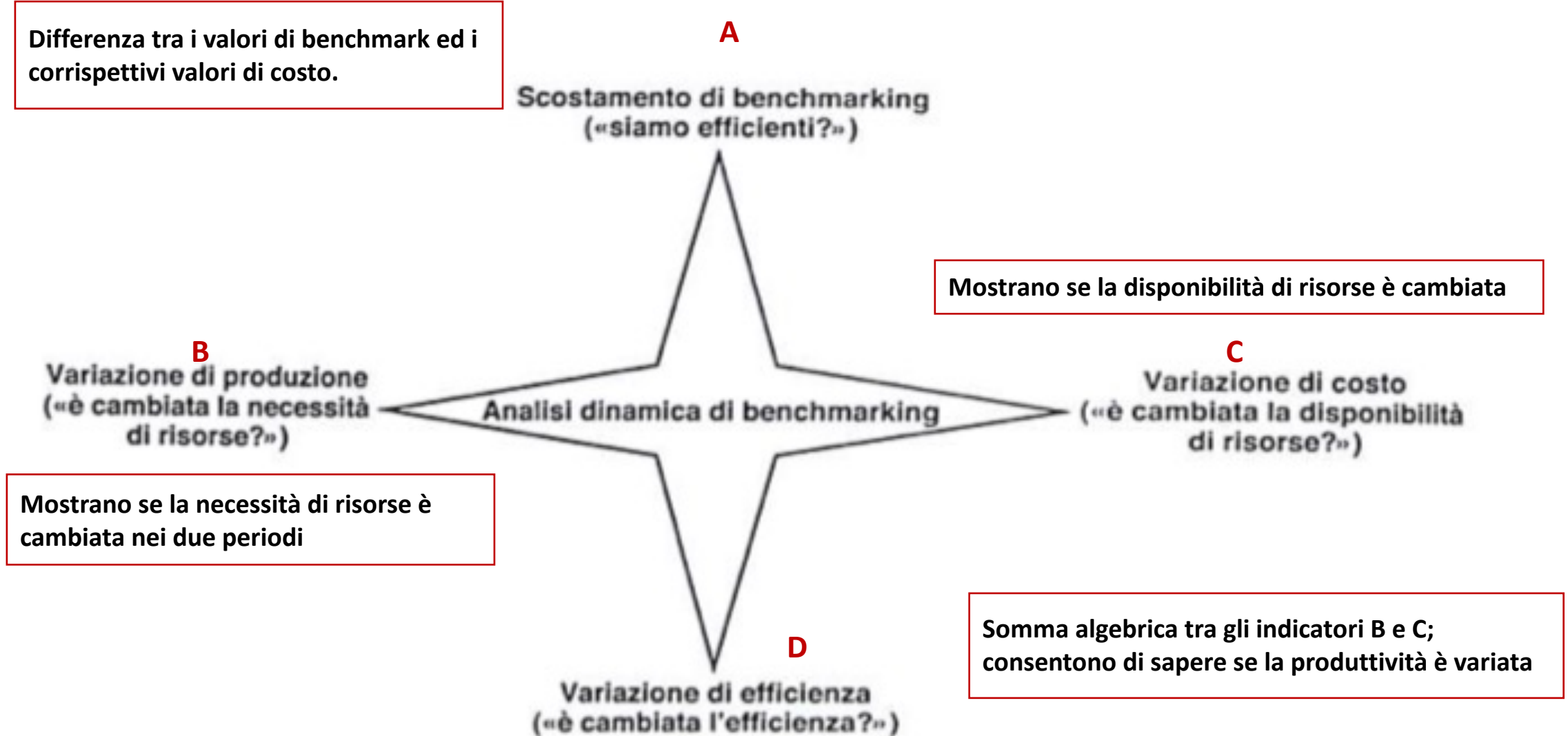
Dati relativi a:	Contenuti
Risorse	Importi economici per i fattori produttivi dell'azienda
Activity driver	«Pesi» per ripartire i fattori produttivi tra centri di attività
Volumi di attività	Tipo e numero di output per centri di attività
Costi Standard	Valori analitici per tipologia di output/fattore produttivo relativi ad una unità di output

La valutazione del cambiamento gestionale attraverso le analisi di benchmarking

Figura 2.16 - Il processo di analisi dinamica di benchmarking



Bussola Gestionale



Analisi delle variazioni di produzione

A

B

Tabella 2.73a - Confronto tra i volumi di output I e II trimestre

Output	I trim. (A)	II trim. (B)	Differenza B-A (C)	% di C su A
drgA	150	160	+10	+7%
drgB	200	198	-2	-1%
drgC	650	550	-100	-15%
<i>Totale degenza</i>	<i>1.000</i>	<i>908</i>	<i>-92</i>	<i>-9%</i>
dhA	100	140	+40	+40%
dhB	400	450	+50	+13%
dhC	2.600	2.550	-50	-2%
<i>Totale DH</i>	<i>3.100</i>	<i>3.140</i>	<i>40</i>	<i>1%</i>
ambA	200	300	+100	+50%
ambB	400	500	+100	+25%
ambC	70.000	71.000	+1.000	+1%
<i>Totale ambulat.</i>	<i>70.600</i>	<i>71.800</i>	<i>+1.200</i>	<i>+2%</i>
hrgA	180	192	+12	+7%
hrgB	900	900	0	0%
hrgC	20.000	20.000	0	0%
<i>Totale Territorio</i>	<i>21.080</i>	<i>21.092</i>	<i>+12</i>	<i>+0,1%</i>

Analisi delle variazioni di produzione

A B

Tabella 2.73a - Confronto tra i volumi di output I e II trimestre

Output	I trim. (A)	II trim. (B)	Differenza B-A (C)	% di C su A
drgA	150	160	+10	+7%
drgB	200	198	-2	-1%
drgC	650	550	-100	-15%
Totale degenza	1.000	908	-92	-9%

Tabella 2.73b - Confronto per linea di attività tra i benchmark del I e II trimestre

Linee di attività	I trim. (A)	II trim. (B)	Variazione (C=B-A)	% di C su A
Degenza	3.527.000	3.416.550	-110.450	-3,1%
DH	926.250	995.670	+69.420	+7,5%
Ambulatorio	1.227.600	1.345.100	+117.500	+9,6%
Territorio	3.404.000	3.473.000	+69.000	+2,0%
TOTALI	9.084.850	9.230.320	+145.470	+1,6%

Tabella 2.73c - Confronto tra benchmark del I e II trimestre

Aggregazioni di risorse	I trim. (A)	II trim. (B)	Variazione (C=B-A)	% di C su A
Medici	1.343.000	1.356.400	+13.400	+1,0%
Altro personale	3.133.000	3.124.800	-8.200	-0,3%
Farmaci/dispositivi san.	2.032.500	2.134.700	+102.200	+5,0%
Costi di struttura	2.576.350	2.614.420	+38.070	+1,5%
TOTALI	9.084.850	9.230.320	+145.470	+1,6%

Tabella 2.73d - Confronto tra benchmark I-II trimestre per «Medici»

Linee di attività	I trim. (A)	II trim. (B)	Variazione (C=B-A)	% di C su A
Degenza	500.000	487.800	-12.200	-2,4%
DH	216.500	224.500	+8.000	+3,7%
Ambulatorio	310.000	324.000	+14.000	+4,5%
Territorio	316.500	320.100	+3.600	+1,1%
TOTALI	1.343.000	1.356.400	+13.400	+1,0%

Tabella 2.73f - Confronto tra benchmark I-II trimestre per «Farmaci/dispositivi sanitari»

Linee di attività	I trim. (A)	II trim. (B)	Variazione (C=B-A)	% di C su A
Degenza	600.000	572.700	-27.300	-4,6%
DH	295.000	324.500	+29.500	10,0%
Ambulatorio	326.000	378.000	+52.000	16,0%
Territorio	811.500	859.500	+48.000	+5,9%
TOTALI	2.032.500	2.134.700	+102.200	+5,0%

Tabella 2.73g - Confronto tra benchmark I-II trimestre per «Costi di struttura»

Linee di attività	I trim. (A)	II trim. (B)	Variazione (C=B-A)	% di C su A
Degenza	947.000	916.050	-30.950	-3,3%
DH	213.750	229.770	+16.020	+7,5%
Ambulatorio	365.600	406.600	+41.000	+11,2%
Territorio	1.050.000	1.062.000	+12.000	+1,1%
TOTALI	2.576.350	2.614.420	+38.070	+1,5%

Analisi delle variazione di costo

C

Le analisi di **variazione dei costi** mettono in luce i cambiamenti intervenuti tra diversi periodi in merito alla **disponibilità di risorse** in termini di **costi complessivi** e di **costi per linee di produzione**.

Tabella 2.74a - Confronto tra i costi complessivi per aggregazione di risorse del I e del II trimestre

Aggregazioni di risorse	I trim. (A)	II trim. (B)	Variazione (C=B-A)	% di C su A
Medici	1.485.000	1.465.200	-19.800	-1,3%
Altro personale	3.465.000	3.337.500	-127.500	-3,7%
Farmaci/dispositivi san.	2.000.000	2.100.000	+100.000	+5,0%
Costi di struttura	3.050.000	3.027.300	-22.700	-0,7%
TOTALI	10.000.000	9.930.000	-70.000	-0,7%

N.B. Questo è il valore trovato in precedenza come costo confrontato al Benchmark mensile vedi Slide 44

Tra il TRIM 1 ed il TRIM 2, la riduzione dei costi per 70.000 è causata principalmente da:

- Contrazione costi attività sul **Territorio**;
- Moderato Incremento costi delle linee di produzione **Ambulatorio** e **Degenza**;
- Incremento costi per **Day Hospital**;

Analisi delle variazioni di produzione

A

B

Tabella 2.73a - Confronto tra i volumi di output I e II trimestre

Output	I trim. (A)	II trim. (B)	Differenza B-A (C)	% di C su A
drgA	150	160	+10	+7%
drgB	200	198	-2	-1%
drgC	650	550	-100	-15%
<i>Totale degenza</i>	<i>1.000</i>	<i>908</i>	<i>-92</i>	<i>-9%</i>
dhA	100	140	+40	+40%
dhB	400	450	+50	+13%
dhC	2.600	2.550	-50	-2%
<i>Totale DH</i>	<i>3.100</i>	<i>3.140</i>	<i>40</i>	<i>1%</i>
ambA	200	300	+100	+50%
ambB	400	500	+100	+25%
ambC	70.000	71.000	+1.000	+1%
<i>Totale ambulat.</i>	<i>70.600</i>	<i>71.800</i>	<i>+1.200</i>	<i>+2%</i>
hrgA	180	192	+12	+7%
hrgB	900	900	0	0%
hrgC	20.000	20.000	0	0%
<i>Totale Territorio</i>	<i>21.080</i>	<i>21.092</i>	<i>+12</i>	<i>+0,1%</i>

Analisi delle variazioni di costo

C

Tabella 2.74b - Confronto tra costi I-II trimestre per «degenza»

Aggregazioni di risorse	I trim. (A)	II trim. (B)	Variazione (C=B-A)	% di C su A
Medici	450.000	429.200	-20.800	-4,6%
Altro personale	1.440.000	1.424.000	-16.000	-1,1%
Farmaci/dispositivi san.	500.000	525.000	+25.000	+5,0%
Costi di struttura	960.582	1.043.218	+82.636	+8,6%
TOTALI	3.350.582	3.421.418	+70.836	+2,1%

Tabella 2.74d - Confronto tra costi I-II trimestre per «Ambulatorio»

Aggregazioni di risorse	I trim. (A)	II trim. (B)	Variazione (C=B-A)	% di C su A
Medici	420.000	473.600	+53.600	+12,8%
Altro personale	450.000	400.500	-49.500	-11,0%
Farmaci/dispositivi san.	400.000	399.000	-1.000	-0,3%
Costi di struttura	502.316	549.516	+47.200	+9,4%
TOTALI	1.772.316	1.822.616	+50.300	+2,8%

Tabella 2.74c - Confronto tra costi I-II trimestre per «Day Hospital»

Aggregazioni di risorse	I trim. (A)	II trim. (B)	Variazione (C=B-A)	% di C su A
Medici	225.000	236.800	+11.800	+5,2%
Altro personale	225.000	222.500	-2.500	-1,1%
Farmaci/dispositivi san.	200.000	273.000	+73.000	+36,5%
Costi di struttura	294.373	344.537	+50.164	+17,0%
TOTALI	944.373	1.076.837	+132.464	+14,0%

Tabella 2.74e - Confronto tra costi I-II trimestre per «Territorio»

Aggregazioni di risorse	I trim. (A)	II trim. (B)	Variazione (C=B-A)	% di C su A
Medici	390.000	325.600	-64.400	-16,5%
Altro personale	1.350.000	1.290.500	-59.500	-4,4%
Farmaci/dispositivi san.	900.000	903.000	+3.000	+0,3%
Costi di struttura	1.292.730	1.090.029	-202.701	-15,7%
TOTALI	3.932.730	3.609.129	-323.601	-8,2%

Analisi delle variazioni di Efficienza

D

Le analisi di variazione dei costi mettono in luce i cambiamenti intervenuti tra diversi periodi in merito alla disponibilità di risorse in termini di costi complessivi e di costi per linee di produzione.

Tabella 2.75a - Report di analisi della variazione di efficienza per aggregazione di risorse

Aggregazioni di risorse	Scostamento benchmarking	Variazione produzione	Variazione costo	Variazione efficienza
Medici	-108.800	+13.400	-19.800	+33.200
Altro pers.	-212.700	-8.200	-127.500	+119.300
Farm./disp.	34.700	+102.200	100.000	+2.200
Costi struttura	-412.880	+38.070	-22.700	+60.770
TOTALI	-699.680	145.470	-70.000	+215.470

-699.680€ =

**9.230.320 € (Benchmark II Trim.) –
9.930.000 € (Costi effettivi II Trim)**

Sebbene nel II Trim l'azienda ha speso di più rispetto al suo Benchmark generale, ha comunque migliorato la propria efficienza in confronto al Primo trimestre

Tabella 2.73b - Confronto per linea di attività tra i benchmark del I e II trimestre

Linee di attività	I trim. (A)	II trim. (B)	Variazione (C=B-A)	% di C su A
Degenza	3.527.000	3.416.550	-110.450	-3,1%
DH	926.250	995.670	+69.420	+7,5%
Ambulatorio	1.227.600	1.345.100	+117.500	+9,6%
Territorio	3.404.000	3.473.000	+69.000	+2,0%
TOTALI	9.084.850	9.230.320	+145.470	+1,6%

Tabella 2.74a - Confronto tra i costi complessivi per aggregazione di risorse del I e del II trimestre

Aggregazioni di risorse	I trim. (A)	II trim. (B)	Variazione (C=B-A)	% di C su A
Medici	1.485.000	1.465.200	-19.800	-1,3%
Altro personale	3.465.000	3.337.500	-127.500	-3,7%
Farmaci/dispositivi san.	2.000.000	2.100.000	+100.000	+5,0%
Costi di struttura	3.050.000	3.027.300	-22.700	-0,7%
TOTALI	10.000.000	9.930.000	-70.000	-0,7%

Analisi delle variazioni di Efficienza

D

Le analisi di variazione dei costi mettono in luce i cambiamenti intervenuti tra diversi periodi in merito alla disponibilità di risorse in termini di costi complessivi e di costi per linee di produzione.

Tabella 2.75a - Report di analisi della variazione di efficienza per aggregazione di risorse

Aggregazioni di risorse	Scostamento benchmarking	Variazione produzione	Variazione costo	Variazione efficienza
Medici	-108.800	+13.400	-19.800	+33.200
Altro pers.	-212.700	-8.200	-127.500	+119.300
Farm./disp.	34.700	+102.200	100.000	+2.200
Costi struttura	-412.880	+38.070	-22.700	+60.770
TOTALI	-699.680	145.470	-70.000	+215.470

Tabella 2.75c - Report di analisi della variazione di efficienza per la linea di attività «Degenza»

Aggregazioni di risorse	Scostamento benchmarking	Variazione produzione	Variazione costo	Variazione efficienza
Medici	+58.600	-12.200	-20.800	+8.600
Altro pers.	+16.000	-40.000	-16.000	-24.000
Farm./disp.	+47.700	-27.300	+25.000	-52.300
Costi struttura	-127.168	-30.950	+82.636	-113.586
TOTALI	-4.868	-110.450	+70.836	-181.286

Tabella 2.75b - Report di analisi della variazione di efficienza per linea di attività o di produzione

Linee di attività	Scostamento benchmarking	Variazione produzione	Variazione costo	Variazione efficienza
Degenza	-4.868	-110.450	+70.836	-181.286
DH	-81.167	+69.420	+132.464	-63.044
Ambulatorio	-477.516	+117.500	+50.300	+67.200
Territorio	-136.129	+69.000	-323.601	+392.601
TOTALI	-699.680	145.470	-70.000	+215.470

Tabella 2.75f - Report di analisi della variazione di efficienza per la linea di attività «Territorio»

Aggregazioni di risorse	Scostamento benchmarking	Variazione produzione	Variazione costo	Variazione efficienza
Medici	-5.500	+3.600	-64.400	+68.000
Altro pers.	-59.100	+5.400	-59.500	+64.900
Farm./disp.	-43.500	+48.000	+3.000	-45.000
Costi struttura	-28.029	+12.000	-202.701	+214.701
TOTALI	-136.129	+69.000	-323.601	+392.601

Applicazione dei Costi Standard al Paziente

Quelle viste fino ad ora, rappresentano delle modalità «tradizionali» di applicazione dei Costi Standard.

Tuttavia:

Tabella 2.77 - Episodi di ricovero ordinari aventi lo stesso DRG (esempio)

Episodi di ricovero	Caso A	Caso B
Diagnosi	Tumori maligni polmone; altre patologie success. all'intervento chirurgico; malattia renale cronica; bronchite cronica ostruttiva con esacerbazione	Altre patologie trachea e bronchi
Procedure	Lobectomia polmone; toracosopia transpleurica; inserzione drenaggio intercost.; rimozione tubo toracotomia	Broncoscopia con fibre ottiche
Giornate di ricovero	16 (9 in Chirurgia, 7 in rianimazione)	14 in Pneumologia
Costi per attività	Importi (€)	Importi (€)
Degenza in reparto	6.921	6.522
Degenza in rianimazione	14.235	0
Sala operatoria	8.922	0
Altri costi	3.524	1.862
Totale costi (C)	33.602	8.384
Costo Standard (CS)	11.961	
Benchmarking (B=CS-C)	-21.641	+3.577
% B su CS	-181%	+30%

In tal caso saremmo portati a concludere che il **Caso A** presenta un notevole grado di inefficienza, rispetto all'efficiente **Caso B**.

Ciò è imputabile al fatto che gli standard di costo siano calcolati su una **base di media ponderata**. Ciò comporta:

- di **annullare il peso di ogni singolo episodio di cura**, «costringendolo» al paragone con un unico valore.
- di **limitare l'equità nella valutazione del finanziamento delle aziende**, penalizzando quelle con pazienti più complessi e gravi.

I problemi precedenti possono essere risolti adottando CS distinti per tipologia di ricovero e specialità.

Applicazione dei Costi Standard al Paziente

Non sono i costi dei ricoveri ad essere sbagliati; è il **modo di determinare il benchmark** ad essere **errato**.

Il **benchmark** non va determinato moltiplicando un medesimo valore per i volumi di produzione; ma **va determinato unbundling**, ovvero applicando i costi standard per attività ad ogni singolo episodio di ricovero.

Tabella 2.78 - Costi Standard analitici per attività/DRG

Costi Standard per attività (CS)	Importo
Degenza di II livello	6.000 euro
Degenza di I livello	1.000 euro
Sala operatoria	4.000 euro
Totale Costi Standard	11.000 euro
Standard tecnico: Giornate degenza I livello	0.5 gg.
Standard tecnico: % Operati in sala operatoria	80%
Costi Standard Unbundling per attività (CS * standard tecnico)	
Degenza di I livello (per giornata)	2.000 euro
Sala operatoria (per paziente operato in sala operatoria)	5.000 euro

Tabella 2.79 - Differenze nel percorso di ricovero tra due episodi di ricovero avvenuti lo stesso DRG

Elementi caratterizzanti il percorso di cura	Episodio X	Episodio Y
Giornate di degenza di I livello (rianimazione)	1 gg.	10 gg.
Paziente operato in sala operatoria	NO	SÌ

Tabella 2.80 - Determinazione dei benchmark per episodio di ricovero

Benchmark Unbundling	Episodio di ricovero X	Episodio di ricovero Y
Degenza di II livello	6.000	6.000
Degenza di I livello	2.000 (= 1 gg. * 2.000)	20.000 (= 10 gg. * 2.000)
Sala operatoria	0	5.000
Benchmark totale	8.000	31.000

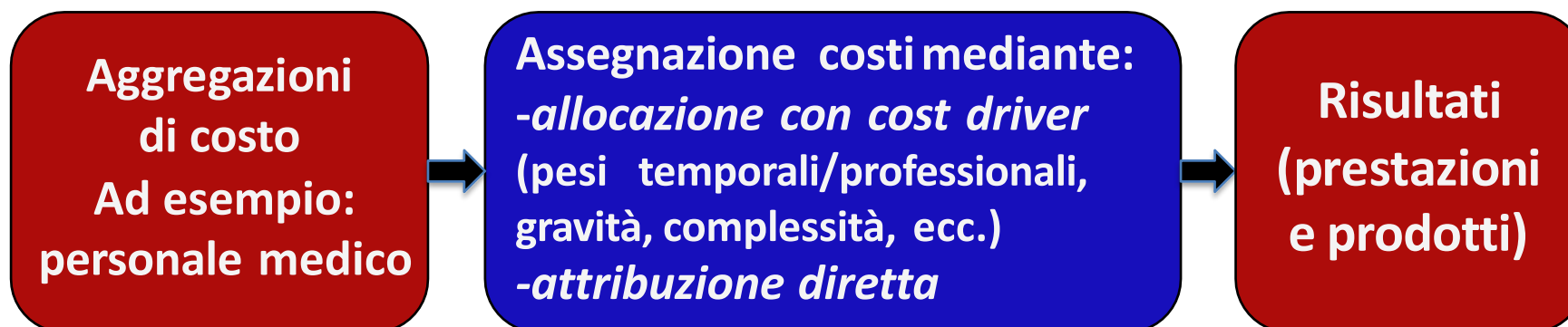
Esempio:

Calcolo di un Costo Standard mediante logica ABC

Health Activity-based Costing (HABC)

Tecnica per la determinazione dei costi per prestazione/prodotto/utente mediante la ripartizione delle risorse secondo la logica per attività

Si realizza collegando le risorse con i risultati (prestazioni/prodotti) attraverso delle determinanti di costo (cost driver o pesi analitici) per tipologia di risorsa/attività



Metodo “generico”(gross costing)

Unità diagnosi e cura:

Elementi	Spesa	N° prestazioni	Costo unitario
Totali	2.470.000	350.000	7,06

Problema:
tutte le prestazioni
presentano lo stesso
costo unitario

Prestazioni	Costo unitario
Visita specialistica	7,06
Gruppo ABO	7,06
Ricerca genomica	7,06
Altre prestazioni	7,06

Activity-based Costing (ABC)

Fase 1: individuazione elementi per la determinazione dei costi

Individuazione risultati

Prestazioni	N°
Visita specialistica	24.000
Gruppo ABO	95.000
Ricerca genomica	1.000
Altre prestazioni	230.000
<i>Totale prestazioni</i>	<i>350.000</i>

Individuazione risorse

Risorse	Importi (€)
Medici	320.000
Altro personale	1.200.000
Materiali	950.000
<i>Totale risorse</i>	<i>2.470.000</i>

Individuazione Cost Driver attraverso un sistema di pesi

Prestazioni/Risorse	Medico	Altro pers.	Materiali
Visita specialistica	12,0	0,1	0,0
Gruppo ABO	0,2	1,8	2,1
Ricerca genomica	1,3	25,0	154,0
Altre prestazioni	0,2	4,2	2,0

Activity-based Costing (ABC)

Fase 2: determinazione costi con pesi analitici

ESEMPIO: Determinazione costi per risorsa con pesi analitici : Personale medico

Prestazioni	N°	Driver	Totali	%le	Costi allocati (€)	Costo unitario (€)
Visita specialistica	24.000	12,0	288.000	81,29%	260.119	10,84
Gruppo ABO	95.000	0,2	19.000	5,36%	17.161	0,18
Ricerca genomica	1.000	1,3	1.300	0,37%	1.174	1,17
Altre prestazioni	230.000	0,2	46.000	12,98%	41.547	0,18
Totale driver	350.000		354.300	100,00%	320.000	<b style="color: red;">0,91

ESEMPIO: Determinazione costi per risorsa con pesi analitici: Altro Personale

Prestazioni	N°	Driver	Totali	%le	Costi allocati (€)	Costo unitario (€)
Visita specialistica	24.000	0,1	2.400	0,21%	2.473	0,10
Gruppo ABO	95.000	1,8	171.000	14,69%	176.228	1,86
Ricerca genomica	1.000	25	25.000	2,15%	25.764	25,76
Altre prestazioni	230.000	4,2	966.000	82,96%	995.534	4,33
Totale driver	350.000		1.164.400	100,00%	1.200.000	<b style="color: red;">3,43

Activity-based Costing (ABC)

Fase 2: determinazione costi con pesi analitici

Determinazione costi per risorsa con pesi analitici: materiali

Prestazioni	N°	Driver	Totali	%le	Costi allocati (€)	Costo unitario (€)
Visita specialistica	24.000	0	0	0,00%	0	0,00
Gruppo ABO	95.000	2,1	199.500	24,52%	232.975	2,45
Ricerca genomica	1.000	154	154.000	18,93%	179.840	179,84
Altre prestazioni	230.000	2	460.000	56,55%	537.185	2,34
Totale driver	350.000		813.500	100,00%	950.000	2,71

Determinazione costi unitari totali per prestazione

Prestazioni	Medico	Altro pers.	Materiali	Totali
Visita specialistica	10,84	0,10	0,00	10,94
Gruppo ABO	0,18	1,86	2,45	4,49
Ricerca genomica	1,17	25,76	179,84	206,78
Altre prestazioni	0,18	4,33	2,34	6,84
Media totale	0,91	3,43	2,71	7,06

Fase 2-bis: determinazione costi

Determinazione costi Standard con pesi generici

Prestazioni/Driver	Medico	Altro pers.	Materiali	Peso generico
Visita specialistica	12,0	0,1	0,0	12,1
Gruppo ABO	0,2	1,8	2,1	4,1
Ricerca genomica	1,3	25,0	154,0	180,3
Altre prestazioni	0,3	5,0	3,0	8,3

Prestazioni	N°	Driver	Totali	%le	Costi allocati (€)	Costo unitario (€)
Visita specialistica	24.000	12,1	290.400	10,49%	259.024	10,79
Gruppo ABO	95.000	4,1	389.500	14,07%	133.622	1,41
Ricerca genomica	1.000	180,3	180.300	6,51%	61.854	61,85
Altre prestazioni	230.000	8,3	1.909.000	68,94%	654.900	2,85
Totale driver	350.000		2.769.200	100,00%	2.470.000	7,06

La problematica della differenza tra pesi analitici e peso generico

Differenza tra i due metodi sugli importi del costo medio unitario

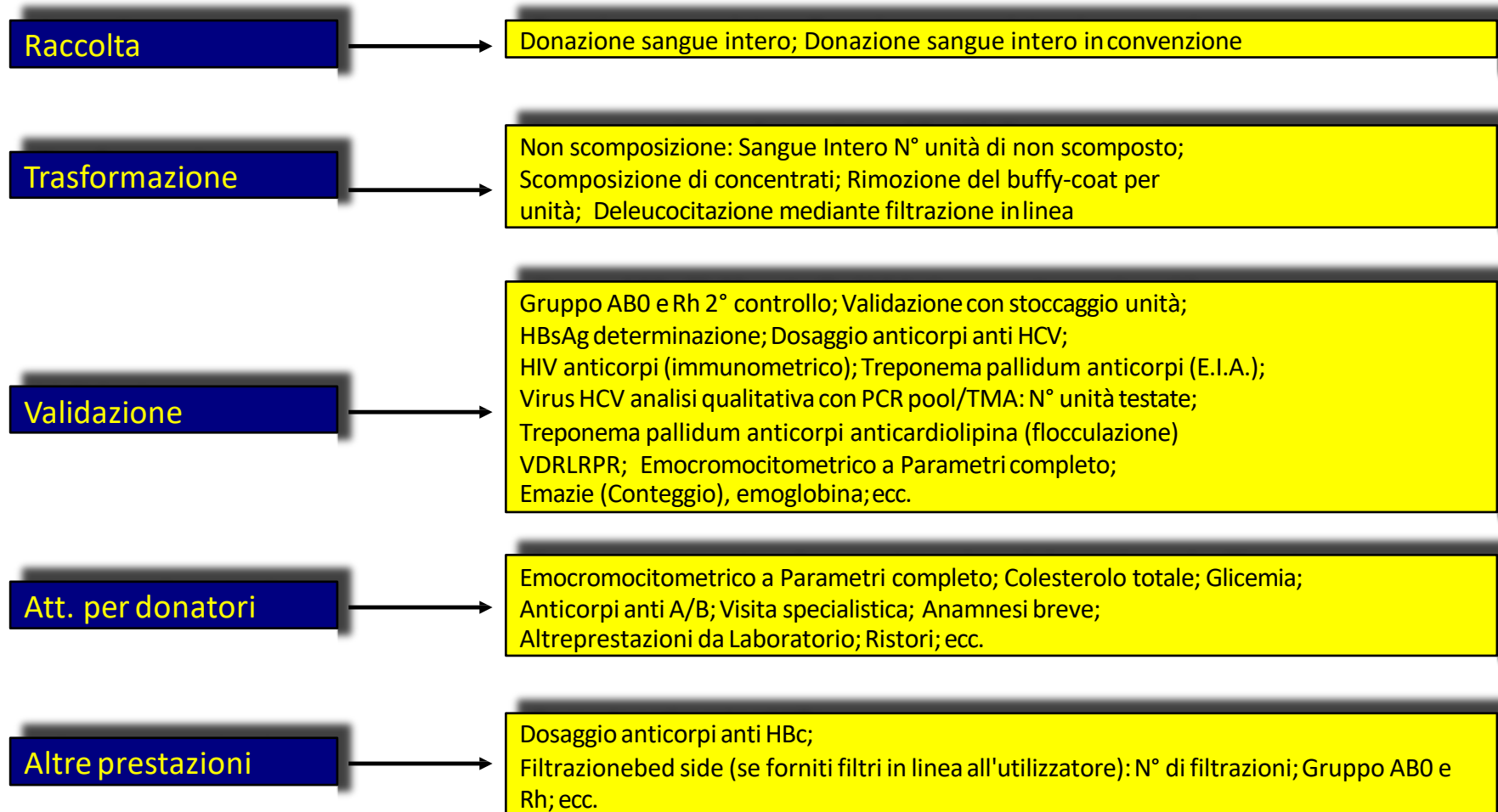
Prestazioni	Generico	Analitico
Visita specialistica	10,79	10,94
Gruppo ABO	3,66	4,49
Ricerca genomica	160,82	206,78
Altre prestazioni	7,40	6,84
Media totale	7,06	7,06

Activity-based Costing e costi standard nella medicina trasfusionale

“Percorso” del prodotto (concentrato eritrocitario)

Fasi

Prestazioni



Activity-based Costing e costi standard nella medicina trasfusionale

Costo per prodotto (esempio)

Concentrato eritrocitario (91.240prodotti)

ATTIVITA'/PROCESSO	COSTI		N° prestazioni	
	Totali	Media unit.	Totali	Media
1-Raccolta	5.513.692	60,43	92.489	1,0
2-Trasformazione	580.991	6,37	91.240	1,0
3-Validazione	4.239.475	46,47	721.006	7,9
4-Altri costi produzione	680.818	7,46	111.328	1,2
5-Attività per donatori	3.940.300	43,19	838.913	9,2
A-COSTI SPECIFICI (1+2+3+4+5)	14.955.275	163,91	1.854.977	20,3
B-Costi comuni	3.290.161	36,06		
C-COSTI PIENI (A+B)	18.245.436	199,97		

Bibliografia

- Albergo Francesco e Pasdera Alberto (a cura di). Il controllo costi in un'azienda sanitaria dalla contabilità analitica ai costi standard. Guerini Next, 2017. Capitolo 2.