

Innovazioni nell'impiego dei costi standard in Sanità

Udine, 24 ottobre 2016

Alberto Pasdera



Le innovazioni sui costi standard sono da mettere in relazione ai problemi nella valorizzazione dell'attività

I problemi su standard, pesi e tariffe per output, non risiedono nei DRG (esempio) in quanto tali, ma nel modo di impiegarli

Il problema essenziale è come tener conto, nella valorizzazione dell'attività, delle possibili rilevanti diversità tra episodi di ricovero "all'interno" di uno stesso DRG

Episodi di ricovero aventi lo stesso DRG (DRG75-Interventi maggiori su torace)

SDO

Ricovero A: Chirurgia

Ricovero B: Pneumologia

Diagnosi	tumori maligni polmone; altre patol. succ. interv. chir.; malattia renale cronica; bronchite cronica ostrutt. con esacerbazione	Altre patologie trachea e bronchi
Procedure	Lobectomia polmone; toracosopia transpleurica; inserzione drenaggio intercostale, ecc.	Broncoscopia con fibre ottiche
Giornate di ricovero	14 (5 in chirurgia e 9 in rianimazione)	14 in pneumologia

COSTI ATTIVITA'	Importi (€) ricovero A	Importi (€) ricovero B
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)	12.000	12.000
Benchmarking (B=CS-C)	-21.602	+3.616

Problemi nell'utilizzazione degli standard

Più in generale i problemi connessi a tariffe/costi standard/pesi dei DRG (come di tutte le altre attività tariffate in Sanità) sono:

1-“Costringere” il paziente in un DRG: la realtà dei singoli percorsi di ricovero “all’interno” di un DRG viene annullata

2-Difficoltà/impossibilità di tener conto dell’innovazione

3-Problemi di equità nella valutazione e nel finanziamento delle aziende; vengono colpite quelle con pazienti più gravi e complessi

D’altro canto vi è la necessità di:

-assicurare regole certe ed applicabili per finanziare le attività
-non stravolgere il sistema e garantirne la sostenibilità economica

Soluzioni ai problemi gestionali dei DRG

Si è cercato di: 1-modificare/ampliare la tipologia dei DRG
2-aggiungere/correggere ad hoc “a vista” gli importi di alcuni DRG

ma “i risultati sono stati deludenti con conseguenze negative sulla qualità delle decisioni” (“Each Patient Counts”, Montréal 2011)

3-istituire standard per tipologia di dimissione (ematologia, pediatria, ecc.)
4-Impiegare il sistema degli standard analitici (unbundling) **da applicare non ai volumi di produzione ma al singolo paziente** per definire tariffe/pesi/benchmark adeguati e “sostenibili”

Considerazione importante sugli standard analitici

“... ove sono stati applicati hanno funzionato, ovvero hanno migliorato la valorizzazione economica delle attività e la correttezza delle decisioni” (ABF Conference, Royal College, Dublino, 2015)

Esempio di applicazione dei costi standard unbundling (stesso DRG)

Indicatori tecnici	Ricovero A	Ricovero B
Degenza II° livello(reparto)	sì	sì
Degenza I° livello(rianimazione)	0 gg.	9 gg.
Sala operatoria	no	sì

Costo standard analitico degenza II° livello	6.000 a ricovero	
Costo standard analitico degenza I° livello	2.000 a gg.	
Costo standard analitico sala operatoria	9.000 per paziente operato	

Benchmark degenza II° liv.	6.000	6.000
----------------------------	-------	-------

Benchmark degenza I° liv.	0gg.*2.000=0	9 gg.*2.000=18.000
---------------------------	--------------	--------------------

Benchmark sala operatoria	0	9.000
---------------------------	---	-------

Benchmark totale	6.000	33.000
-------------------------	--------------	---------------




Il problema dei pesi drg (standard “generici”)

DRG	Tariffa	Peso
211-intervento su anca e femore sz CC	4.442,05	1,7174
403-Linfoma e leucemia non acuta con CC	7.632,90	1,8616
410-Chemioterapia	1.914,42	0,7539

tariffa complessiva o peso DRG non sono dei validi strumenti allocativi, ad esempio, per i farmaci

Gli standard analitici partono da lontano ...

Med-Par File Revenue Department Factors by DRG



DRG	Oct. 1983	Routine	Special	O.R.	Lab	X-Ray	Med. Supply	Drugs	Anesthesia	Other	Tot.
172	1,23	54,3	5,04	4,25	8,8	5,30	5,21	9,7	0,62	6,78	100
173	1,05	51,3	4,56	5,65	9,2	5,72	5,21	10,7	0,85	6,81	100
174	0,93	45,8	10,9	1,82	14,5	5,70	4,61	7,4	0,19	9,08	100

**David H. Schroeder, "Toward a departmental bottom-line perspective",
in Health Care Management Review, 1989**

Esempio di costi standard analitici (N.I.San.)

DRG: 191-Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC

Tipologia ricovero: ordinario Reparto dimissione (“disciplina”): Chirurgia generale

Attività	Costi totali	Pers. Medico	Pers. Inferm.	Altro Pers.	Farmaci	Presidi sanitari	Altri costi
Degenza II° liv.	6.392	1.328	2.850	578	492	153	991
Degenza I° liv.	1.677	429	488	100	193	143	324
Sala operatoria	8.620	2.391	1.410	409	197	3.146	1.067
Laborat./radiol.	2.294	461	56	702	37	635	403
Serv. da altre u.o.	988	289	88	211	49	132	219
Costi comuni	3.992	gg. Degenza II° liv.		16,7	gg. Degenza I° liv.		0,8
Costo pieno	23.963	% operati in S.O.		100%			

Attraverso l'applicazione dei costi standard al singolo specifico paziente si può risolvere "la" dicotomia presente nella valutazione economica in Sanità:

Da un lato vi è l'esigenza di "uguaglianza" (avere standard di partenza uguali per tutti) senza però cadere nella spersonalizzazione

Dall'altro avere benchmark che tengano conto della realtà specifica del paziente senza cadere nell'autoreferenzialità

Conseguenze nel processo di elaborazione dei costi standard

I costi standard sono espressi dai costi medi ponderati di tutti gli output

Non si utilizza l'approccio di Pearson (deviazione standard) perché:

1-dal 1990 (Sharpe Miller Markovitz: Capital Asset Pricing Model) è dimostrato che comporta gravi problemi se applicato per allocare risorse in “ambienti” con risorse limitate e bisogni crescenti) in ambiti quali la Sanità pubblica (Finkler: “i pazienti più gravi non sono errori ...”)

2-La deviazione standard va applicata su un campione: i costi standard analitici prendono in esame la totalità degli output

3-escludendo “le code” accresce i problemi visti con i pesi generici. “L'obiettivo vero dei costi standard in Sanità non è quello di normalizzare la complessità ma di tener conto della complessità il più possibile” (Sutherland)

4-non è coerente con l'applicazione degli standard per paziente



I vantaggi degli standard analitici

Sono fondamentali per la **valutazione dell'efficienza e per la programmazione**

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, permette di sapere se il dato complessivo (tariffa/peso) è formulato correttamente

al contrario dei pesi generici, sono **strumenti per elaborare correttamente i costi**

essenziali per **tener conto dell'innovazione**: ad es., l'introduzione di nuovi dispositivi sanitari, può essere correttamente computato con l'unbandling: in caso contrario, le modifiche verranno fatte "a vista"

Utili per **concentrare analisi e valutazione su determinati fattori produttivi**, in modo corretto e puntuale

Sistema degli standard analitici

(Clinical costing standards, Bundled payment, Payment by results)

Definizione	Sistema di finanziamento/allocazione delle risorse (remunerazione-tariffe e/o assegnazione di risorse-activity based funding) mediante “pacchetti personalizzati” (benchmark) per utente all’interno di un quadro di compatibilità economica
Obiettivi	Porre il paziente al centro della valutazione; migliorare l’equità nella distribuzione delle risorse; contribuire allo sviluppo dell’innovazione tecnologica e dell’efficienza
Modalità	Si basa su standard unbundling (tipo ricovero/disciplina/risorsa/attività) applicati ad ogni episodio di ricovero
Debito informativo	Gli stessi dati richiesti (SDO) per la formulazione del DRG

Il N.I.San. (Network Italiano Sanitario per la condivisione dei costi Standard), fondato nel 2009, conta 33 iscritti (aziende ospedaliere, asl, regioni) di Abruzzo, Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Provincia Bolzano, Puglia, Umbria, Veneto

Il N.I.San. elabora annualmente i costi standard relativi all'attività di ricovero rispettando le regole internazionali (Clinical Costing). Nel 2016 si è giunti alla 8° edizione/elaborazione (sulla base dell'analisi di 42 ospedali)

Per "dimensione" la banca dati N.I.San. è la terza più importante in Europa (dopo Gran Bretagna e Germania)

Nei sette anni di analisi sono stati studiati 3.758.211 episodi di ricovero (acuti, riabilitazione, day hospital, day service, OBI) per un totale di 17.328.198 gg. di ricovero

