

A colloquio con Robert Kaplan: “Le prestazioni sanitarie è meglio pagarle in base agli esiti”. E i costi standard? “In sanità non esistono”

Per il professore emerito alla Harvard Business School l'attuale modello di rimborso basato sui Drg può essere superato con nuovi modelli che premiano il risultato ottenuto. E poi sollecitato sui costi standard ha detto: “In sanità esistono solamente costi variabili e non costi fissi”



10 NOV - **Robert S. (Bob) Kaplan**, Professore Emerito alla Harvard Business School, padre fondatore della moderna contabilità analitica (Activity Base Costing) e della Balanced Scorecard, mi ha chiarito, in una recente interlocuzione, la possibilità di cambiamento dell'attuale metodo di rimborso per le prestazioni sanitarie, superando la rigidità acquisita negli anni dai Drg.

Convenuto che l'attuale modello di rimborso per prestazioni sanitarie è una delle principali cause dei crescenti costi sanitari, perché premia il volume dei trattamenti e non i risultati medici prodotti, il Prof. Kaplan mi ha confermato che negli Usa, presso la Harvard University, dall'inizio 2011 è in sperimentazione un nuovo sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie, concepito insieme al Prof. **Michael Porter** e denominato Bundled Payment (BP).

Il concetto si basa su una modellizzazione dei processi sanitari e sulla metrica di valutazione degli esiti di degenza e post-degenza.

I soggetti interessati al progetto sono gli ospedali, i medici, le assicurazioni private e para-pubbliche federali (Medicare/Medicaid), consumatori sanitari e ricercatori della Harvard University. Attualmente sono allo studio solamente alcune patologie e gli interventi chirurgici del comparto ortopedico.

I membri del team hanno definito la metodologia di valutazione che inizia con il ciclo di cura, partendo dal primo appuntamento pre-operazione, e si conclude un anno dopo il giorno dell'intervento. Essi hanno convenuto che questo periodo è utile sia a valutare eventuali complicanze chirurgiche che possono emergere a breve termine e che devono essere affrontate all'interno del BP, che a misurare significativamente e complessivamente i risultati ottenuti.

Le procedure per la determinazione dei costi BP dovrebbero includere le risorse sostenute per appuntamenti pre-op, l'uso della sala operatoria e di servizi di facility dei giorni del ricovero, i costi di mano d'opera per lo staff (chirurgo, anestesista e personale di supporto) farmaci e presidi somministrati, esami di laboratorio e d'immagine oltre alla terapia fisica post-operatoria e le visite di controllo post-degenza.

Le tecniche adottate per la misurazione dei costi utilizzano il Time-driven Activity-Base Costing (TDABC) con cui viene determinato il “tasso di costo per capacità” che rappresenta il costo minuto per ogni persona ed attrezzature utilizzate nel ciclo di cura. Nei budget vengono anche calcolati i costi per lo spazio utilizzato e per tutte le risorse di supporto nel processo clinico, amministrativo e logistico.

La maggior parte del prezzo BP sarà pagato dai 30 ai 60 giorni dopo l'evento chirurgico, mentre il resto è trattenuto fino a quando il risultato sarà valutato in corrispondenza al termine dei 365 giorni. Il bundled incorpora due metriche. In primo luogo, i pagamenti saranno effettuati a ospedali e medici solamente se i pazienti avranno ottenuto una prestazione standard (buona). Se i risultati hanno superato un livello di prestazioni più ambizioso (ottimo), l'assicuratore pagherà dei bonus incrementali. Per cui è scontato che l'attività ospedaliera e medica cerchi di assicurare risultati migliori per incrementare il volume delle profittabilità a scapito di esiti scadenti e mediocri.

Per migliorare la trasparenza, ai pazienti, prima della cura e dell'intervento, viene comunicato il costo per il ciclo completo di trattamento e gli esiti prevedibili.

Richiesto al Prof. Kaplan di dare un giudizio tra questo sistema, che incorpora efficienza ed efficacia ed i Costi standard, l'interlocutore mi ha risposto indirettamente precisando alcuni concetti basilari e cioè che in sanità esistono solamente costi variabili e non costi fissi, che il costo pieno della prestazione deve essere determinato all'interno del CDR o CDC, che nessun costo fisso per prestazioni deve essere fissato per legge e che i costi sanitari variano da ospedale ed ospedale e territorio e territorio.

Mauro Quattrone

Consulente direzionale Forecasts&Demand planning

Publicato su
il 10 novembre 2013

