

CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

**Bocconi**

# L'assistenza sanitaria privata in Italia



Università Commerciale  
Luigi Bocconi

**Francesco Longo**

**CERGAS Bocconi**

**11 Febbraio 2011**

# Obiettivi della ricerca per Assolombarda – AIOP Lombardia

Bocconi

- Dati scenario:
  - fotografia dell'assistenza sanitaria privata accreditata in Italia, nonché nelle diverse Regioni
  - tendenze in atto
- Sistemi di governo degli erogatori privati accreditati:
  - sistemi di accreditamento, di negoziazione e controllo degli accordi contrattuali
  - sistemi di finanziamento degli erogatori

## Dati di scenario: Fotografia del settore

# Spesa pro-capite per assistenza erogata da privati accreditati e convenzionati (2009) e tasso di crescita 2005-2009

Bocconi

2009	Ospedaliera accreditata	Specialistica convenz. e accr.	Altra assistenza convenz. e accr.	Riabilitativa accreditata	Totale spesa privata accreditata	Totale spesa sanitaria nei Ssr per la gestione corrente	% Spesa sanitaria privata sul totale
PIEMONTE	121	58	118	37	335	1.920	17%
V. AOSTA	11	17	54	36	118	2.124	6%
LOMBARDIA	237	77	161	27	502	1.785	28%
PA BOLZANO	45	11	120	11	187	2.197	9%
PA TRENTO	103	36	259	6	403	2.038	20%
VENETO	118	70	172	7	368	1.811	20%
FRIULI VG	46	38	35	47	166	1.985	8%
LIGURIA	142	35	107	61	346	2.049	17%
E. ROMAGNA	135	36	142	2	315	1.928	16%
TOSCANA	61	37	99	21	218	1.889	12%
UMBRIA	45	17	92	10	164	1.811	9%
MARCHE	64	26	66	43	199	1.773	11%
LAZIO	264	101	79	46	489	1.960	25%
ABRUZZO	109	34	70	58	272	1.768	15%
MOLISE	234	97	63	48	441	2.077	21%
CAMPANIA	130	115	27	49	321	1.708	19%
PUGLIA	187	56	58	61	361	1.748	21%
BASILICATA	9	37	53	99	198	1.753	11%
CALABRIA	116	62	64	28	270	1.716	16%
SICILIA	127	95	58	31	311	1.675	19%
SARDEGNA	57	68	49	29	203	1.804	11%
ITALIA	149	68	100	33	351	1.828	19%
Tasso di crescita ITALIA 2005-2009	10%	27%	40%	-9%	16%		
Tasso di crescita LOMBARDIA 2005-2009	18%	33%	41%	7%	24%		

**NB: La spesa include le prestazioni erogate a pazienti provenienti da altre regioni  
Per la Lombardia il dato al netto della mobilità può essere stimato al 25%**

# Dati di scenario

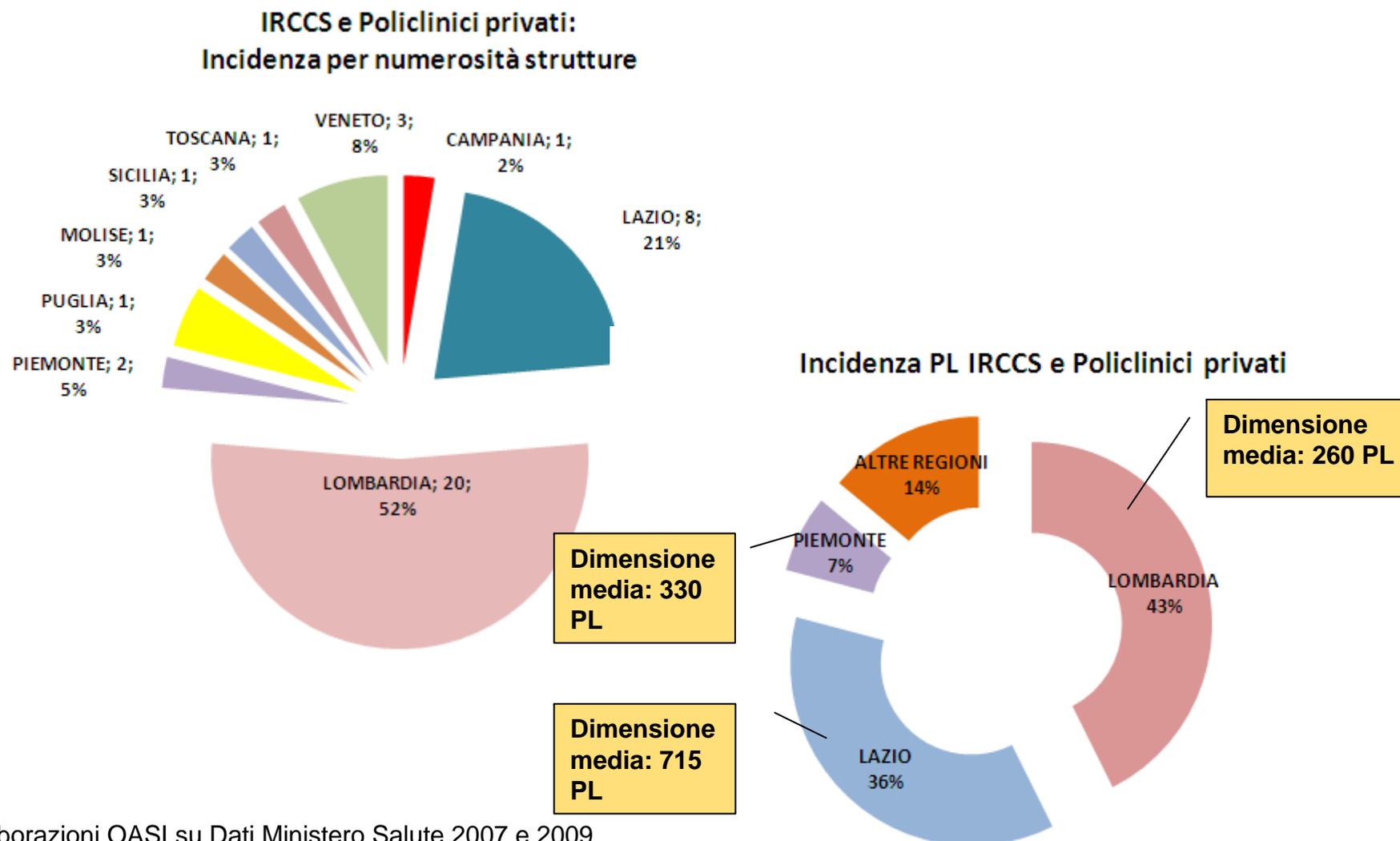
## Tendenze in atto

Beconi

- Segmenti di mercato diversi “Pubblico vs Privato”
  - Offerta prevalentemente pubblica sull’area acuti (78% ITA vs 73% LOM)
  - Offerta prevalentemente privata sull’area non acuti (64% ITA vs 71% LOM)
- Privato accreditato a due facce
  - Privato “di piccole dimensioni” vs Privato “di medio-grandi dimensioni”
    - < 100 PL 67% ITA vs 47% LOM; > 200 PL 8% ITA vs 19% LOM
  - Aree di ricerca concentrate prevalentemente in Lombardia e Lazio
  - Privato di alta specialità vs privato “non di alta specialità” e capacità di attrazione
- Sviluppo di strutture private sull’area territoriale
- Elevata spesa procapite accreditata e convenzionata non implica elevata spesa complessiva

Tendenze in atto

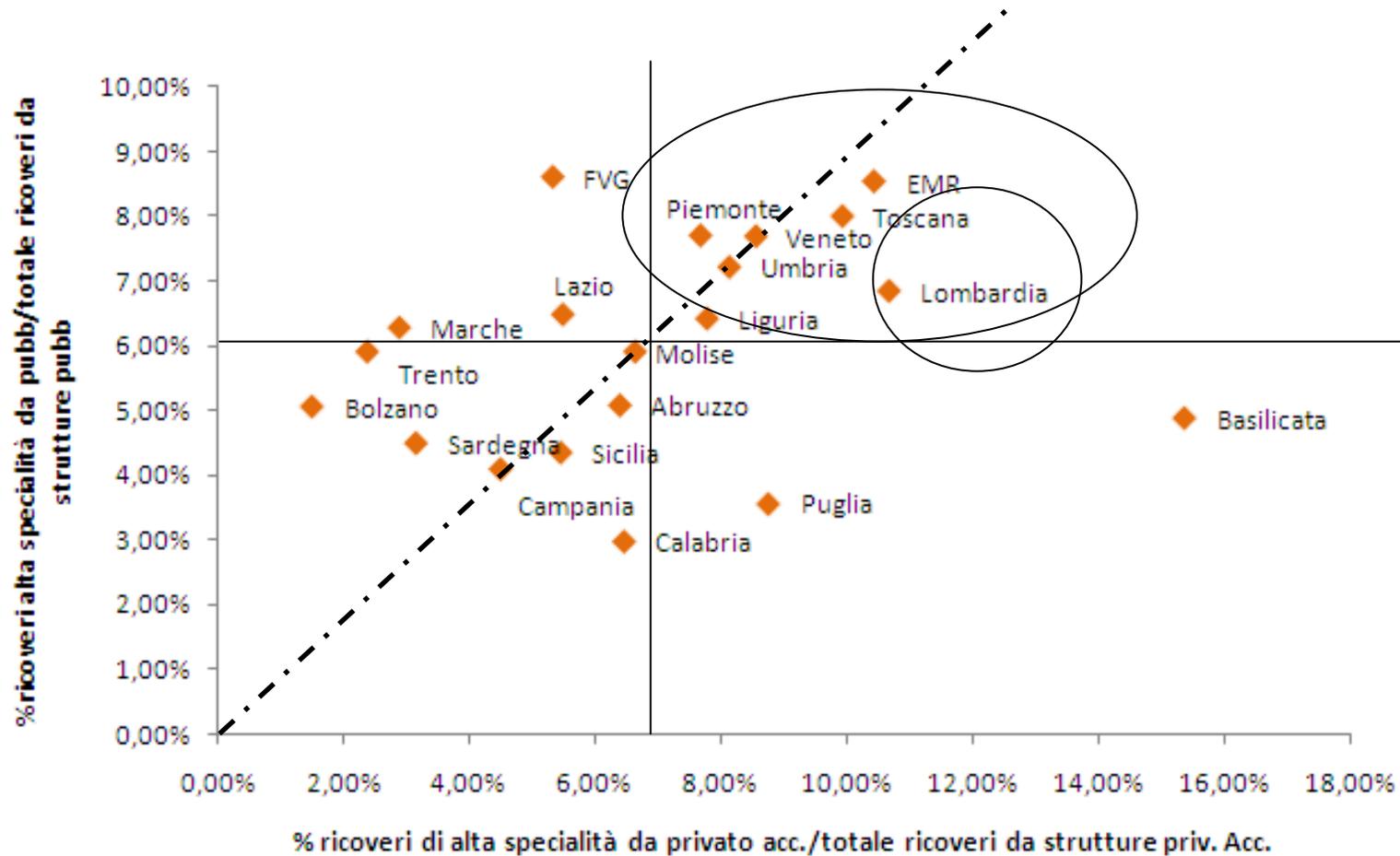
# Localizzazione degli IRCCS di diritto privato e Policlinici privati per numerosità di strutture e PL



Tendenze in atto

# % Ricoveri Alta Specialità: pubblico vs privato per Regione (2008)

Bocconi

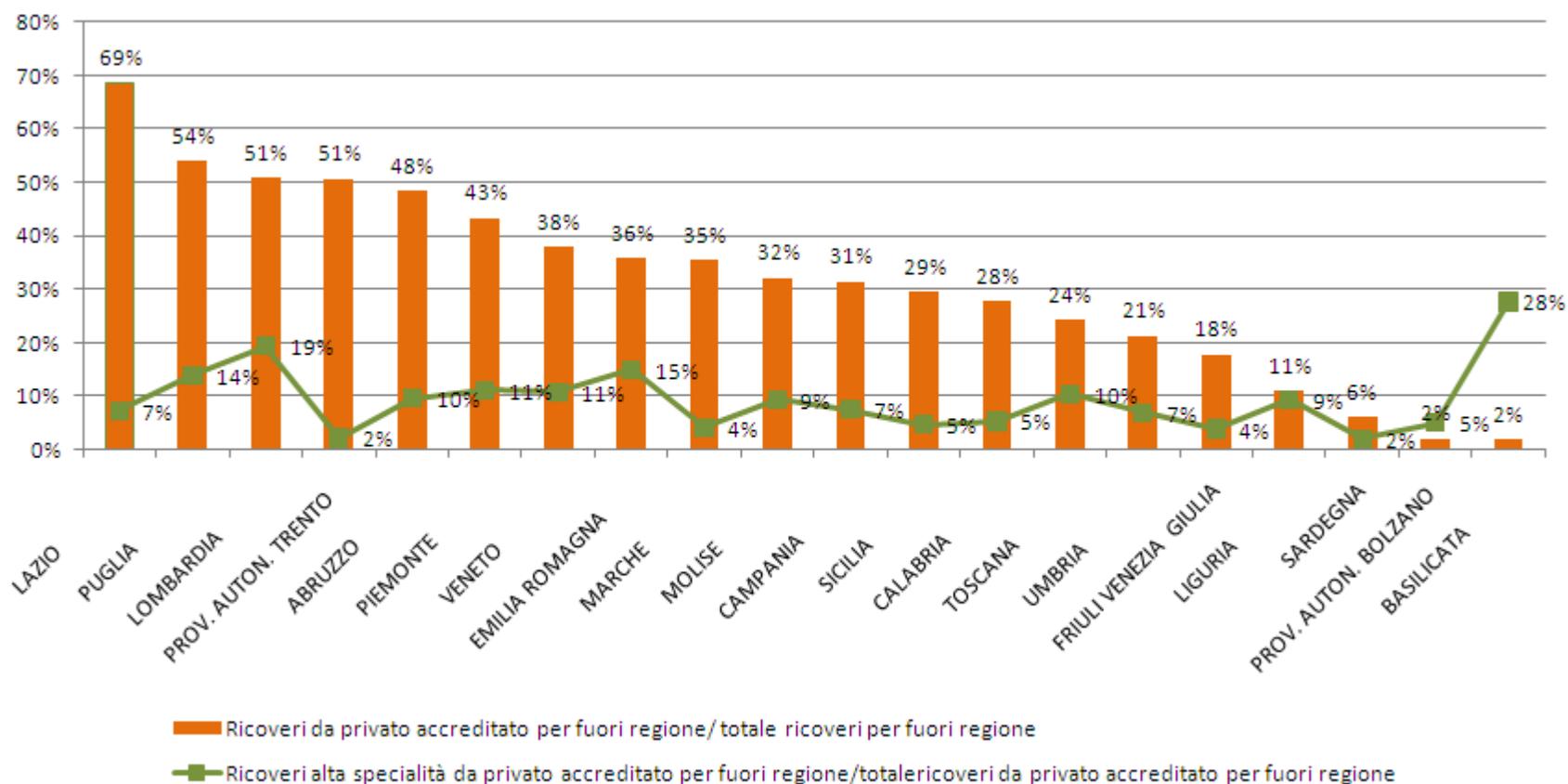


Elaborazioni OASI su Dati SDO Ministero Salute 2008 (acuti e non acuti)

Tendenze in atto

# Attrazione del privato accreditato dei pazienti provenienti da altre regioni e % di alta specialità

Bocconi

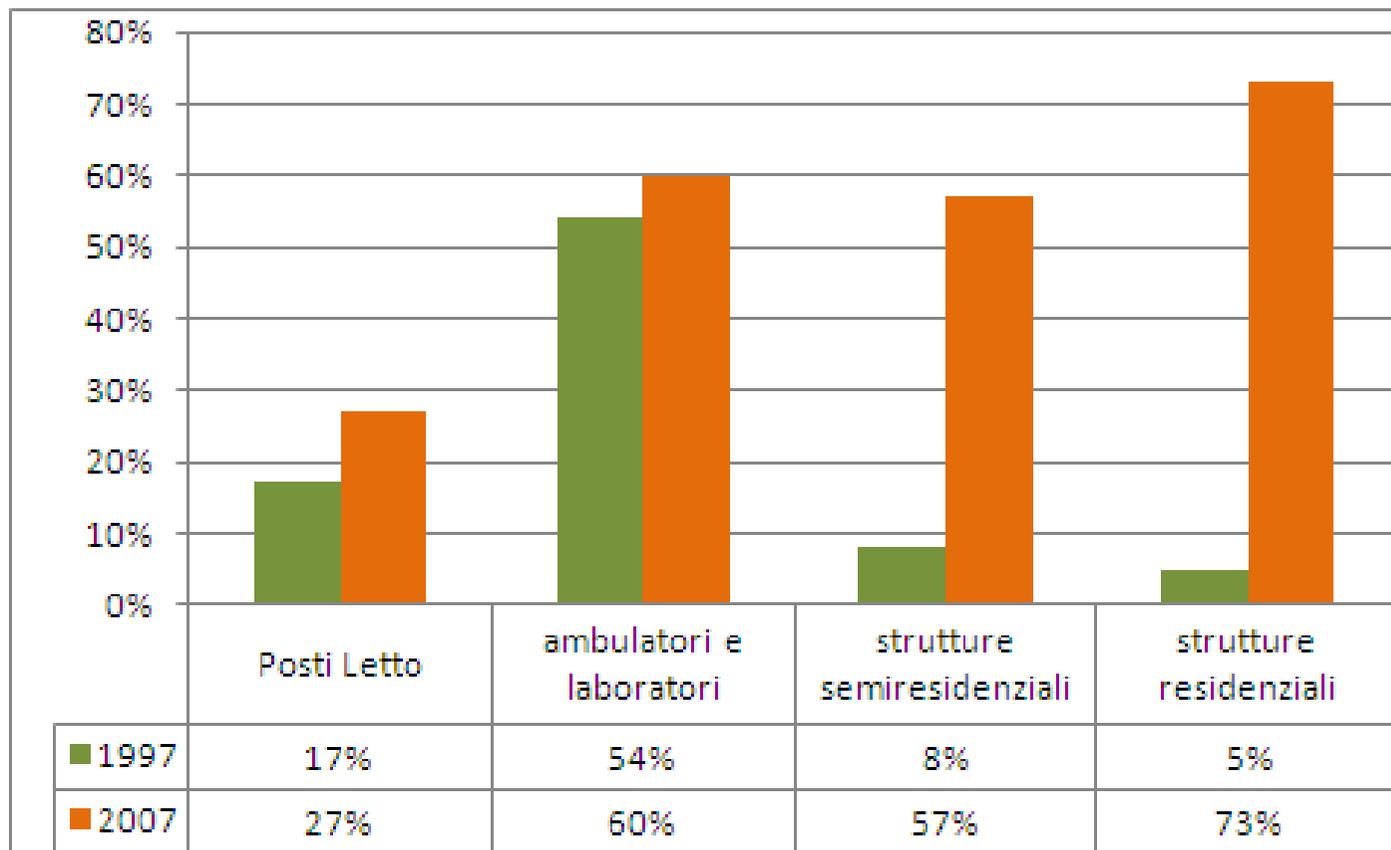


Elaborazioni OASI su Dati SDO Ministero Salute 2008 (acuti e non acuti)

Tendenze in atto

# Sviluppo di strutture private sull'area territoriale (1997-2007)

Bocconi

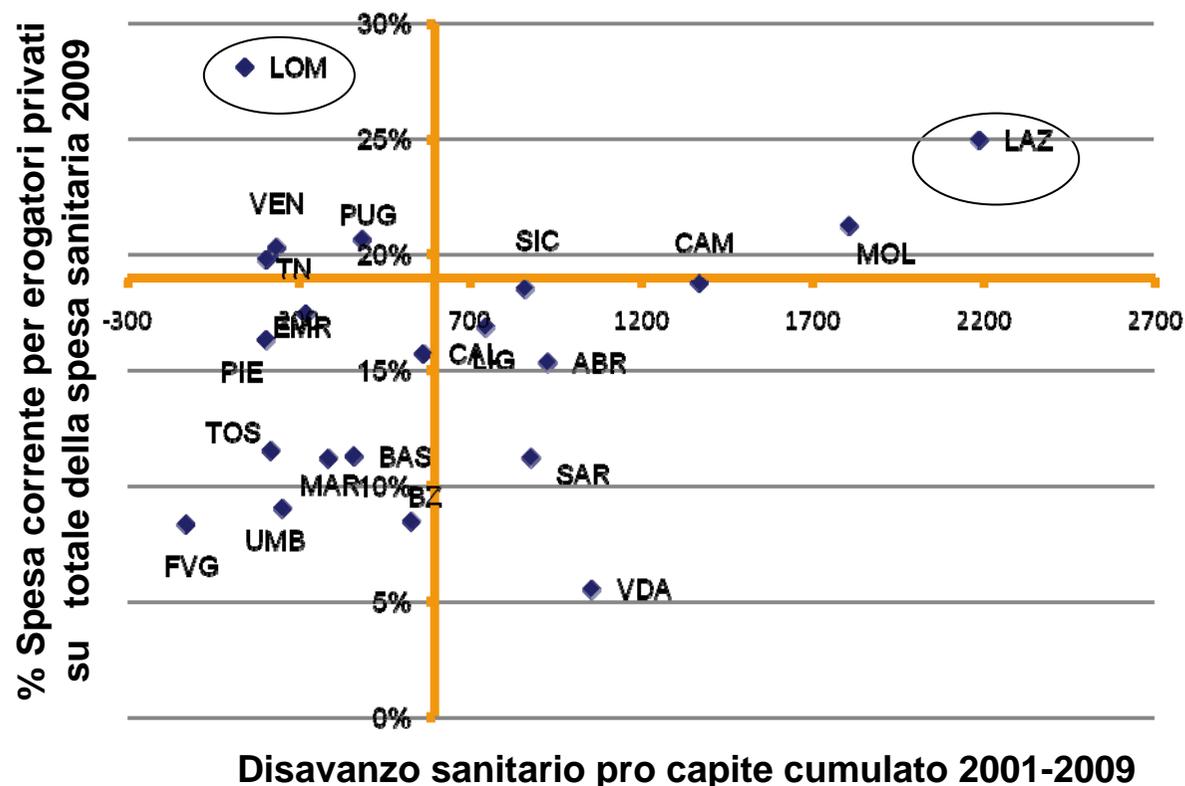


Elaborazioni OASI su Dati Ministero Salute

Tendenze in atto

# Incidenza spesa per erogatori privati e disavanzo sanitario pro capite cumulato (2001-2009)

Bocconi



Elaborazioni OASI su RGSEP 2009

Elevata spesa per erogatori privati accreditati non implica necessariamente elevata spesa complessiva o disavanzi. La variabile critica è la capacità delle Regioni di sviluppare adeguati sistemi di governo di tali erogatori

# Sistemi regionali di governo degli ospedali privati accreditati

## Obiettivi e principali risultati dell'analisi

- Oggetto:
  - Sistemi di accreditamento
  - Sistemi di negoziazione degli accordi contrattuali
  - Sistemi di controllo delle cartelle cliniche
- Metodo:
  - Analisi di tre casi regionali (Lombardia, Emilia Romagna e Veneto), riconosciuti come *best practice* nel governo dei rispettivi SSR

# Sistemi regionali di governo degli erogatori privati accreditati

## Sistemi di accreditamento

BOCCONI

### Forte differenziazione dei sistemi

- E' sostenibile, considerato l'oggetto dell'accREDITamento?

### Velocità e tempistiche differenziate nell'implementazione del sistema

- La Lombardia è stata la prima regione a completare il processo di accREDITamento definitivo delle strutture sanitarie private
- Emilia Romagna e Veneto hanno accREDITato definitivamente solo alla fine dell'anno 2010
- Molte altre regioni non hanno ancora completato il processo di verifica

### L'accREDITamento garantisce il miglioramento continuo della qualità?

- Dove implementato ha consentito la "rimessa in qualità" delle strutture
- Prevalenza di indicatori di input rispetto agli indicatori di qualità dei processi e dei risultati
- In molte regioni è utilizzato come strumento di «contingentamento dell'offerta» in base a risorse disponibili

## I sistemi di accreditamento

# Requisiti specifici – organizzativi richiesti: un esempio

	<b>Lombardia (DGR 38133/1998)</b>	<b>Emilia-Romagna (DGR 327/2004)</b>			
<b>(i) Organico medico</b>	<p>-In ogni UO operano almeno 2 medici ogni 15 posti letto e 1 dirigente medico di II livello.</p> <p>-Nell'ambito orario 8-20 feriale è definita una fascia di 5 ore consecutive in cui il numero di medici presenti in ogni UO non può essere inferiore al rapporto di 1 medico ogni 5 pazienti.</p>	Tipologia di struttura	Cardio chirurghi	Anestesisti	Altri laureati
		A. Fino 450 interventi CEC/anno	3	2	5
		B. Da 450 a 800 interventi CEC/anno	5	4	6
		C. Da 800 a 1200 interventi CEC/anno	7	5/6	8
<b>(ii) Specifiche competenze professionalità -mediche</b>	—	<p>- Per essere parte dello Staff Residente ogni Cardiochirurgo deve poter dimostrare di avere effettuato in veste di primo o secondo operatore almeno 200 casi di chirurgia cardiaca negli ultimi 5 anni.</p> <p>- Per essere adeguato lo Staff Residente deve garantire che almeno il 30% dei Cardiochirurghi possieda una casistica personale come primo operatore, di almeno 200 casi di chirurgia cardiaca negli ultimi 5 anni.</p> <p>- Altre figure professionali, la cui presenza è definita obbligatoria sono: Cardiologo, Terapista della riabilitazione (VI livello).</p> <p>- Per quanto riguarda le figure del Nefrologo, Angiologo, Neurologo, Pneumologo, Fisiatra, qualora non siano già in organico alla struttura, è previsto che questa se ne possa avvalere attraverso l'istituto della convenzione con Strutture esterne.</p>			
<b>(i) Organico non medico</b>	<p>- I minuti/paziente/die di assistenza infermieristica da garantire sono 240</p> <p>- La presenza infermieristica nelle ore notturne non può essere inferiore ad 1/3 di quella prevista, per singola UO, nelle ore diurne</p>	Tipologia di struttura	Caposala	Infermieri professionali	Tecnici perfusionisti
		A.	3	29	2
		B.	3	43	3
		C.	3	59	4
1 tecnico manutentore per ogni struttura					11

Sistemi regionali di governo degli erogatori privati accreditati

## La negoziazione dei contratti e il controllo dei tetti di attività

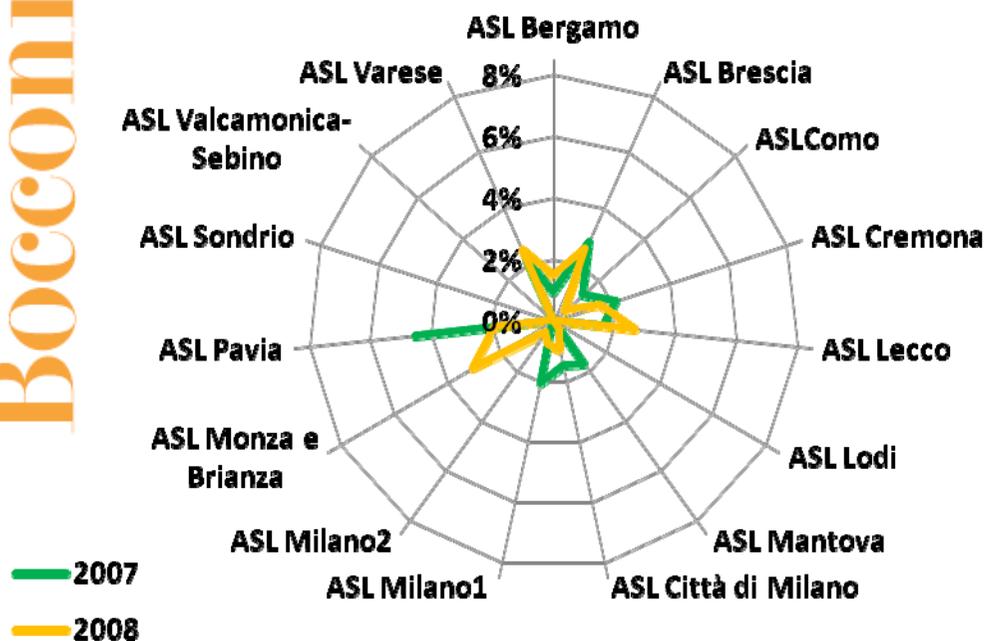
BOCCONI

- Tutte le Regioni hanno affiancato al sistema di finanziamento a tariffa la definizione di tetti (a valore e/o volume) per controllare la spesa sanitaria e/o ridurre i tassi di ospedalizzazione
- Diverso livello di decentramento dei processi di negoziazione:
  - Accentrato a livello regionale in Lombardia e Veneto
  - Decentrato a livello di ASL in ER (solo non alta specialità)
- Diverso modi di esercizio della committenza
  - Lombardia e Veneto lasciano ampi spazi agli erogatori nella scelta delle aree su cui investire
  - Le ASL emiliano-romagnole, invece, definiscono il volume massimo di prestazioni che le strutture si impegnano ad assicurare, distinte per tipologia e modalità di assistenza
- Quale impatto dei tetti sugli erogatori pubblici e privati?
  - Es. Lombardia

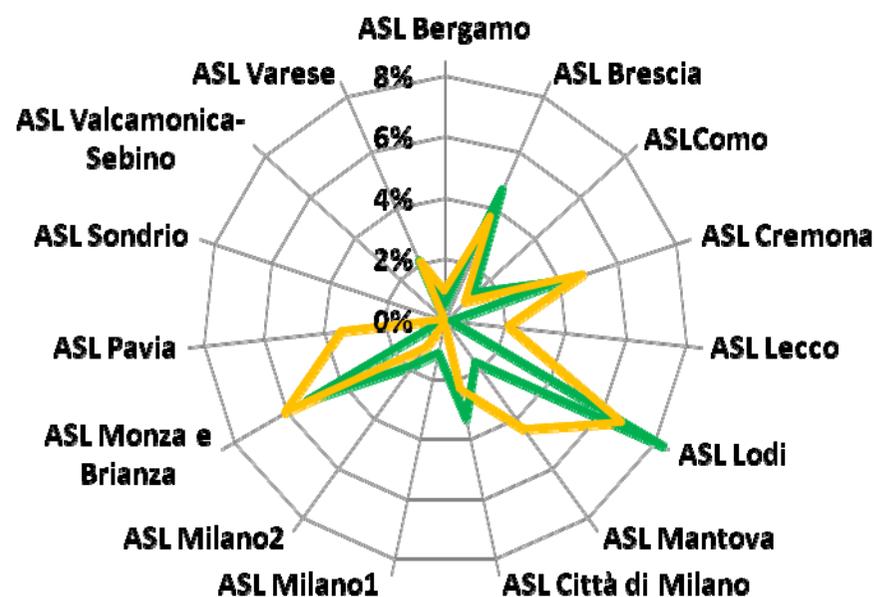
# Impatto dei tetti sugli ospedali lombardi:

Scostamento % tra valorizzazione della produzione e importo effettivamente finanziato, per ASL di ubicazione (2007 e 2008)

Bocconi



Ospedali privati



Ospedali pubblici

Elaborazioni dati Direzione Generale Sanità Regione Lombardia

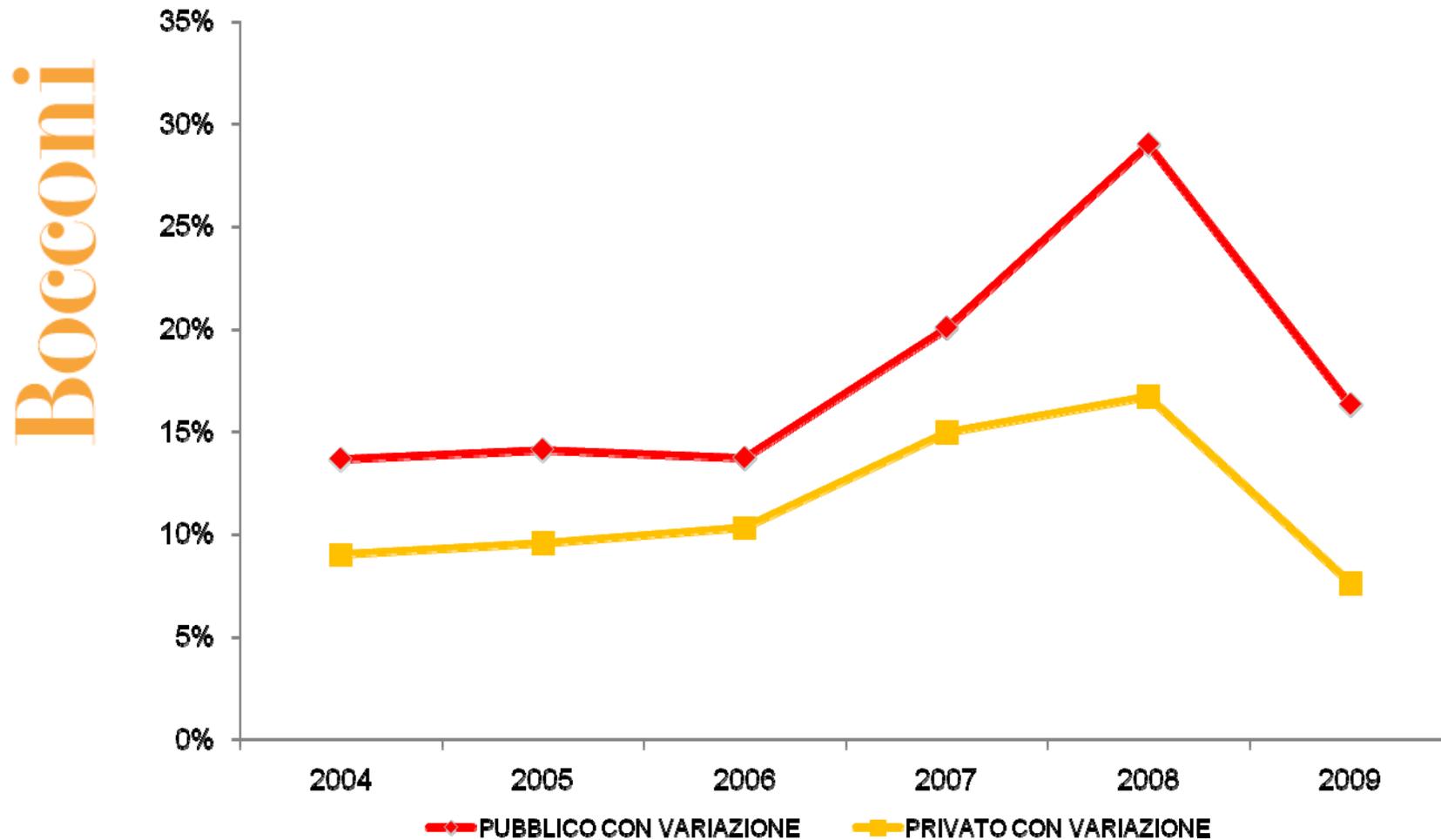
## Sistemi regionali di governo degli erogatori privati accreditati

# I controlli sulle cartelle cliniche

BOCCONI

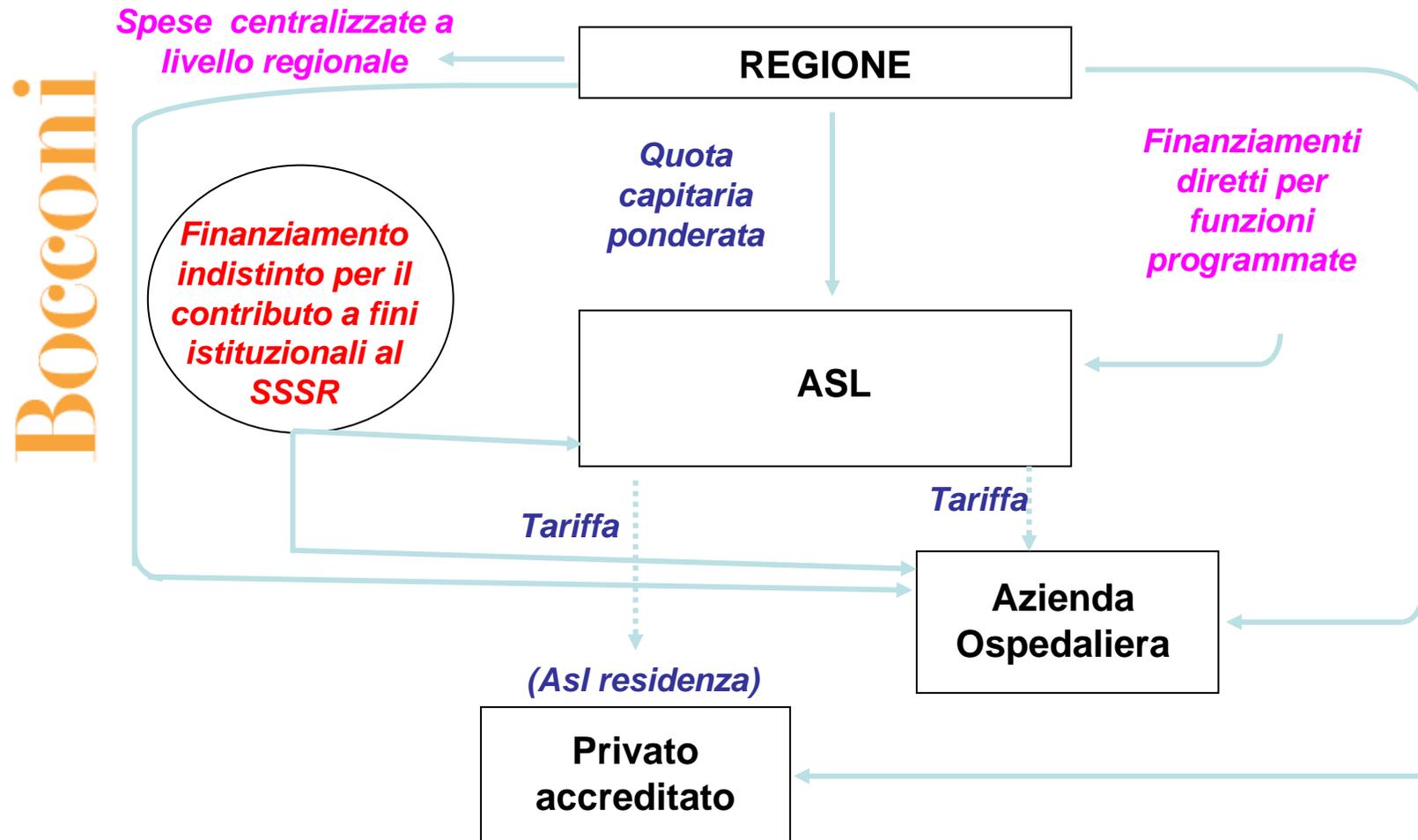
- I controlli non si basano su campionamenti totalmente casuali, ma vanno ad indagare soprattutto le prestazioni a rischio di inappropriatezza
- Verifiche spesso di tipo formale
  - Inesattezze o incompletezze nella compilazione del tracciato
- L'eventuale riscontro di anomalie o incongruenze produce effetti economici in tutti i casi regionali analizzati
- Limitata diffusione di sistemi regionali di raccolta e analisi degli esiti dei controlli
  - Solo in Lombardia raccolta sistematica delle informazioni relative ai risultati dei controlli
  - Nelle altre due Regioni non esiste un flusso informativo alimentato in modo sistematico
- Risultati dei controlli
  - Confronto sugli esiti dei controlli negli ospedali pubblici e privati in Lombardia

# Esiti dei controlli dei NOC Lombardi % di pratiche con variazione economica rispetto alle cartelle controllate (2004-2009)



# Sistemi regionali di governo degli erogatori

## Sistema di riparto delle risorse del FSR lombardo



# Criteri di riparto delle risorse correnti a consuntivo 2008

**Bocconi**

Criterio di riparto	V.A.	%
Spese centralizzate a livello regionale#	282.798.594,93	1,69%
Funzioni non tariffabili*	1.054.373.653,00	6,29%
Produzione a tariffa°	8.030.016.000,00	47,87%
Assistenza di base, farmaceutica convenzionata e altro	5.771.454.161,70	34,42%
Finanziamento indistinto per il contributo a fini istituzionali al SSSR**	1.194.996.001,00	7,12%
Saldo mobilità§	441.000.000,00	2,63%
<b>Totale#</b>	<b>16.774.638.410,63</b>	<b>100,00%</b>

# Stanziamento definitivo di competenza da Rendiconto generale dell'Esercizio Finanziario 2007 (DGR 10046/2009)

\*Il valore della voce "finanziamento non tariffabile" è al lordo dell'abbattimento del finanziamento ad alcuni enti privati accreditati (DGR 9765/2009)

\*\* Questa voce include, oltre ad eventuali ripiani di perdite, una serie di voci di finanziamento, tra cui le principali sono "risorse aggiuntive regionali personale", "quota per sanità penitenziaria", "equiparazione finanziaria trattamenti tributari"

° Fonte: modelli di conto economico 2008, Ministero della Salute.

§ Fonte Mobilità regionale: Bdl, Economie regionali. L'economia della Lombardia nel 2009.

## Finanziamenti per le funzioni non Tariffabili programmate (FnT)

### Distribuzione tra soggetti pubblici e privati accreditati- 1

**Bocconi**

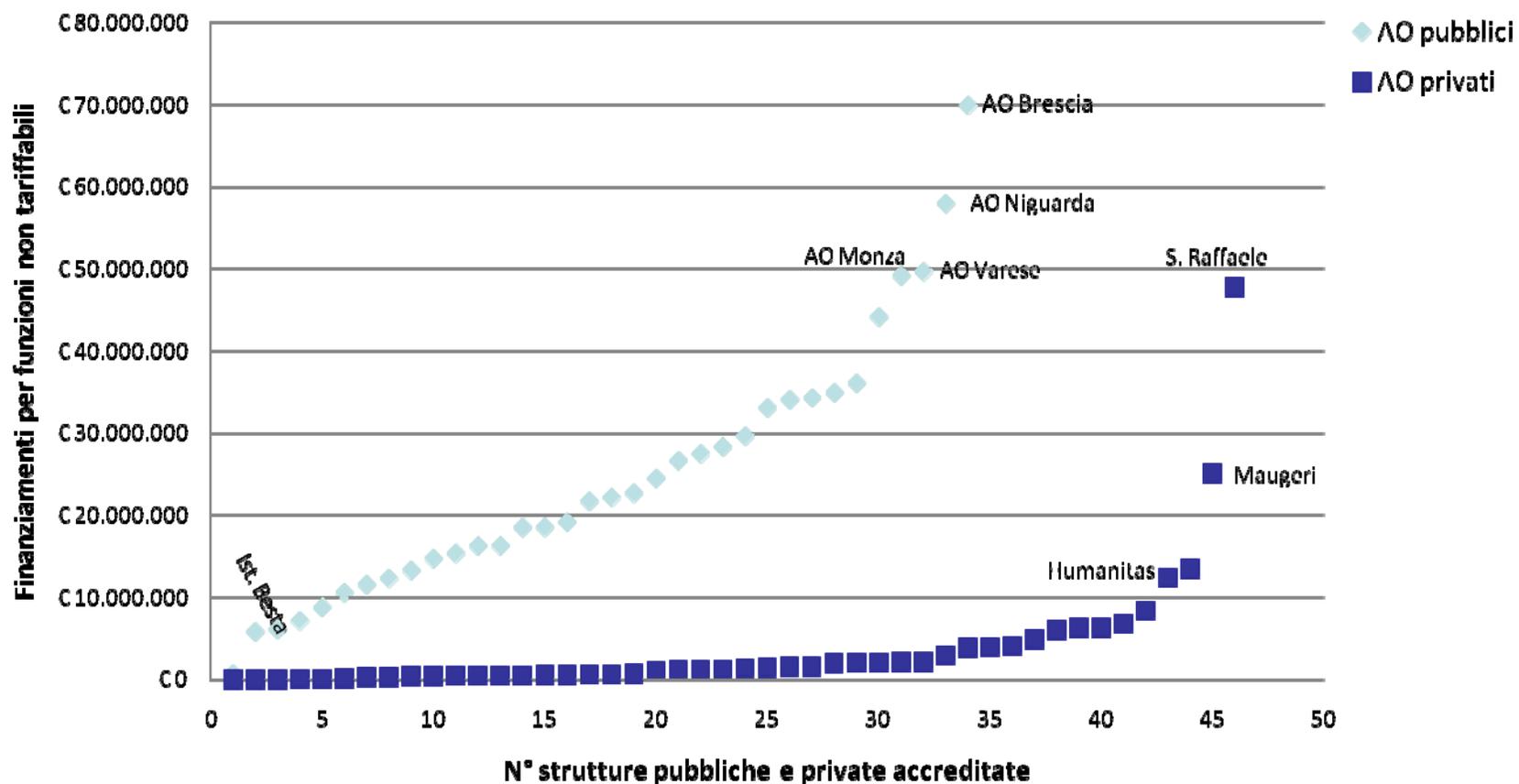
	2007		2008	
	v.a.	%	v.a.	%
Tot finanziamento ad Asl	29.671.264,00	3,4%	30.289.001,00	2,9%
Tot finanziamento ad AO e IRCCS pubblici	718.190.096,00	81,7%	842.443.755,00	79,9%
Tot finanziamento ad AO e IRCCS privati accreditati*	130.728.730,00	14,9%	181.640.897,00	17,2%
<i>Tot finanziamento</i>	<i>878.590.090,00</i>	<i>100,0%</i>	<i>1.054.373.653,00</i>	<i>100,0%</i>

\* Il valore della voce "finanziamento non tariffabile" è al lordo dell'abbattimento del finanziamento ad alcuni enti privati accreditati (DGR7532/2008 e DGR 9765/2009)

# Finanziamenti per le funzioni non Tariffabili programmate (FnT 2008)

## Distribuzione tra soggetti pubblici e privati accreditati- 2

**Becconi**



Finanziamenti per le funzioni non Tariffabili programmate

## Rapporto tra finanziamenti per FnT e valore totale della produzione in AO e IRCCS pubblici- 3

**Bocconi**

Quota % dei FnT sul valore totale della produzione*	N° di aziende pubbl. in ciascun intervallo nel 2007	N° di aziende pubbl. in ciascun intervallo nel 2008
0% - 5%	2	1
>5% - 10%	21	19
> 10% - 15%	10	14
> 15%	1	0
<i>Totale aziende</i>	34	34
	Min = 2,6%	Min = 3,1%
	Max = 15,1%	Max = 14,8%
	Media = 8,8%	Media = 9,9%
* Al netto dei costi capitalizzati		

# Procedura per la stima della quota di finanziamento indistinto per il contributo a fini istituzionali del SSSR (2008)

**Bocconi**

<b>Contributi da Regione per quota Fondo San. indistinta a strutture pubbliche</b>	—	<b>Finanziamento per funzioni non tariffabili a strutture pubbliche</b>	=	<b>Finanziamento indistinto per il contributo a fini istituzionali al SSSR*</b>
<b>2.037.440.677,00</b>	—	<b>842.443.755,00</b>	=	<b>1.194.996.922,00</b>

\* Questa voce include oltre ad eventuali ripiani delle perdite ,una serie di altre voci di finanziamento, tra cui le principali sono “risorse aggiuntive regionali personale”, “quota per sanità penitenziaria” ed “equiparazione finanziaria trattamenti tributari”

## Focus sul finanziamento indistinto per il contributo ai fini istituzionali al SSSR: quota % sul valore totale della produzione di AO e IRCCS pubblici (2008)

**Beeoni**

<b>Quota % del finanziamento indistinto per il contributo a fini istituzionali sul valore totale della produzione* 2008</b>	<b>N° aziende di aziende pubbliche in ciascun intervallo 2008</b>
0% - 5%	5
> 5% - 10%	3
> 10% - 15%	10
> 15% - 20%	8
> 20 - 25%	3
> 25% - 30%	4
> 30%	1
<i>Totale aziende</i>	<b>34</b>
* Al netto dei costi capitalizzati	
<i>Media delle quote %</i>	14,9%
<i>Quota % minima</i>	1,8%
<i>Quota % massima</i>	30,9%

# Finanziamenti in conto capitale: le principali fonti

Beconi

- La principale fonte di finanziamento per i soggetti pubblici è costituita **dall'Accordo di Programma Quadro (AdPQ) in materia di sanità** siglato nel 1999 tra Stato e Regione Lombardia e i successivi Atti integrativi. Le integrazioni siglate nel 2007 e 2008 hanno messo a disposizione negli anni successivi rispettivamente 366 e 457 milioni di euro.
- La Regione Lombardia nel 2008 ha finanziato un **fondo per le apparecchiature tecnologiche sanitarie** a favore di soggetti pubblici per 117 milioni utilizzati soprattutto per attrezzare gli ospedali di nuova costruzione.
- La Regione Lombardia nel 2007 e 2008 ha fatto un **bando per finanziare investimenti in edilizia e tecnologia** a favore di soggetti non profit accreditati nel SSSR rispettivamente di 56 e 60 milioni di euro.