

Milano, 03-11-14

Il posizionamento strategico degli ospedali privati accreditati

Analisi delle leve competitive

di Clara Carbone, Francesco Longo, Alberto Ricci

CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

Indice

- Domande di ricerca e metodologia
- Gli erogatori privati accreditati: quadro d'insieme
- Principali *player* e gruppi
- Posizionamento strategico
 - Prodotto
 - Utilizzo della capacità produttiva
 - Mercato

Domande di ricerca e metodologia

Nel settore dell'ospedalità privata accreditata, al variare di

- ✓ **natura istituzionale** (profit - forma societaria vs no profit, con pubblico come riferimento),
- ✓ **localizzazione geografica** (Nord – Centro – Sud e Isole) e
- ✓ **appartenenza o meno ad un grande gruppo** (>500 PL totali vs piccoli gruppi e strutture “singole”)



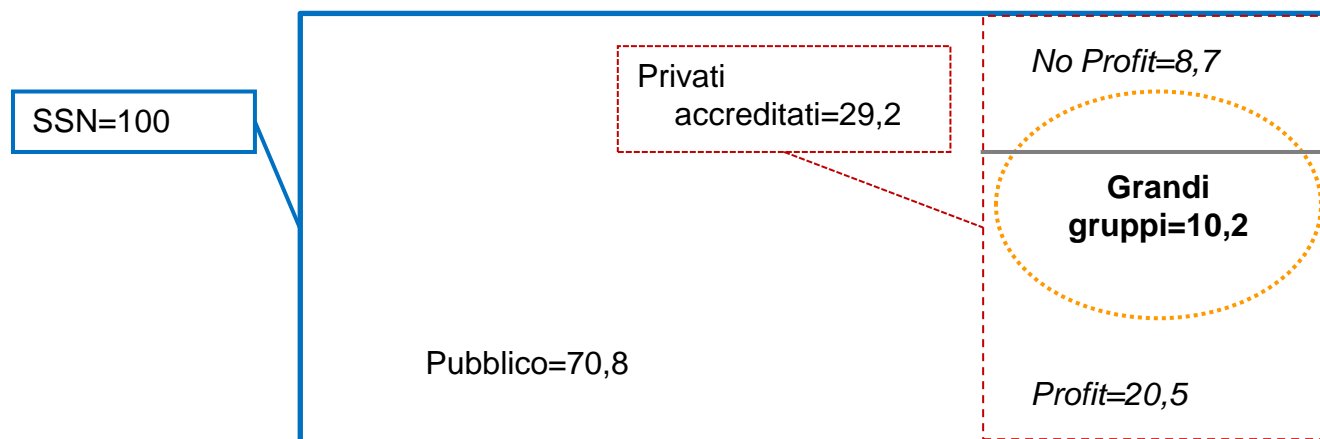
si osservano differenti posizionamenti strategici (in relazione a prodotto, utilizzo della capacità produttiva, mercato – cfr. “formula imprenditoriale” Coda, 1988)?



1. Ricerche su siti istituzionali
2. Analisi desk su dati ministeriali: Indirizzari Minsal 2008-10-12-13; SDO 2008-10-12.

Privati accreditati: quadro d'insieme (I)

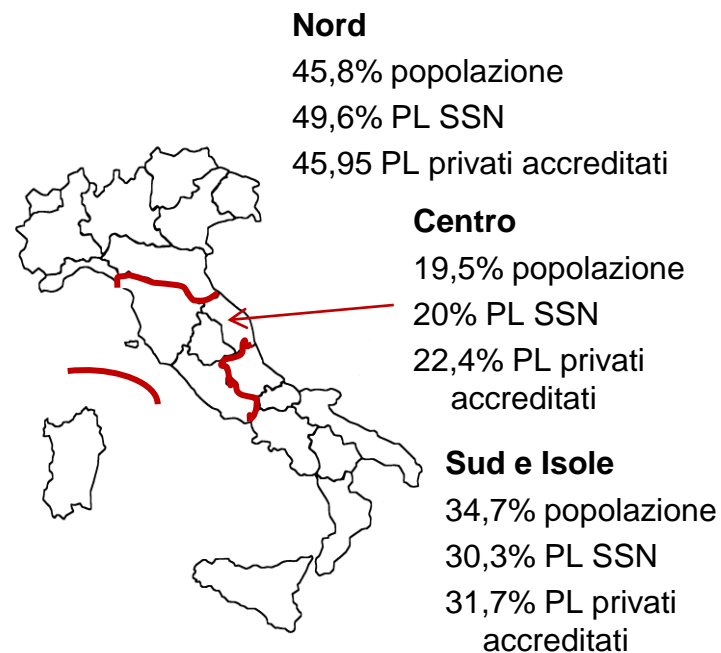
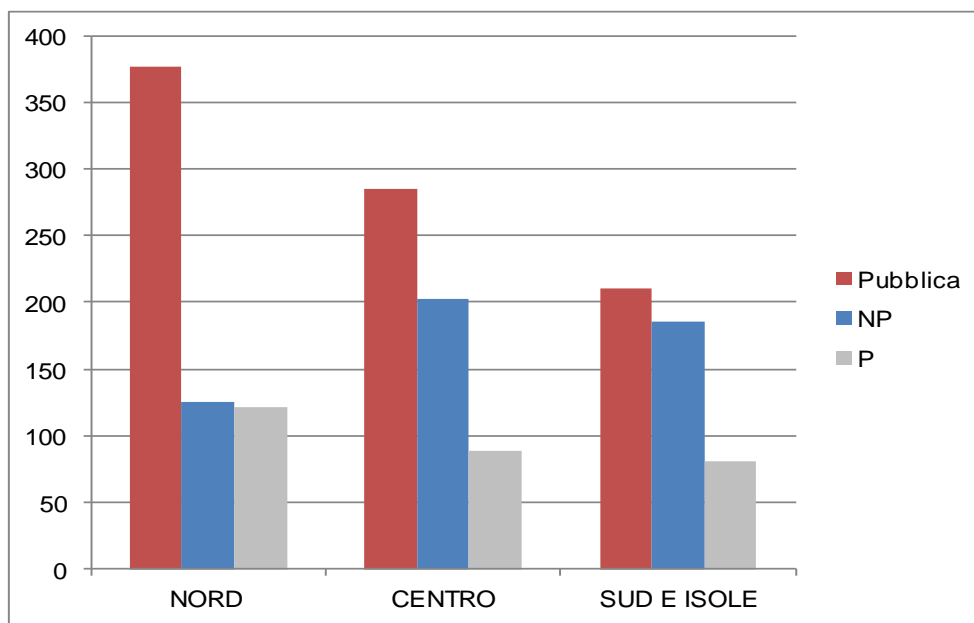
Quota di dotazione PL SSN - 2013



- ✓ I privati no profit (NP) contano per 8,7% della dotazione SSN, i privati profit (P) per il 20,5% (2013). In totale il privato accreditato dispone di 65.115 PL, pari al 29,2% della dotazione complessiva del SSN.
- ✓ I grandi gruppi ospedalieri rappresentano il 10,2% dell'offerta di PL SSN, in crescita rispetto al 2008 (8,4%).
- ✓ Il 62% dei PL dei grandi gruppi è riconducibile a realtà profit, in gran parte concentrate nel Nord (42% del totale).

Privati accreditati: quadro d'insieme (II)

PL medi per natura istituzionale e area geografica - 2013



Principali player e gruppi*

(* Considerate le strutture OSPEDALIERE ACCREDITATE - 2013)

Bocconi

DIFFUSIONE

5 o più
Regioni

3-4
Regioni

1-2
Regioni

CLUSTER

Grandi ospedali & network

Ordini religiosi

Gruppi policentrici
specializzati

Altri

Casa Sollievo
Sofferenza

Osp. Miulli

I. Auxologico

Gemelli-
UCSC

Fond. Opera S. Camillo

I. Figlie di S. Camillo

FBF - Prov. LV

FBF - Prov.
Rom.

IDI

G. Neuromed

G.

Multimedica

S. Raffaele Pisana

G. Giomi

G. Garofalo

G. Humanitas

NUMERO STRUTTURE

1-4

5-9

10 e oltre

Fond. D.
Gnocchi

KOS

Fond. Maugeri

G. Villa Maria

P. di Monza

G. Segesta (*)

G.S. Donato

“Frammentazione”

GRUPPI

NP

○ 500-800 PL
○ 801-1300 PL
○ 1301-3000 PL

P

● 500-800 PL
● 801-1300 PL
● 1301 -2000 PL
● Oltre 3000 PL

**STRUTTURE
SINGOLE**

NP

△ 500-800 PL
△ 801-1300 PL

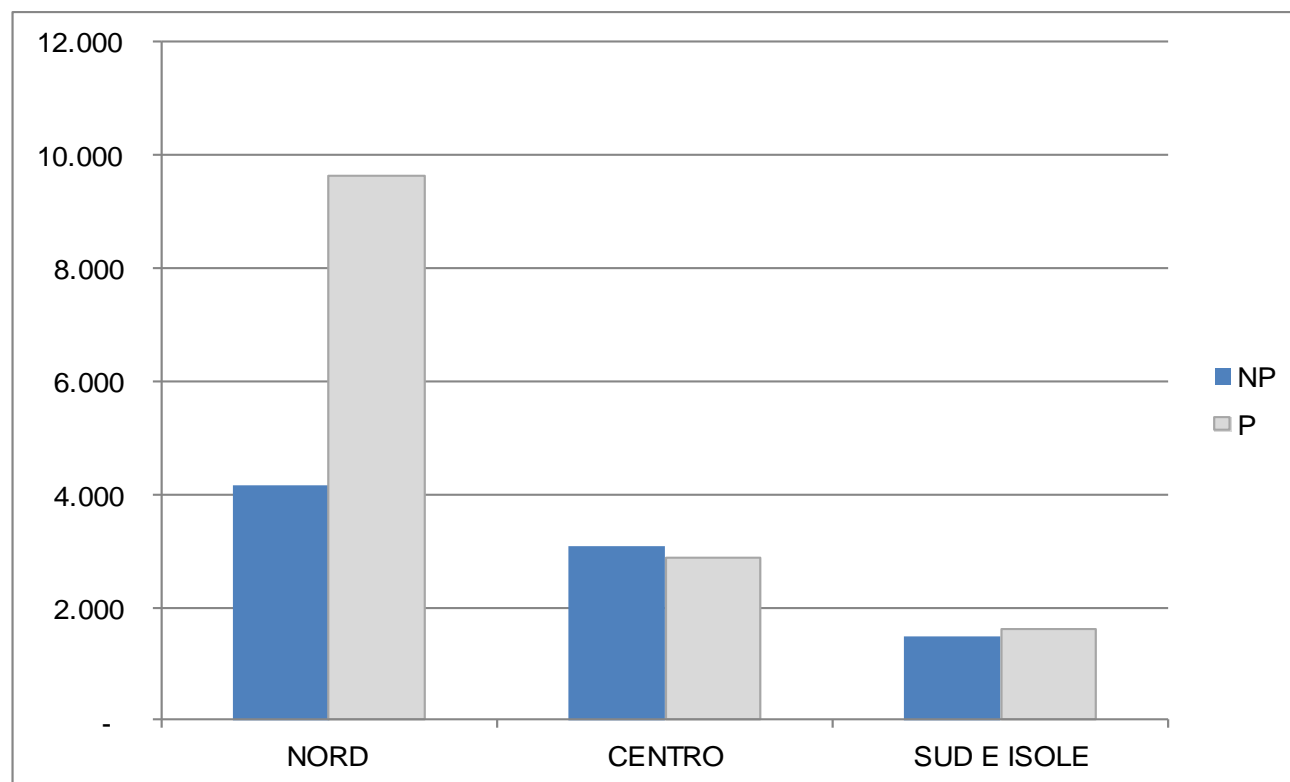
(*) Dato 2012

“Concentrazione”

Principali player e gruppi*

(*) Considerate le strutture OSPEDALIERE ACCREDITATE

Distribuzione dei PL dei grandi gruppi ospedalieri per macroarea geografica e natura istituzionale - 2013

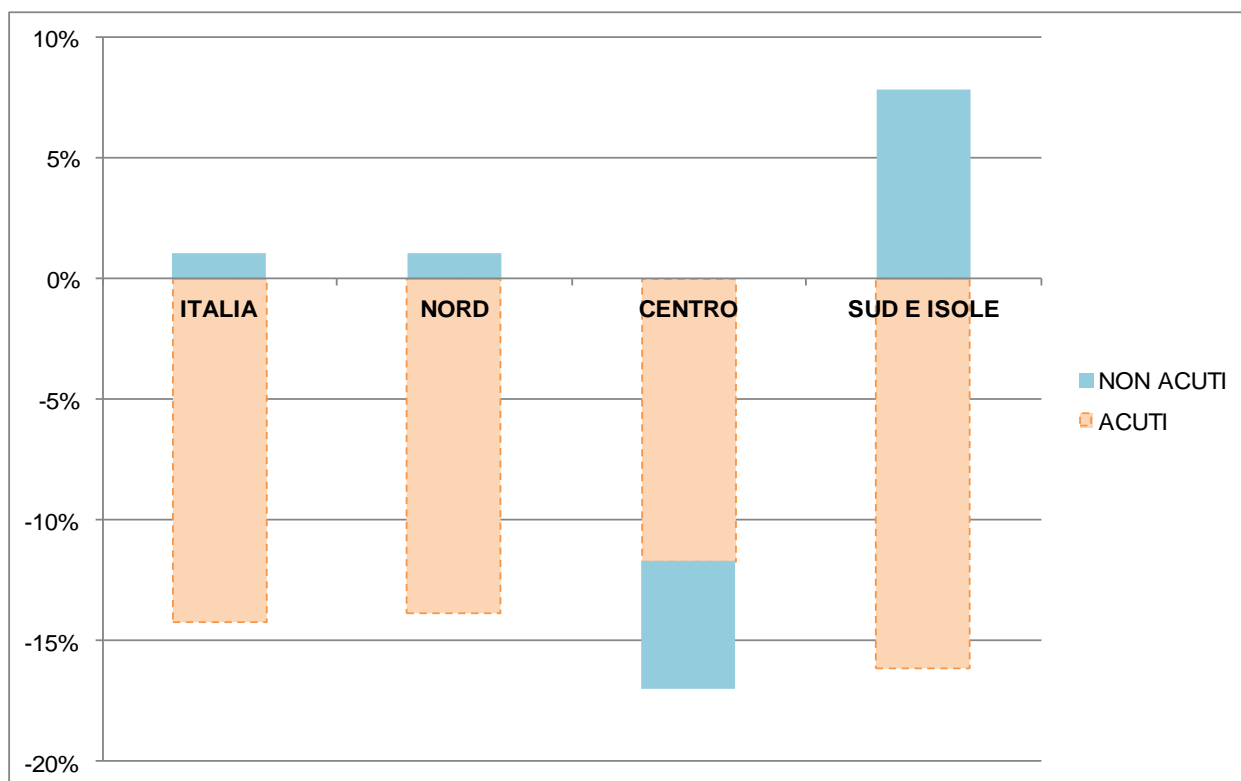


Posizionamento strategico

Prodotto

Bocconi

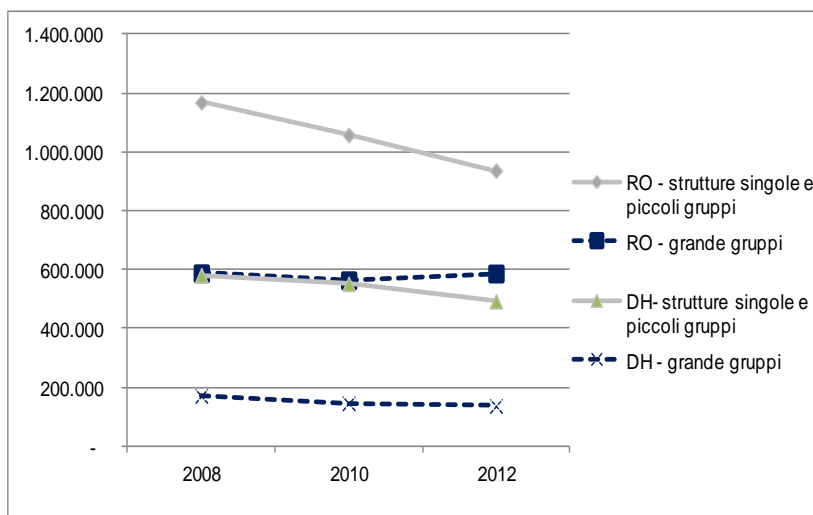
Tasso percentuale di crescita dei volumi di ricovero del privato accreditato 2008-2012 - per tipologia di ricovero e area geografica



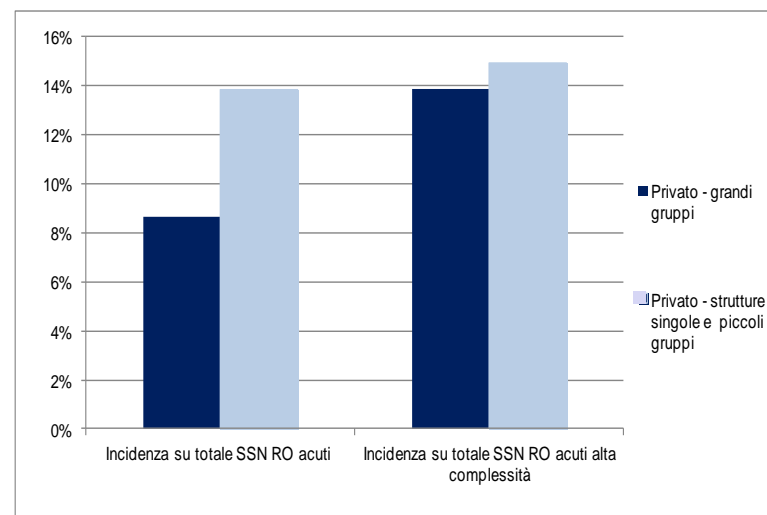
Posizionamento strategico

Prodotto

Trend acuti per dimensione gruppo – 2008-2012



Incidenza RO acuti e RO acuti ad alta complessità (*) per dimensione gruppo - 2012



Si nota una **differenziazione delle vocazioni produttive nel segmento acuti così delineata:**

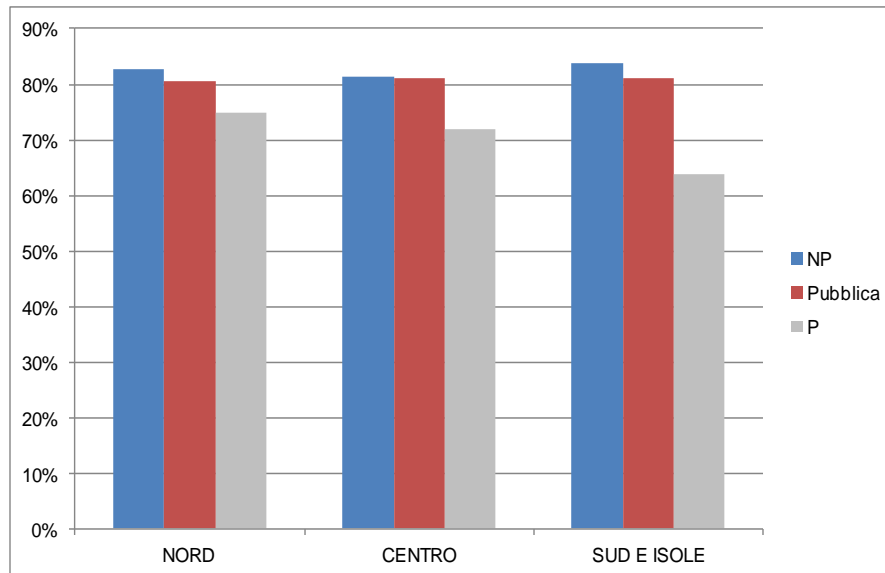
- ✓ i grandi gruppi mantengono su una vasta gamma di prestazioni in RO acuto, presidiando l'alta complessità;
- ✓ le strutture singole e i piccoli gruppi conservano una rilevante quota di DH; hanno molto diminuito le prestazioni in RO e l'inappropriatezza, ma restano posizionate sulla medio - bassa complessità clinica.

(*) Il riferimento è la lista allegata alla TUC 2012

Posizionamento strategico

Utilizzo della capacità produttiva

Tasso di saturazione della capacità produttiva - PL per acuti - 2012



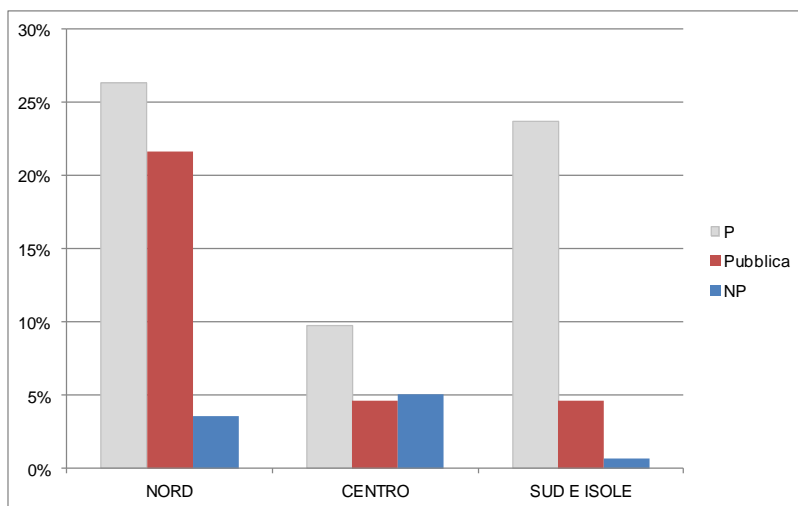
La **diversità nel modello assistenziale** può contribuire a spiegare i differenziali nella saturazione della CP: **le degenze medie sono maggiori nel pubblico per gli acuti e nel no profit per i non acuti.**

I grandi gruppi registrano, nel 2012, un TO pari al 76,3%, mentre i piccoli gruppi e le strutture singole secondi si fermano al 72,8%.

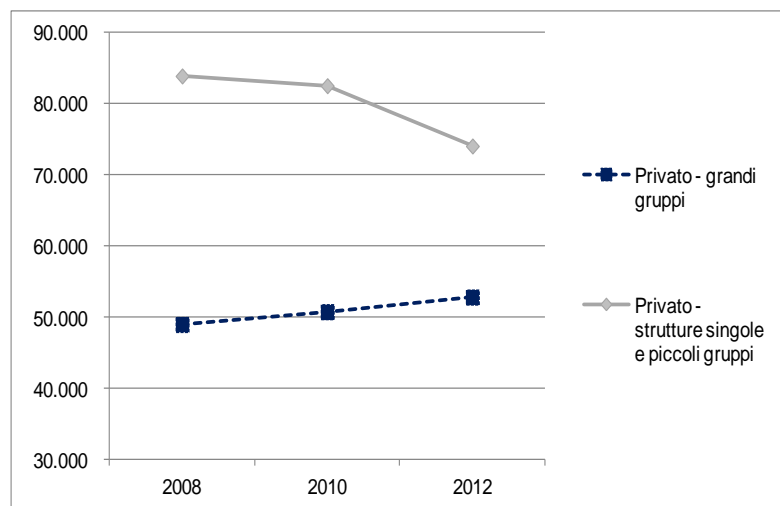
Posizionamento strategico

Mercato

Ripartizione % dei ricoveri (parzialmente o totalmente*) a onere privato per natura istituzionale e macroarea geografica - 2012



Trend ricoveri a onere (parzialmente o totalmente) privato per dimensione gruppo - 2008- 2012



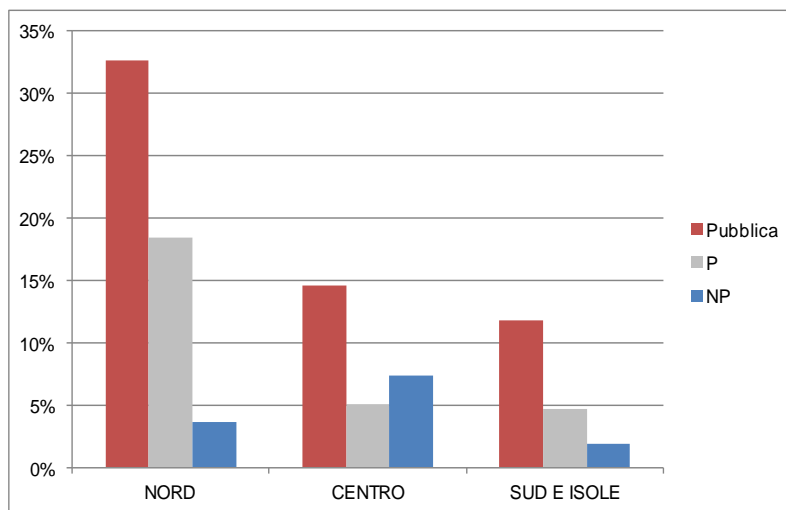
- ✓ Mentre al Nord il mercato dei ricoveri a onere parzialmente o totalmente privato è diviso tra pubblico e privato profit, al Sud prevale nettamente il privato profit (5/6 del mercato locale)
- ✓ Aumenta la quota dei grandi gruppi sul totale dei ricoveri a onere privato del privato accreditato (dal 36,9,4% al 41,6%), oltre che l'incidenza sul totale dei propri ricoveri (dal 5,6% al 6,2%)

(*) Inclusa la solvenza completa, i ricoveri in LP intramoenia con o senza differenza alberghiera, i ricoveri in regime SSN con differenza alberghiera.

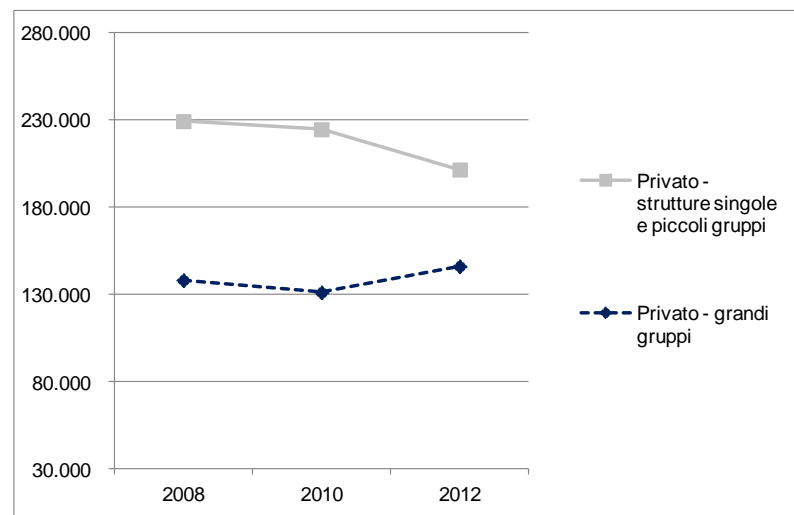
Posizionamento strategico

Mercato

Ripartizione % dei ricoveri in mobilità interregionale per natura istituzionale e macroarea geografica - 2012



Trend ricoveri in mobilità interregionale per dimensione gruppo - 2008-2012



- ✓ “Mercato” di nicchia: 8,3% dei ricoveri SSN, di cui il 41% erogato da privati accreditati.
- ✓ Il Nord attrae circa il 55% della mobilità interregionale, **significativo il ruolo delle strutture profit al Nord (18,4% del SSN) e no profit al Centro (7,4%)**.
- ✓ Nel triennio, **umenta la quota dei grandi gruppi** sul totale dei ricoveri in mobilità del privato accreditato (dal 37,6% al 42%) e l'incidenza sul totale dei propri ricoveri (dal 15,7% al 17,7%).

Conclusioni

- ✓ **La realtà del privato accreditato nel SSN italiano è estremamente variegata** in quanto ad assetti istituzionali e posizionamenti produttivi: emergono però alcune tendenze.
- ✓ **IRCCS e grandi gruppi si concentrano al Nord**, dove il contesto socio-economico e le possibilità di sviluppo imprenditoriale hanno consentito lo **sviluppo di forti realtà profit**, in grado di spiccare nei segmenti ad alta complessità/specialità e di generare mobilità attiva.
- ✓ **Nel Centro-Sud si nota una divaricazione**: da una parte, **CdC profit** di ridotte dimensioni, a vocazione generalista e piuttosto attive nel segmento solventi; dall'altra, **alcuni IRCCS/Policlinici Universitari** con caratteristiche strutturali e modalità di utilizzo della capacità produttiva vicini al pubblico, in grado di presidiare le alte specialità e dotati di buona capacità attrattiva.

Conclusioni

- ✓ **I grandi gruppi sembrano rispondere in maniera più dinamica alle politiche sanitarie e la crisi della finanza pubblica:** lo suggeriscono le dinamiche di acquisizione (sebbene rallentate nell'ultimo anno), il riposizionamento della casistica, i maggiori tassi di occupazione dei PL, il consolidamento dei “mercati alternativi” della solvenza e della mobilità extraregionale.
- ✓ Dal 2008, tutto **il privato accreditato ha contribuito in maniera fondamentale alla diminuzione dell'inappropriatezza** dei ricoveri. Emerge però un problema generalizzato di sotto-utilizzo della capacità produttiva accreditata.
- ✓ **I policy maker non possono ignorare queste complesse dinamiche:** una politica implicita di *laissez faire* o semplici tagli lineari non sembrano risposte adeguate, mentre chiare e lungimiranti politiche ospedaliere dovrebbero incentivare e premiare chi adegua la propria offerta alle necessità epidemiologiche e/o mostra standard clinici e gestionali eccellenti.