

Confronto tra i posizionamenti strategici degli ospedali pubblici e privati accreditati in Lombardia

Ricerca del CERGAS Bocconi per il Gruppo
Merceologico Sanità di Assolombarda

Executive Summary

2 marzo 2009

Introduzione

Al fine di confrontare il posizionamento strategico delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate operanti in Lombardia è stata svolta un'analisi a partire da un database che copre il periodo 2002-2007, estratto dal flusso informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

L'analisi si è focalizzata su tre dimensioni:

- caratteristiche strutturali delle strutture di ricovero (dimensioni, natura generalista o specialistica, partecipazione alla rete di emergenza/urgenza);
- quote di mercato degli erogatori pubblici e privati accreditati e relativa evoluzione, con una qualificazione dell'attività per linee produttive;
- analisi dei comportamenti degli erogatori in seguito a cambiamenti del tariffario regionale.

Di seguito si presentano i principali risultati.

Caratteristiche strutturali degli ospedali operanti in Lombardia

La rete ospedaliera del SSR lombardo è composta da 197 strutture di ricovero, di cui 105 pubbliche (97 stabilimenti di AO, 2 presidi di ASL e 6 strutture appartenenti ad IRCCS pubblici) e 92 private (70 ospedali privati accreditati, 16 IRCCS privati e 6 ospedali classificati).

Al fine di caratterizzare tali strutture di ricovero ed evidenziare eventuali differenze tra pubblico e privato accreditato, si è proceduto ad una classificazione delle stesse sulla base di due criteri:

- natura generalista o specialistica;
- dimensioni.

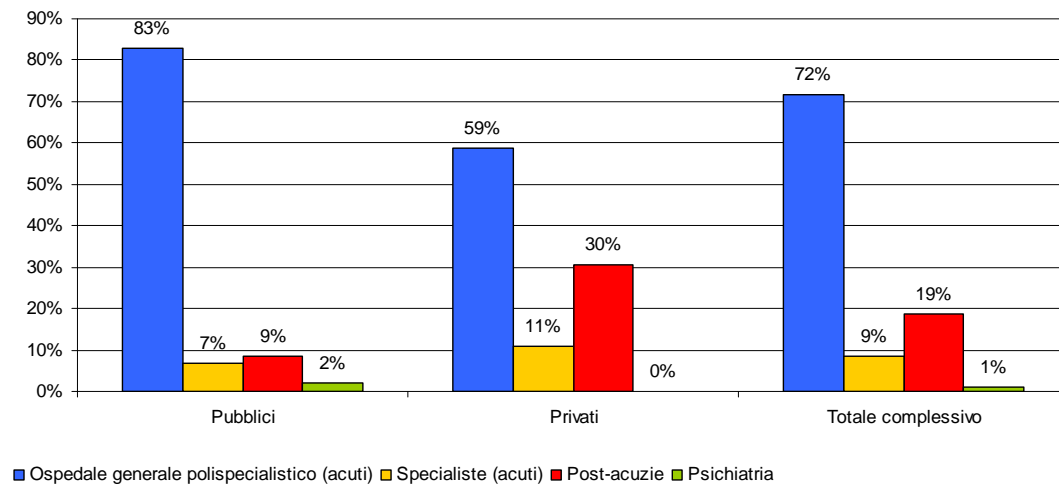
Con riferimento al primo aspetto sono state identificate quattro tipologie di strutture:

- Strutture specialiste (per pazienti acuti): Strutture che coprono una ristretta gamma di linee produttive attraverso la presenza di un numero ridotto di discipline (< 7) di natura specialistica in cui concentrano il 90% dell'attività. Vengono inclusi in questa categoria anche gli IRCCS/Ospedali che svolgono attività prevalente in aree specifiche (ad esempio oncologia) o dedicati alla fascia di popolazione pediatrica, anche quando non rispettino il criterio sopra esposto;
- Ospedali generali polispecialistici (per pazienti acuti): Strutture che coprono un'ampia gamma di linee produttive attraverso la presenza di discipline di natura generalista e/o di un elevato numero di discipline di natura specialistica;
- Strutture dedicate alla post-acuzie: Strutture che coprono linee produttive prevalenti nell'ambito delle discipline relative alla post acuzie (> 70% delle giornate complessive e rimanente parte in reparti medici);
- Strutture psichiatriche: Strutture che coprono linee produttive prevalenti nell'ambito della psichiatria (cod.40) (> 85% delle giornate complessive e rimanente parte in reparti medici o in neurologia).

Con riferimento al secondo criterio, sono state invece identificate quattro classi di strutture in base alla dotazione di posti letto (PL) equivalenti. I PL equivalenti sono calcolati sulla base

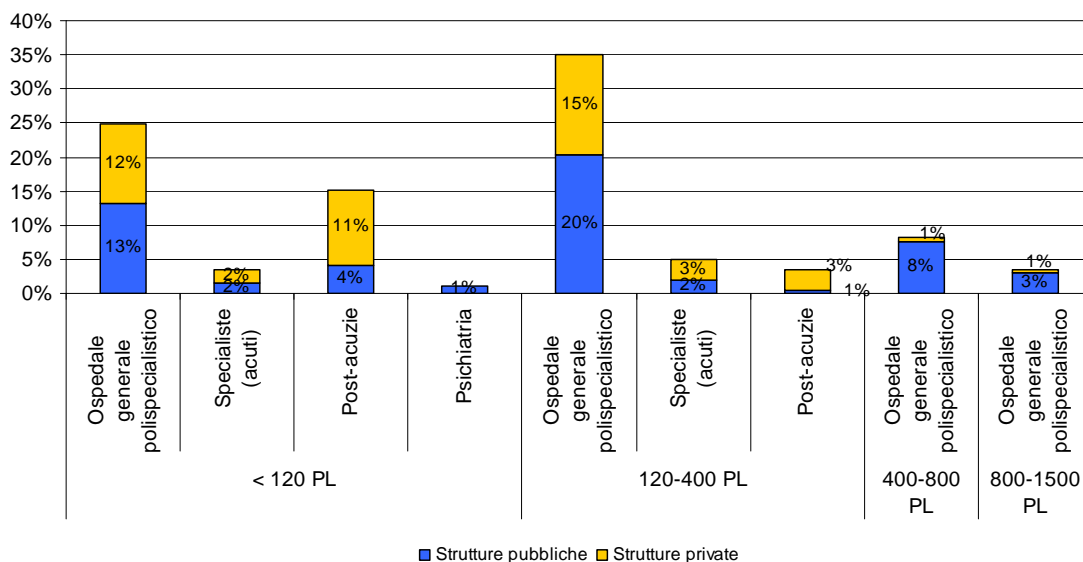
delle giornate di degenza effettivamente erogate dalla struttura ipotizzando un tasso di occupazione dei posti letto pari all'80% per l'area acuta e al 90% per la post acuzie. I risultati dell'analisi sono sintetizzati in Figura 1 e in Figura 2.

Figura 1. Classificazione delle strutture ospedaliere lombarde per natura generalista o specialistica e pubblica o privata (2005)



Fonte: Elaborazioni su dati SDO regionali. Sono state considerate solo le attività in regime SSN. Sono state considerate le singole strutture di ricovero anche se facenti capo a medesime AO oppure IRCCS.

Figura 2. Distribuzione ospedali lombarde per caratteristiche dimensionali, natura generalista o specialistica e natura pubblica o privata (2005)



Fonte: Elaborazioni su dati SDO regionali. Sono state considerate solo le attività in regime SSN. Sono state considerate le singole strutture di ricovero anche se facenti capo a medesime AO oppure IRCCS.

L'analisi mostra la maggiore concentrazione delle strutture private nelle classi delle strutture specialistiche o dedicate alla lungodegenza (41% contro il 16% delle strutture pubbliche). Ciò

nonostante, ben 54 strutture private accediate su 92 sono costituite da ospedali generali polispecialistici. La distribuzione delle strutture per dimensioni è simile a quella delle strutture pubbliche, tranne che nelle classi di medie-grandi dimensioni: la maggior parte delle strutture di ricovero lombarde (60%) è rappresentata ospedali di piccole o medie dimensioni (inferiore ai 400 posti letto) di tipo generalista, di cui poco meno della metà sono privati accreditati; solo quattro strutture private hanno, però, più di 400 PL equivalenti.

Un ulteriore elemento di analisi per il posizionamento degli ospedali ha considerato la presenza di strutture per l'emergenza/urgenza (pronto soccorso, DEA, EAS) negli ospedali dedicati agli acuti. Benché in misura minore rispetto al pubblico, il 70% dei posti letto privati accreditati è collocato in ospedali dotati di strutture per l'emergenza/urgenza (Tabella 1).

Tabella 1. Contributo alla rete di emergenza/urgenza in termini di PL equivalenti per acuti per tipologia di erogatori (2005)

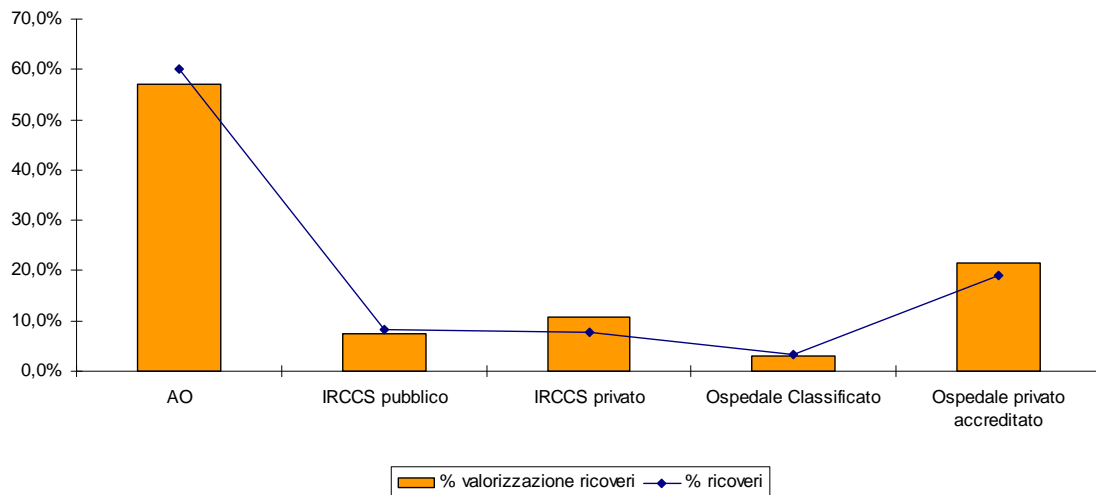
tabella	Totale PL equivalenti (acuti)	di cui % PL equivalenti (acuti) in strutture dedicate alla rete E/U
AO	23.080	94,8%
IRCCS PUBBLICO	2.656	78,8%
Totale Pubblico	25.736	93,2%
IRCCS privato	2.142	69,1%
Ospedale classificato	1.069	100,0%
Ospedali privati accreditati	4.889	64,1%
Totale Privato	8.100	70,1%

Fonte: Elaborazioni su dati SDO regionali. Il dato relativo alle AO include anche quello dei due presidi ospedalieri della ASL della Valcamonica.

Quote di mercato e attività svolte dalle strutture ospedaliere

Con riferimento all'attività svolta (circa 2 milioni di ricoveri – includendo sia il regime ordinario che il day hospital, sia i residenti lombardi che i pazienti provenienti da fuori regione), le strutture pubbliche erogano circa il 70% dei ricoveri contro il 30% delle strutture private. Tali percentuali variano leggermente (64 % vs 36%) se si considera la quota di mercato a valori invece che a volumi, ad indicare che il case-mix dei soggetti privati accreditati è mediamente più elevato rispetto a quello dei pubblici (Figura 3).

Figura 3. Quota di mercato in valori e volumi (RO e DH) per tipologia di erogatore (2006)



Fonte: Elaborazioni su dati SDO regionali.

In Lombardia la presenza e l'incidenza dell'ospedalità privata accreditata sono aumentate negli ultimi anni. I ricoveri erogati dalle strutture private accreditate sono passati dal 26% nel 2001 al 30% nel 2006; la corrispondente quota di mercato a valore (prima dell'applicazione di eventuali tetti) è passata dal 32% al 36% (Figura 4).

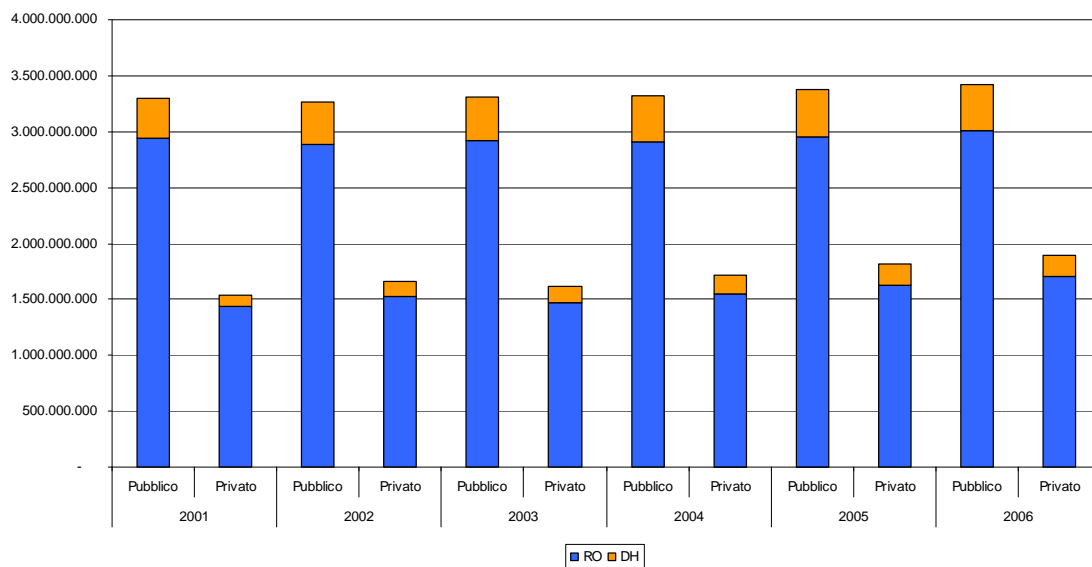
Al fine di analizzare le determinanti di tale aumento, si è proceduto ad una simulazione sulla valorizzazione dei ricoveri in base alle tariffe regionali (senza considerare eventuali differenziazioni tariffarie tra erogatori e prima dell'applicazione di eventuali abbattimenti tariffari). I risultati, riportati in Figura 5 evidenziano come, nel periodo 2002-2006, i ricoveri valorizzati delle strutture private siano complessivamente aumentati del 7,7%, un incremento scomponibile nelle seguenti componenti:

- un incremento del 2% (quindi al di sotto dell'inflazione) legato alla variazione delle tariffe dei DRG;
- una riduzione dello 0,8% per la diminuzione dei volumi erogati;
- un incremento del 6,5% per l'aumento del case-mix.

La medesima simulazione, applicata alle strutture pubbliche, ha evidenziato i seguenti risultati:

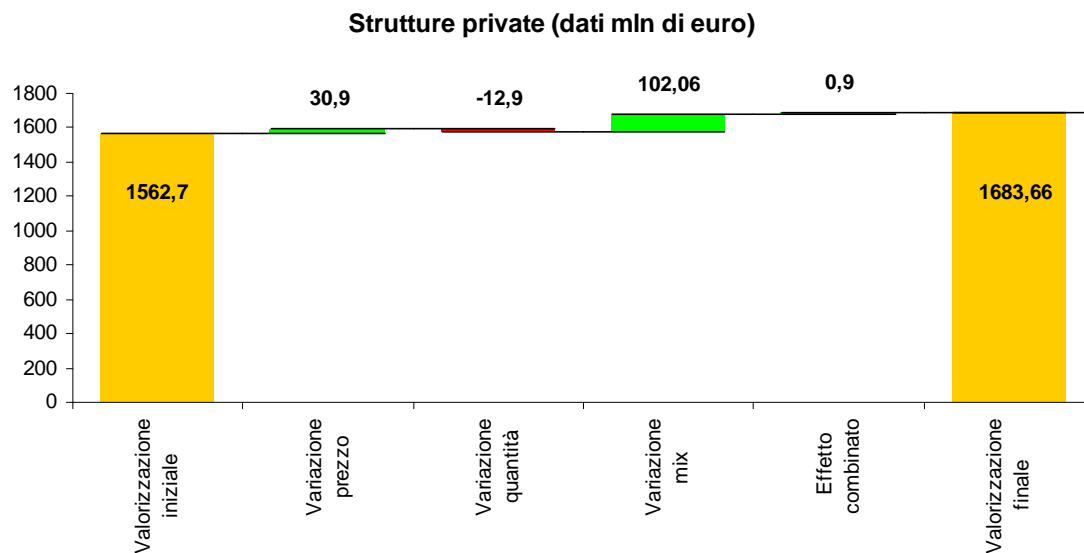
- un incremento del 3,7% legato alla variazione delle tariffe dei DRG;
- una riduzione del 12% per la diminuzione dei volumi erogati;
- un incremento del 8% per l'aumento del case-mix.

Figura 4. Trend valori ricoveri in regime ordinario e DH (2001-2006) – senza applicazione del meccanismo dei tetti

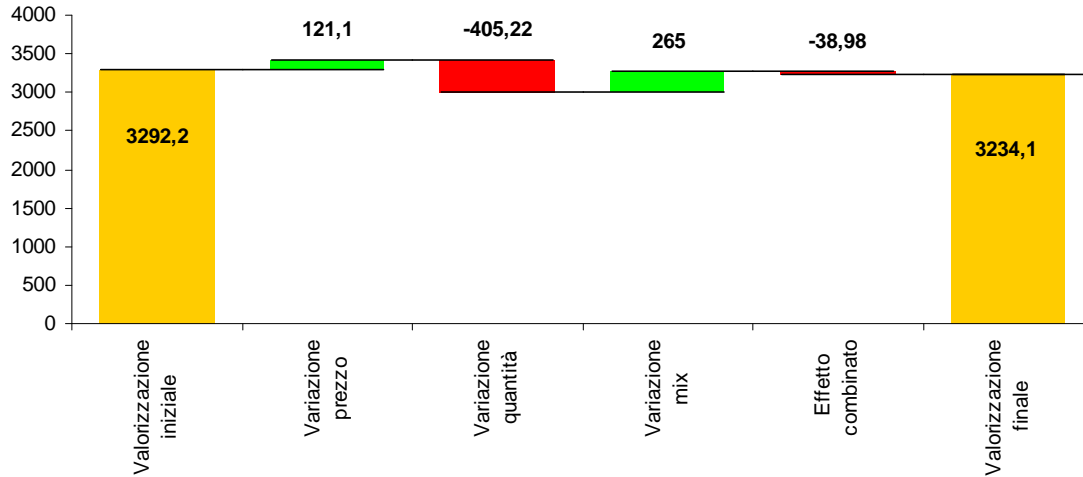


Fonte: Elaborazioni su dati SDO regionali.

Figura 5. Simulazione sulle determinanti della variazione della valorizzazione 2002-2006



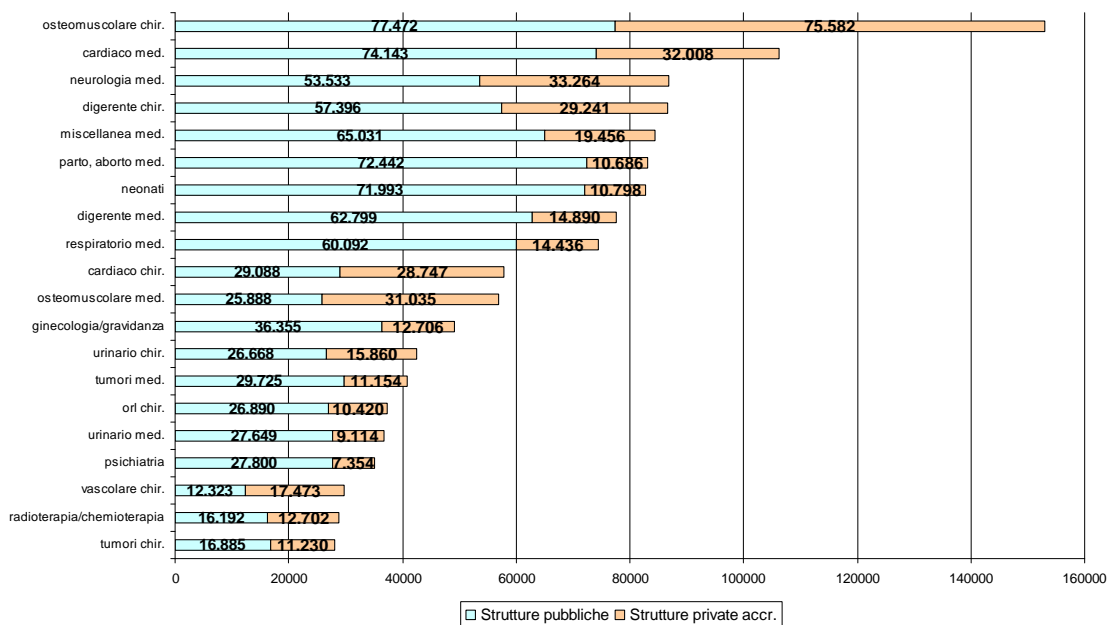
Strutture pubbliche (dati in mln di euro)



Fonte: Elaborazioni su dati SDO e tariffari regionali.

Un elemento di interesse nel posizionamento delle strutture di ricovero riguarda le discipline e le attività a cui afferiscono i ricoveri erogati. Al fine di qualificare l'attività svolta, i ricoveri sono stati classificati in funzione della linea produttiva di afferenza. Le linee produttive sono costruite sulla base delle MDC e dei DRG trattati in ciascuna disciplina e classificati in base a criteri anatomici, eziologici, terapeutici e di età. La Figura 6 mostra le prime 20 LP per rilevanza dei ricoveri e la natura pubblica o privata degli erogatori.

Figura 6. Gli erogatori delle prime 20 LP per rilevanza dei ricoveri in regime ordinario (2006)



Fonte: Elaborazioni su dati SDO regionali.

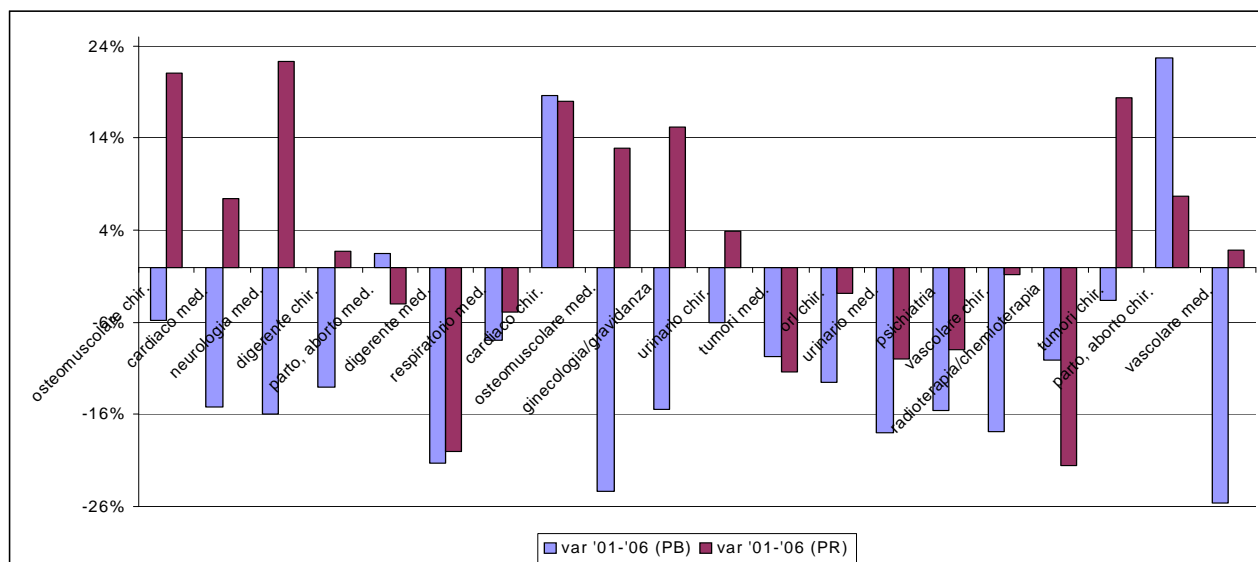
La figura evidenzia come, per alcune linee produttive, la presenza del privato sia significativamente superiore al dato medio e, nel caso dell'osteomuscolare medico e del vascolare chirurgico, superiore anche all'offerta pubblica, confermando la focalizzazione del privato su specifiche aree di intervento.

Si sottolinea che sia le strutture pubbliche che quelle private concentrano nelle prime 5 LP più del 50% dei ricoveri (rispettivamente 57% e 55%) con un mix delle LP che è però differente. Le prime 5 LP per le strutture pubbliche sono: la maternità¹ (20%), l'osteomuscolare medica e chirurgica (11%), l'apparato digerente medico e chirurgico (11%), la cardiologia medica e chirurgica (9%) e la neurologia medica e chirurgica (6%). Le prime 5 LP per le strutture private sono rappresentate invece da: osteomuscolare medica e chirurgica (20%), cardiologia medica e chirurgica (10%), oculistica (medica e chirurgica), apparato digerente (medico e chirurgico) e maternità (ciascuna 8%).

La situazione attuale è diversa rispetto a quanto erogato nel 2001. La Figura 7 mostra la variazione dei volumi erogati nel periodo 2001-2006, distinguendo le strutture pubbliche e quelle private accreditate, ed evidenziando in particolare:

- Alcuni comportamenti differenziati tra strutture pubbliche e private: ad esempio, per osteomuscolare chirurgico e medico, cardiaco medico, neurologia medica, ginecologia, urinario chirurgico e tumori chirurgici vengono rilevati significativi incrementi dei ricoveri erogati dai privati e una riduzione negli ospedali pubblici;
- Alcuni comportamenti omogenei tra strutture pubbliche e private: per esempio, un aumento dei volumi per cardiaco chirurgico e parto/aborto chirurgico; una riduzione per le LP: digerente medico, respiratorio medico, tumori medici, otorinolaringoiatra chirurgico, urinario medico, psichiatria e radioterapia.

Figura 7. Variazione percentuale del volume di ricoveri in regime ordinario (2001-2006) delle prime 20 LP



Fonte: Elaborazioni su dati SDO regionali.

I dati fino ad ora presentati riguardano tutti i ricoveri erogati in Lombardia. Se si considera la provenienza dei pazienti, i dati in Tabella 2 mostrano che il 10% dei ricoveri in regime ordinario

¹ La LP "maternità" include gli episodi di ricovero per i neonati sani, il parto-aborto medico e chirurgico e la gravidanza-ginecologia.

(per acuti e non) erogati in Lombardia si rivolge a pazienti provenienti da altre regioni. La metà di questi ultimi si rivolge a strutture pubbliche e l'altra metà a strutture private. L'attività per i pazienti extra-regione incide di più negli IRCCS (30% dell'attività per IRCCS privati, 19% per pubblici) e negli ospedali privati accreditati (13% dell'attività). La prima linea produttiva (LP) in termini di tasso di attrazione è l'osteomuscolare chirurgica, i cui ricoveri rappresentano il 14% dei ricoveri erogati a pazienti non residenti in Lombardia, seguita da cardiologia chirurgica e neurologia medica (i cui ricoveri sono poco più del 6% per ciascuna LP). Si evidenzia però un mix pubblico-privato differenziato: il privato attira di più per l'osteomuscolare (medica e chirurgica) e la cardiologia chirurgica; il pubblico per i tumori medici e l'apparato digerente chirurgico. Si segnala che gli ospedali della provincia di Milano attraggono il 44% della mobilità da fuori regione.

Tabella 2. Incidenza pazienti da fuori regione (ricoveri in RO), 2006

	% su totale pazienti extra-regione	Incidenza pazienti extra-regione su totale ricoveri struttura
AO	37%	6%
IRCCS pubblico	13%	19%
IRCCS privato	21%	30%
Ospedale classificato	2%	4%
Ospedale privato accreditato	27%	13%
Totale complessivo	100%	10%

Fonte: Elaborazioni su dati SDO regionali. Il dato relativo alle AO include anche quello dei due presidi ospedalieri della ASL della Valcamonica.

Un ultimo approfondimento ha indagato, in maggiore dettaglio, la provenienza dei pazienti. L'analisi ha mostrato che il 59% dei pazienti extra-regione proviene da regioni non confinanti, un flusso che non è quindi motivato da una maggiore comodità nel raggiungimento della struttura, ma è generalmente determinato dalla maggiore fiducia nella competenza dei medici e nella qualità delle prestazioni della struttura scelta².

Se e come i produttori di prestazioni ospedaliere reagiscono alle variazioni tariffarie?

L'ultima parte della ricerca si è focalizzata sui comportamenti degli erogatori in seguito a cambiamenti del tariffario regionale per i ricoveri. L'analisi ha cercato di verificare la presenza di un'eventuale correlazione tra le variazioni tariffarie e le variazioni dei volumi di attività prodotti dagli erogatori pubblici e privati accreditati.

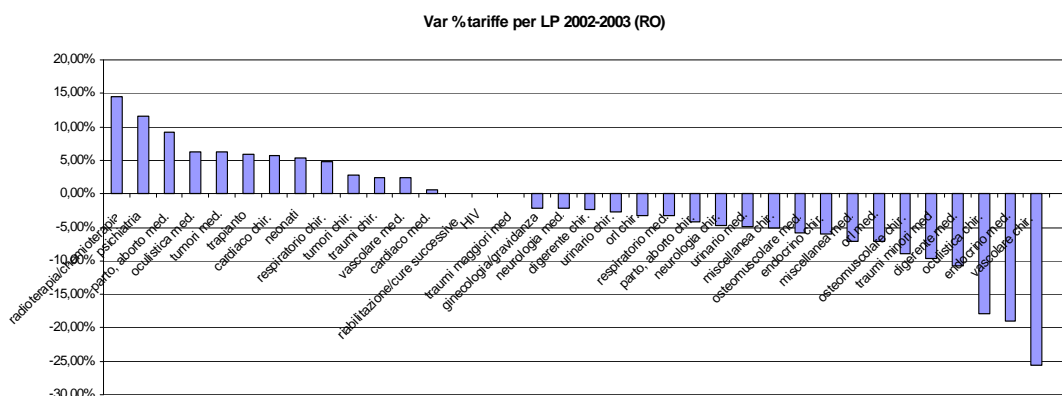
Da un punto di vista metodologico è stata svolta un'analisi documentale delle delibere regionali per ricostruire l'evoluzione del sistema tariffario per le prestazioni di ricovero in Lombardia negli ultimi sette anni (2001-2007), evidenziando le modifiche apportate a livello di ciascun DRG.

Sulla base di questa analisi, si è scelto di focalizzare l'attenzione sul cambiamento del tariffario deliberato con DGR n 12287/2003. Tale revisione si basava sull'applicazione di un metodo analitico di analisi dei costi delle prestazioni in un campione di strutture. Rispetto alle tariffe precedenti la DGR 12287/2003 ha fissato una riduzione media delle tariffe del 4,73% per i ricoveri in RO e del 2,12% per il DH). L'analisi delle modifiche al tariffario ha inoltre mostrato

² Secondo l'ultima indagine multiscopo dell'ISTAT, il 59,5% dei ricoveri fuori regione è stato effettuato per maggiore fiducia nella competenza dei medici della struttura scelta, mentre il 21,5% perché la struttura era più comoda da raggiungere o più vicina ai parenti, il 13,9% per mancanza di fiducia nelle strutture della propria regione.

una deviazione standard degli scostamenti per singolo DRG del 20% per i ricoveri in RO e del 19% per i ricoveri in DH. La Figura 8 riporta la variazione media ponderata delle tariffe applicate ai ricoveri in RO per ciascuna LP e mostra un'elevata eterogeneità tra le LP, con incrementi più significativi per la radioterapia, la psichiatria e il parto-aborto medico e decrementi più rilevanti per la vascolare chirurgica, l'endocrinologia medica e l'oculistica chirurgica.

Figura 8. Variazioni tariffarie lombarde 2002-2003 medie ponderate per LP (ricoveri in RO)



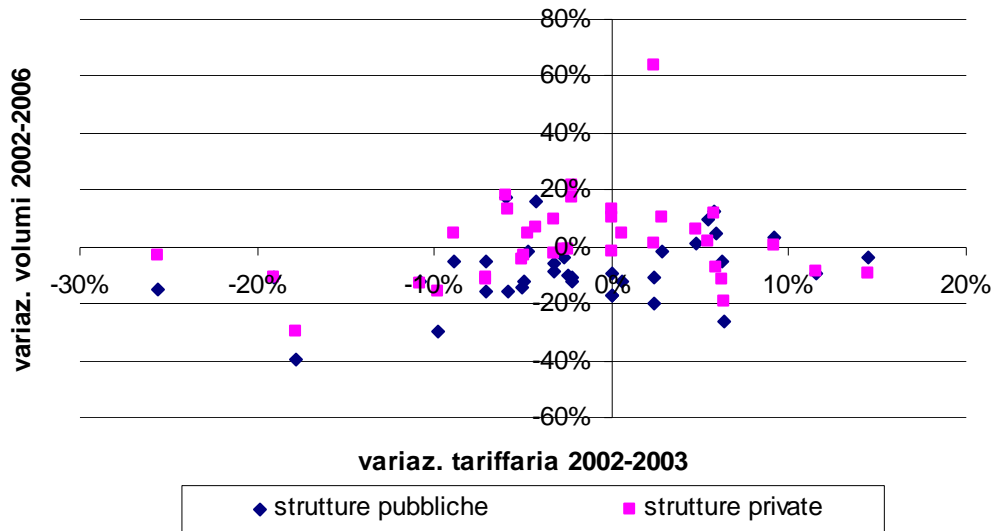
Fonte: Elaborazioni su tariffari regionali.

Prima di presentare i risultati dell'analisi è opportuno sottolineare alcuni ulteriori aspetti metodologici. L'analisi è stata svolta a livello di LP cercando di verificare la correlazione tra le variazioni tariffarie 2002-2003 e le variazioni dei volumi 2002-2006. L'ampiezza del periodo di riferimento per la misurazione della variazione dei volumi è finalizzata alla valutazione degli effetti di reazione nel medio periodo. Si è, inoltre, scelto di concentrare l'analisi solo sui ricoveri in regime ordinario in quanto il conteggio dei ricoveri in DH non è avvenuto in maniera univoca tra le diverse strutture di ricovero (in alcuni casi sono stati conteggiati come DH i singoli accessi, in altri casi il ricovero in DH include più accessi)³.

Fatte queste premesse, nella Figura 9 le singole linee produttive sono state posizionate all'interno di una matrice sulla base della variazione tariffaria media e della variazione dei volumi (distinguendo i ricoveri svolti dalle strutture pubbliche e private). L'analisi non sembra evidenziare una chiara correlazione tra queste due dimensioni. La dinamica più evidente è rappresentata, invece, dalla modifica delle quote di mercato: le aziende private hanno generalmente mantenuto o aumentato i ricoveri erogati, mentre quelle pubbliche li hanno diminuiti, in un modo che sembra abbastanza indipendente dalla variazione tariffaria.

³ Negli ultimi anni la regione Lombardia ha previsto delle regole per omogeneizzare i flussi informativi dei ricoveri in DH.

Figura 9. Correlazione tra variazione tariffa 2002-2003 e variazione volumi 2002-2006 per linea produttiva in Lombardia



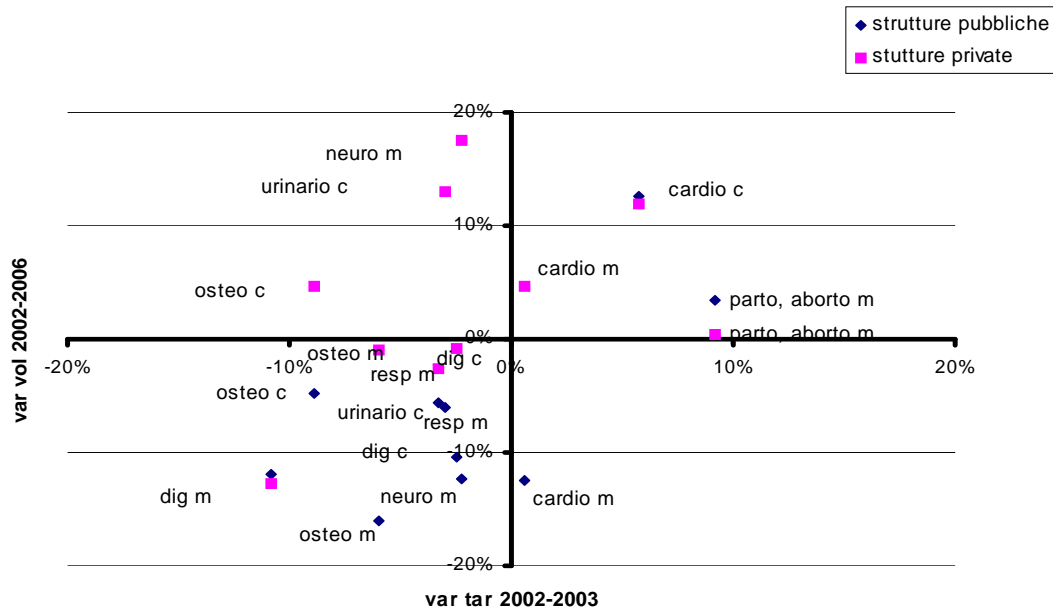
Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO e tariffari regionali.

Considerando il fatto che le singole LP hanno un peso differente in termini di volumi complessivamente erogati, si è successivamente concentrata l'analisi sulle prime 10 LP. La Figura 10 mostra come, nella maggior parte delle LP, le variazioni dei volumi siano state diverse tra pubblico e privato, tranne che per cardiologia chirurgica e digerente medico. La medesima figura evidenzia una variazione dei volumi che ha lo stesso segno della variazione delle tariffe, ad eccezione delle LP osteomuscolare chirurgico, neurologia medica e urinario chirurgico (per le quali le strutture private aumentano i volumi a fronte di decrementi delle tariffe) e cardiaca medica (rispetto alla quale le strutture pubbliche hanno ridotto l'attività, nonostante una sostanziale invarianza della tariffa).

I risultati dell'analisi non consentono di affermare che ad una variazione in aumento della tariffa siano necessariamente correlate modifiche in aumento dei volumi e viceversa. Risulta evidente che ulteriori fattori influenzano il trend dei volumi, inficiando o addirittura invertendo l'andamento naturale in un contesto di mercato⁴. L'analisi suggerisce, quindi, che le Regioni non possono guidare il comportamento degli erogatori verso i propri obiettivi di politica sanitaria solo attraverso il sistema tariffario. E' invece fondamentale che le modifiche del sistema tariffario siano inserite in un quadro coordinato e coerente di strumenti per orientare i comportamenti degli erogatori pubblici e privati (ad esempio i sistemi di programmazione e controllo regione-aziende e i sistemi di accreditamento).

⁴ I risultati possono anche dipendere da alcuni limiti tecnici dell'analisi. Ad esempio non è stato possibile analizzare le variazioni tariffarie includendo oltre al valore DRG eventuali rimborsi extra-tariffa. Allo stesso modo il calcolo delle variazioni tariffarie non tiene conto dell'introduzione nel 2003 in Lombardia delle differenziazione tariffaria per tipologia di struttura.

Figura 10. Correlazione tra variazione tariffa 2002-2003 e variazione volumi 2002-2006 nelle prime 10 LP



Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO e tariffari regionali.

Conclusioni

Il confronto tra i posizionamenti strategici degli ospedali pubblici e privati in Lombardia conferma le specificità del privato accreditato lombardo nel contesto nazionale.

Innanzitutto non svolge un ruolo di complemento rispetto all'offerta pubblica, ma si pone come concorrente. Le strutture di ricovero private accreditate lombarde: hanno dimensioni medie più elevate rispetto al dato nazionale; sono prevalentemente dedicate all'attività di ricovero per acuti (64 strutture su 92), anziché a riabilitazione e lungodegenza; hanno case mix mediamente più elevati rispetto alle strutture pubbliche (Figura 3); attraggono il 50% dei pazienti ricoverati in Lombardia ma provenienti da fuori regione (Tabella 2); sono coinvolte nella rete di emergenza/urgenza (Tabella 1) e nelle attività di ricerca sanitaria.

Rispetto al pubblico, gli ospedali privati sembrano però caratterizzarsi per una maggiore focalizzazione delle attività: 11% delle strutture private è di natura specialistica (cioè copre una ristretta gamma di discipline di natura specialistica in cui concentra il 90% dell'attività), rispetto al 7% delle strutture pubbliche (Figura 1) e l'attività si concentra in alcune linee produttive (come ad esempio osteomuscolare medico e vascolare chirurgico, cfr Figura 6).

In Lombardia la presenza e l'incidenza dell'ospedalità privata accreditata sono aumentate negli ultimi anni. I ricoveri erogati dalle strutture private accreditate sono passati dal 26% nel 2001 al 30% nel 2006; la corrispondente quota di mercato a valore è passata dal 32% al 36% (Figura 4), principalmente come conseguenza della riduzione della produzione delle strutture pubbliche e un aumento del case-mix trattato (Figura 5).

L'analisi che ha indagato la presenza di una eventuale correlazione tra le variazioni tariffarie e quelle dei volumi di attività degli erogatori pubblici e privati accreditati non sembra evidenziare una chiara correlazione tra queste due dimensioni. La dinamica più evidente è rappresentata, invece, dalla modifica delle quote di mercato: le aziende private hanno generalmente mantenuto o aumentato i ricoveri erogati, mentre quelle pubbliche li hanno diminuiti, in modo abbastanza indipendente dalla variazione tariffaria. L'analisi suggerisce, quindi, che le Regioni non possono

guidare il comportamento degli erogatori verso i propri obiettivi di politica sanitaria solo attraverso il sistema tariffario. E' invece fondamentale che le modifiche del sistema tariffario siano inserite in un quadro coordinato e coerente di strumenti per orientare i comportamenti degli erogatori pubblici e privati (ad esempio i sistemi di programmazione e controllo regione-aziende e i sistemi di accreditamento).

Il CERGAS Bocconi - www.cergas.unibocconi.it

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) è stato fondato nel 1978 per promuovere, coordinare e svolgere attività di ricerca di base e applicata sugli assetti, le dinamiche e le performance delle aziende e dei sistemi di aziende operanti nei settori sanitario, socio-sanitario, socio-assistenziale e socio-educativo.

Il Centro utilizza i principi, le metodologie e gli strumenti propri dell'economia aziendale e del management pubblico per supportare le istituzioni e le aziende che rispondono ai bisogni di salute, di benessere e di sviluppo delle persone. Particolare attenzione è rivolta alle dinamiche evolutive delle aziende del sistema di *welfare* e ai loro processi di innovazione, monitorati e verificati tramite appositi Osservatori a carattere settoriale. I materiali e i rapporti relativi all'attività di ricerca sono disponibili sul sito.

Team di ricerca

Al progetto hanno partecipato i seguenti ricercatori CERGAS: Eugenio Anessi Pessina, Elena Cantù, Clara Carbone, Francesco Longo. Si ringrazia Vincenza Del Fabbro per il prezioso contributo nell'analisi dei dati.

Per informazioni e chiarimenti:

CERGAS - Università Bocconi - Via Roentgen 1 - 20136 Milano

Tel.: 02-5836.2596-2602-5261 - Fax: 02-5836.2598 - E-mail: cergas.oasi@unibocconi.it