

Progetto di ricerca del CERGAS Bocconi
per Assolombarda e AIOP Lombardia

Bocconi

Osservatorio sull'assistenza sanitaria privata in Italia

Rapporto di ricerca

Osservatorio sanità privata

Obiettivi della ricerca

Bocconi

- Sviluppare l'osservatorio sulla sanità privata, avviato negli anni scorsi e finalizzato a monitorare le caratteristiche della domanda e dell'offerta di assistenza ospedaliera e distrettuale privata in Italia, nonché la loro articolazione per Regioni
- Approfondire due temi di ricerca specifici, al fine di identificare opportunità e minacce strategiche per la sanità privata

Osservatorio sanità privata

Approfondimenti tematici

•
B
e
c
c
o
n
i

- Analisi dei criteri di riparto del FSR lombardo, confrontando i criteri utilizzati per gli erogatori pubblici rispetto a quelli per i privati accreditati
- Analisi del processo di negoziazione e controllo della committenza regionale sulle aziende sanitarie private accreditate e pubbliche (confronto tra casi regionali)

Osservatorio sanità privata

Obiettivo dell'Osservatorio

Bocconi

- Fotografia del settore
 - Dati di spesa
 - Dimensioni
 - Quote di mkt
- Tendenze in atto

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%		

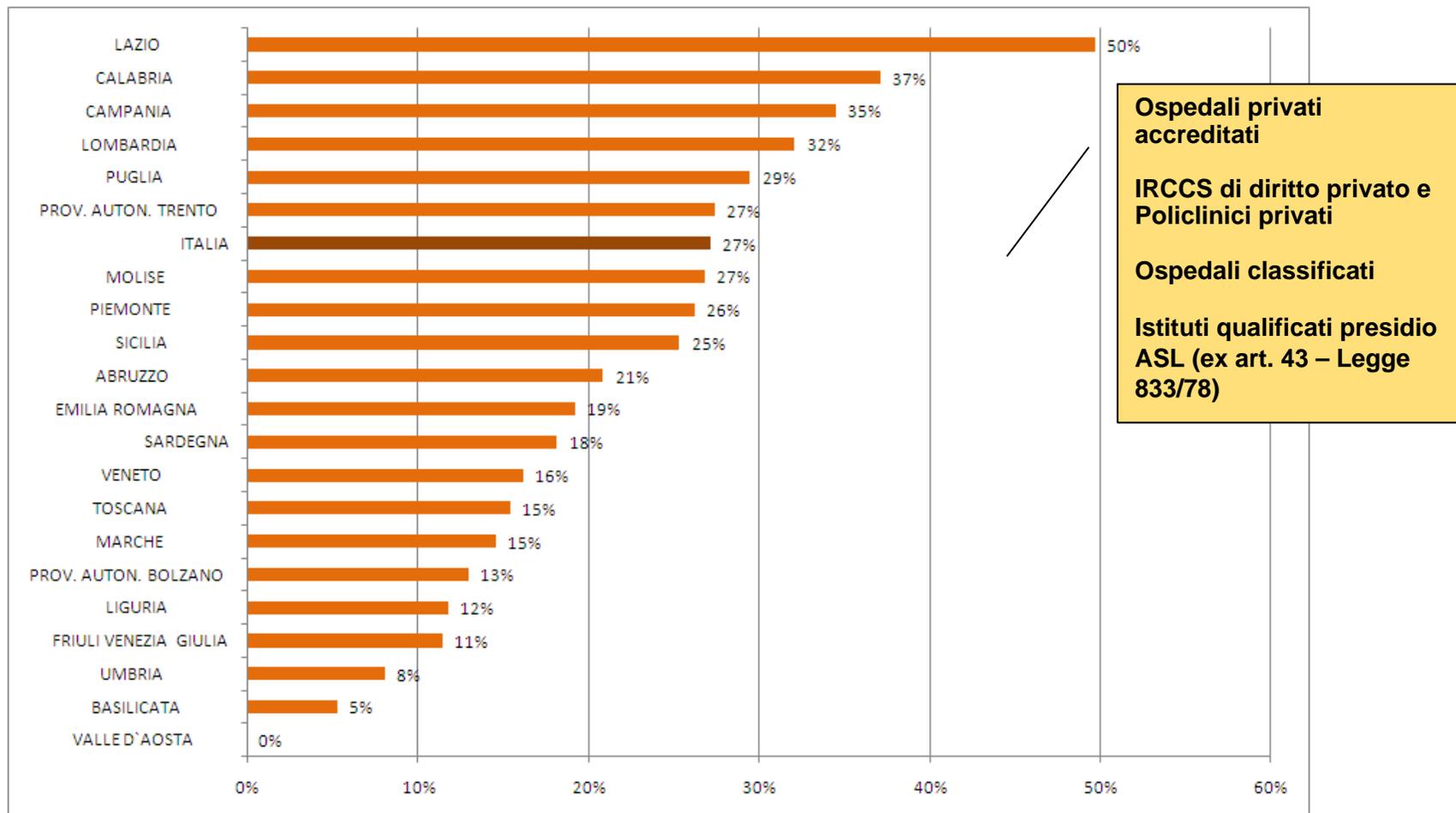
**NB: La spesa include le prestazioni erogate a pazienti provenienti da altre regioni
Per la Lombardia il dato al netto della mobilità può essere stimato al 25%**

Elaborazioni OASI su RGSEP

Fotografia del settore

Incidenza PL privati accreditati per regione

Beconi



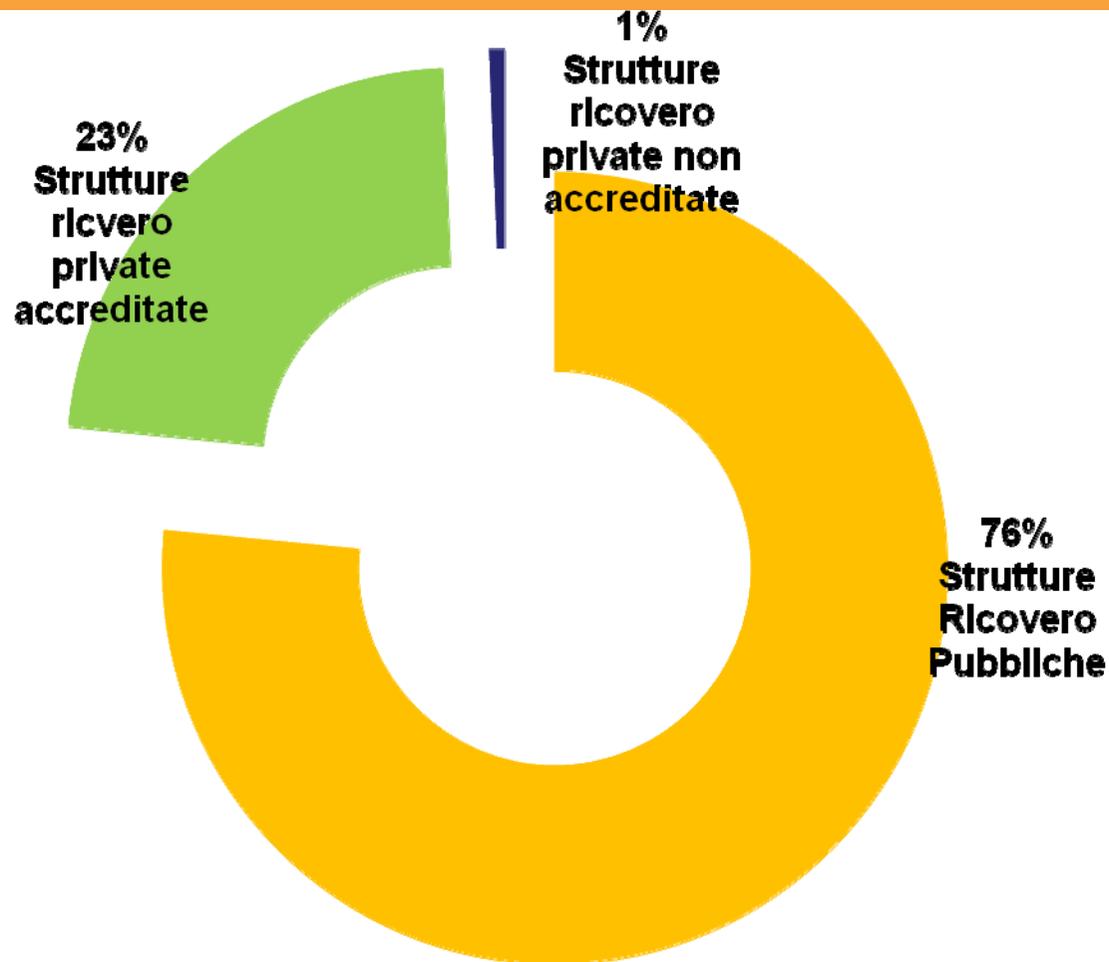
A livello nazionale prevalenza di PL privati accr. in RO: 28% RO vs 15% DH

Fotografia del settore

Distribuzione dei ricoveri per pubblico e privato

Bocconi

- Ospedali privati accreditati
- IRCCS di diritto privato e Policlinici privati
- Ospedali classificati
- Istituti qualificati presidio ASL (ex art. 43 – Legge 833/78)

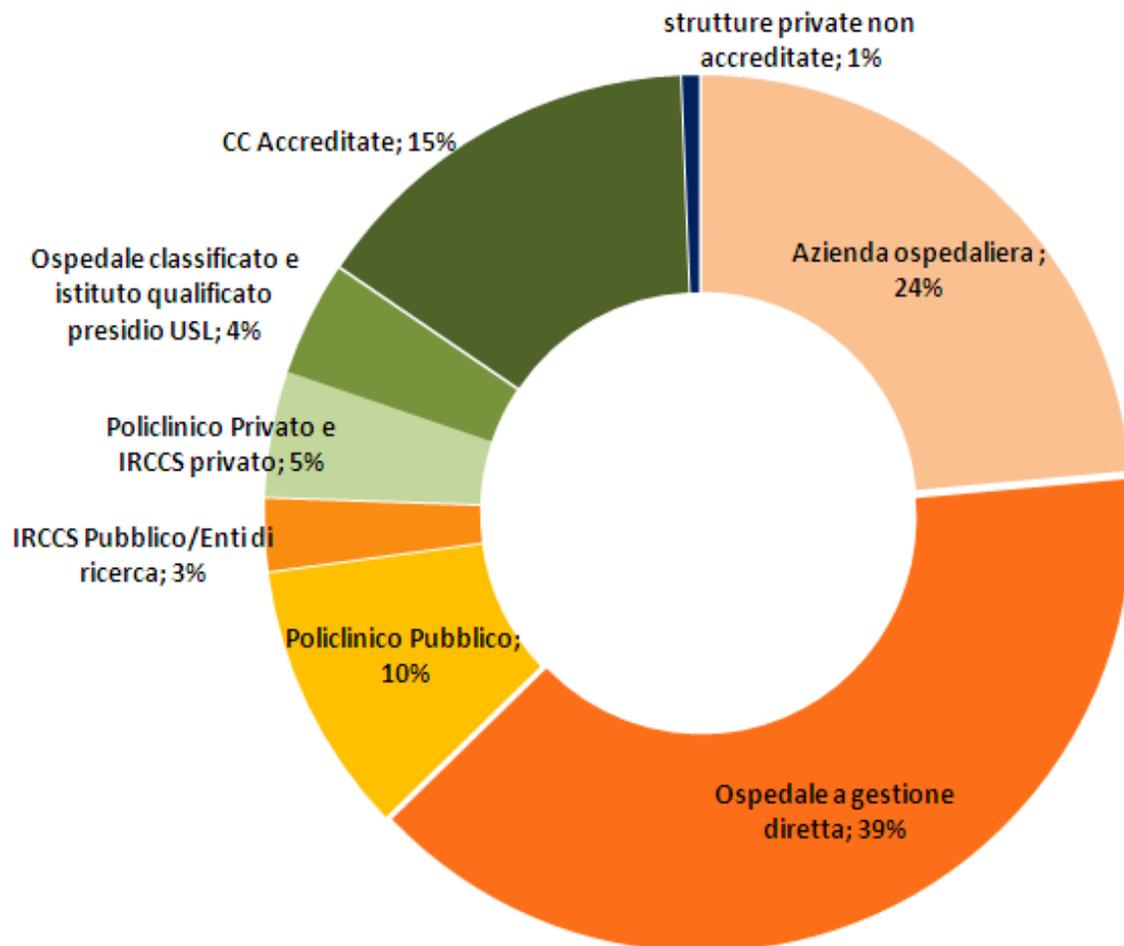


Elaborazioni OASI su Dati SDO Ministero della Salute 2008 – ricoveri acuti e non acuti , regime ordinario e day hospital

Fotografia del settore

Quote di mkt per tipologia di struttura

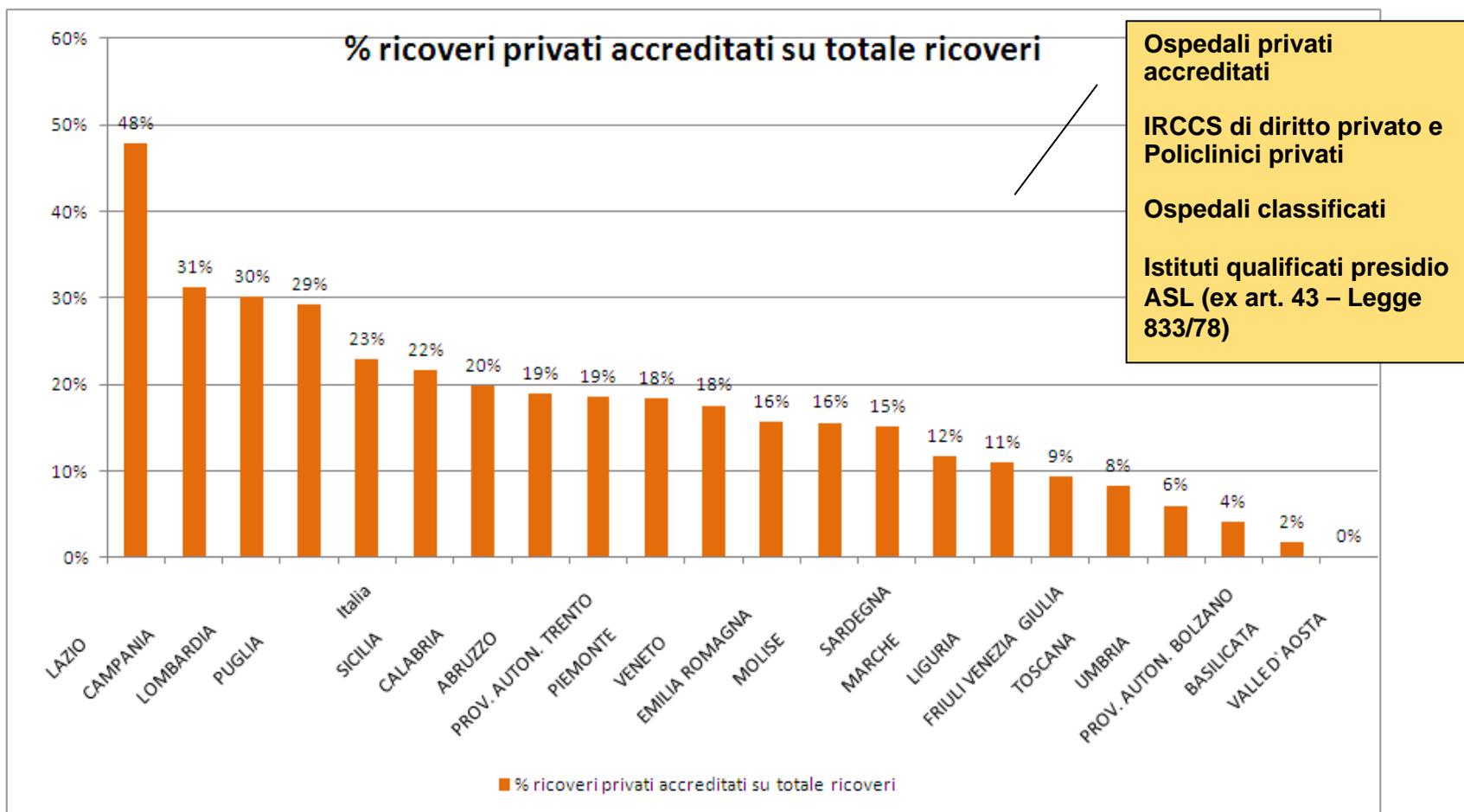
Bocconi



Elaborazioni OASI su Dati SDO Ministero della Salute 2008 – ricoveri acuti e non acuti , regime ordinario e day hospital

Fotografia del settore Incidenza ricoveri da strutture private

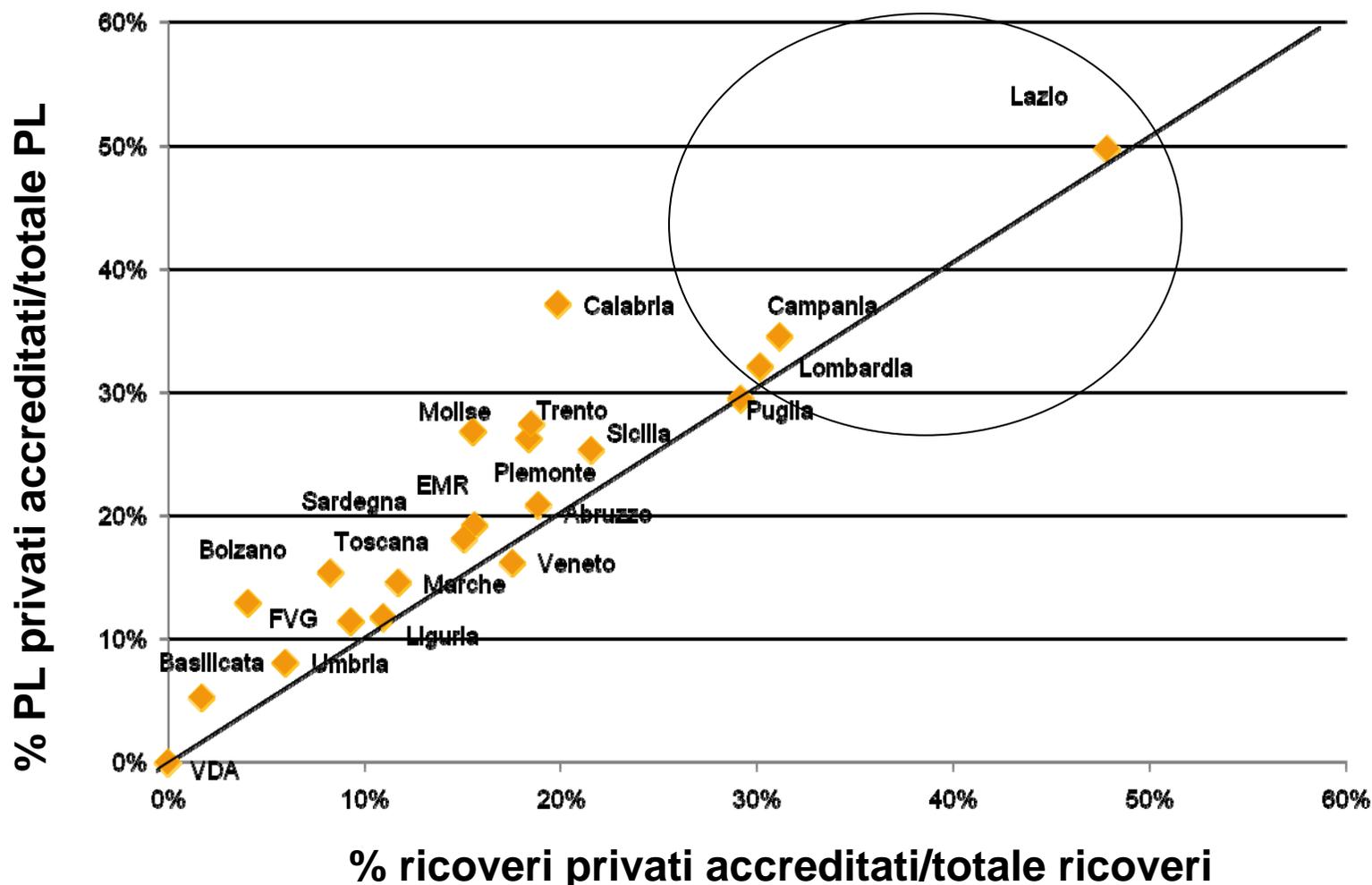
Becconi



Fotografia del settore

Relazione % PL privati accreditati e quota di mkt dei privati accreditati

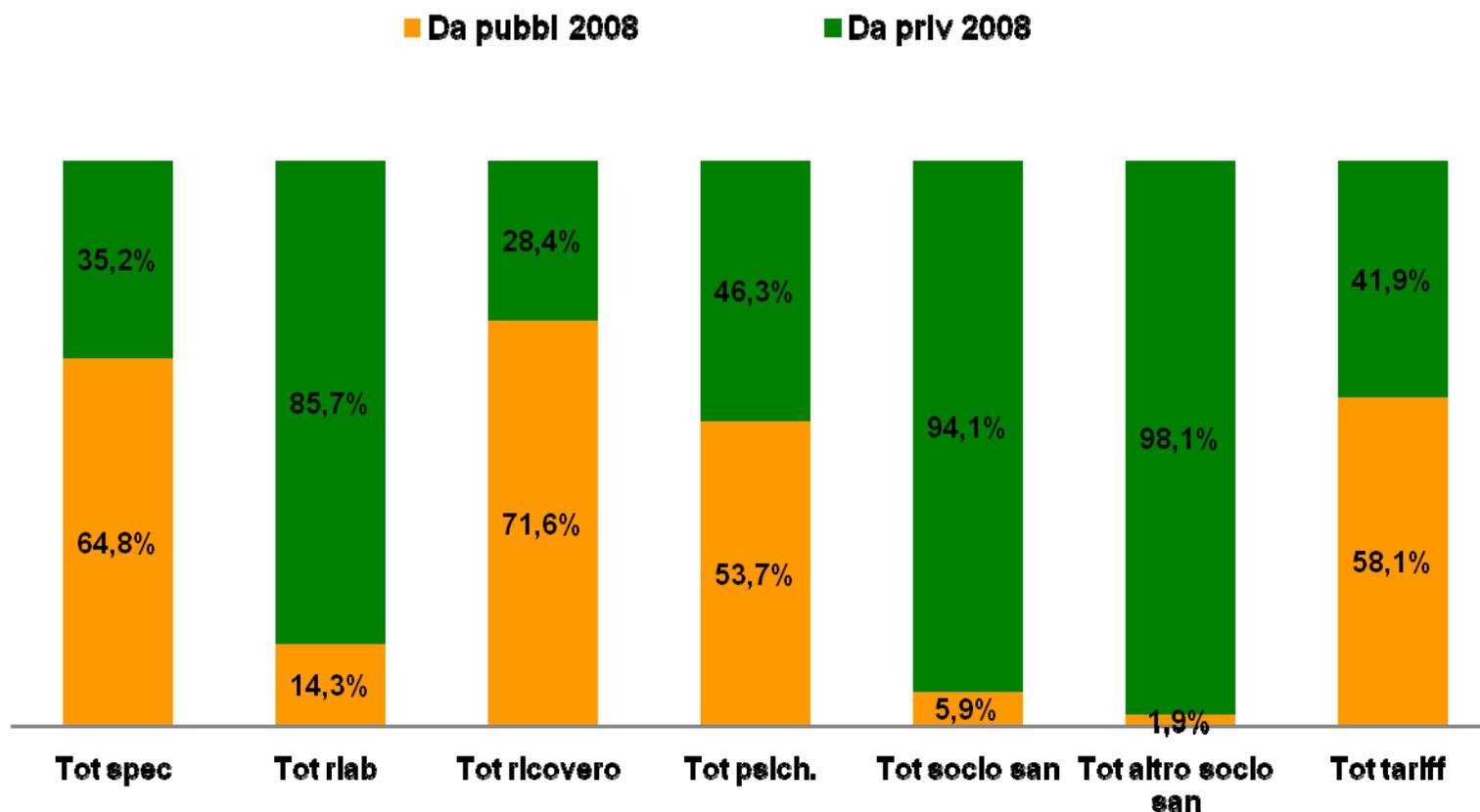
Bocconi



Elaborazioni OASI su Dati SDO Ministero della Salute 2008 – acuti e non acuti , regime ordinario e day hospital

Fotografia del settore Focus Lombardia - Valorizzazione della produzione tariffabile

Beeconi



Elaborazioni dati Regione Lombardia 2008

Fotografia del settore

Focus Lombardia – Contributo alla rete di E/U in termini di PL equivalenti

Bocconi

	Totale PL equivalenti (acuti)	<i>di cui % PL equivalenti (acuti) in strutture dotate di PS/DEA/EAS</i>
tabella		
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%

NB: il dato delle AO include quello dei presidi ospedalieri di ASL

Elaborazioni dati Regione Lombardia 2007

Tendenze in atto

BOCCONI

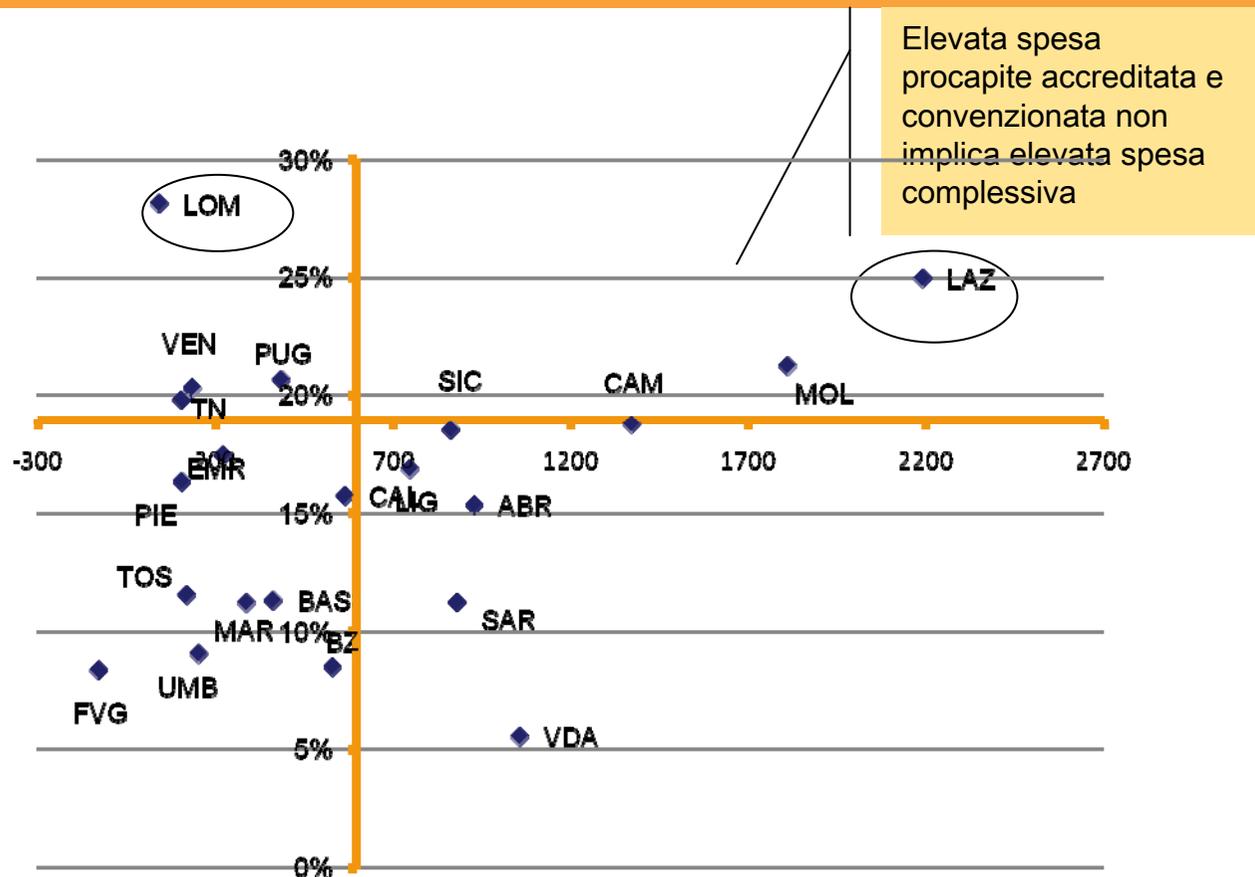
- Elevata spesa procapite accreditata e convenzionata non implica elevata spesa complessiva
- Privato accreditato a due facce
 - Privato “di piccole dimensioni” vs Privato “di medio-grandi dimensioni”
 - Aree di ricerca concentrate prevalentemente in Lombardia e Lazio(IRCCS)
 - Sbilanciamento “Area Post-acuti” vs Bilanciamento “Area Acuti e Post-acuti”
- Segmenti di Mkt diversi “Pubblico vs Privato”
 - Offerta prevalentemente pubblica sull’area acuti
 - Offerta prevalentemente privata sull’area non acuti
- Sviluppo di strutture private sull’area territoriale (strutture residenziali, IdR ecc)

Tendenze in atto

Spesa sanitaria privata e disavanzo sanitario pro capite cumulado

Beconi

% Spesa sanitaria privata corrente su totale della spesa sanitaria 2009



Disavanzo sanitario pro capite cumulado 2001-2009

Elaborazioni OASI su RGSEP 2009

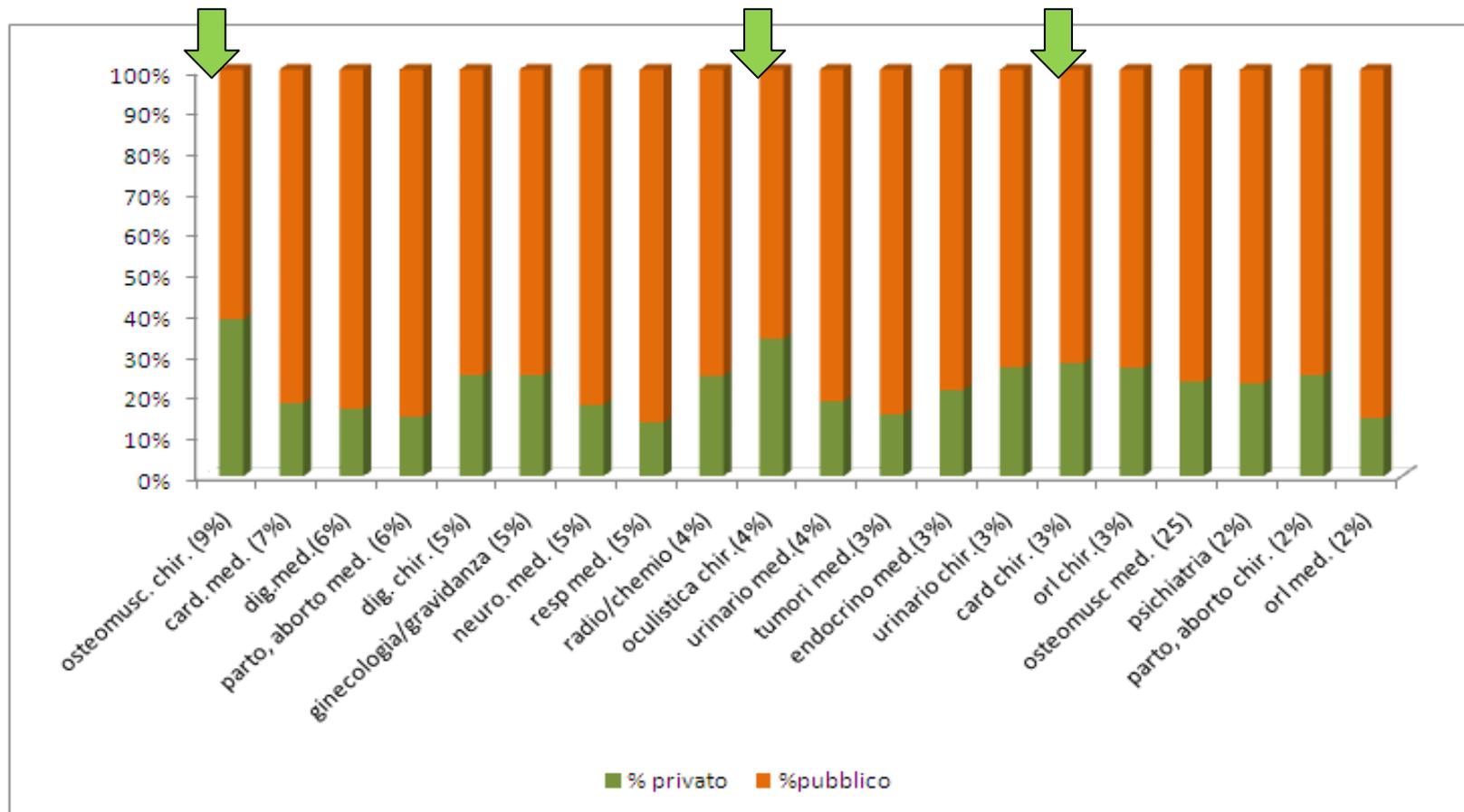
Tendenze in atto

- Elevata spesa procapite accreditata e convenzionata non implica elevata spesa complessiva
- Segmenti di Mkt diversi “Pubblico vs Privato”
 - Offerta prevalentemente pubblica sull’area acuti
 - Offerta prevalentemente privata sull’area non acuti
- Privato accreditato a due facce
 - Privato “di piccole dimensioni” vs Privato “di medio-grandi dimensioni”
 - Aree di ricerca concentrate prevalentemente in Lombardia e Lazio(IRCCS)
 - Sbilanciamento “Area Post-acuti” vs Bilanciamento “Area Acuti e Post-acuti”
 - Privato di alta specialità vs privato “non di alta specialità”
- Sviluppo di strutture private sull’area territoriale (strutture residenziali, IdR ecc)

Tendenze in atto

Prime 20 LP per numerosità di ricoveri per acuti (RO e DH) – cfr. pubblico-privato

Bocconi



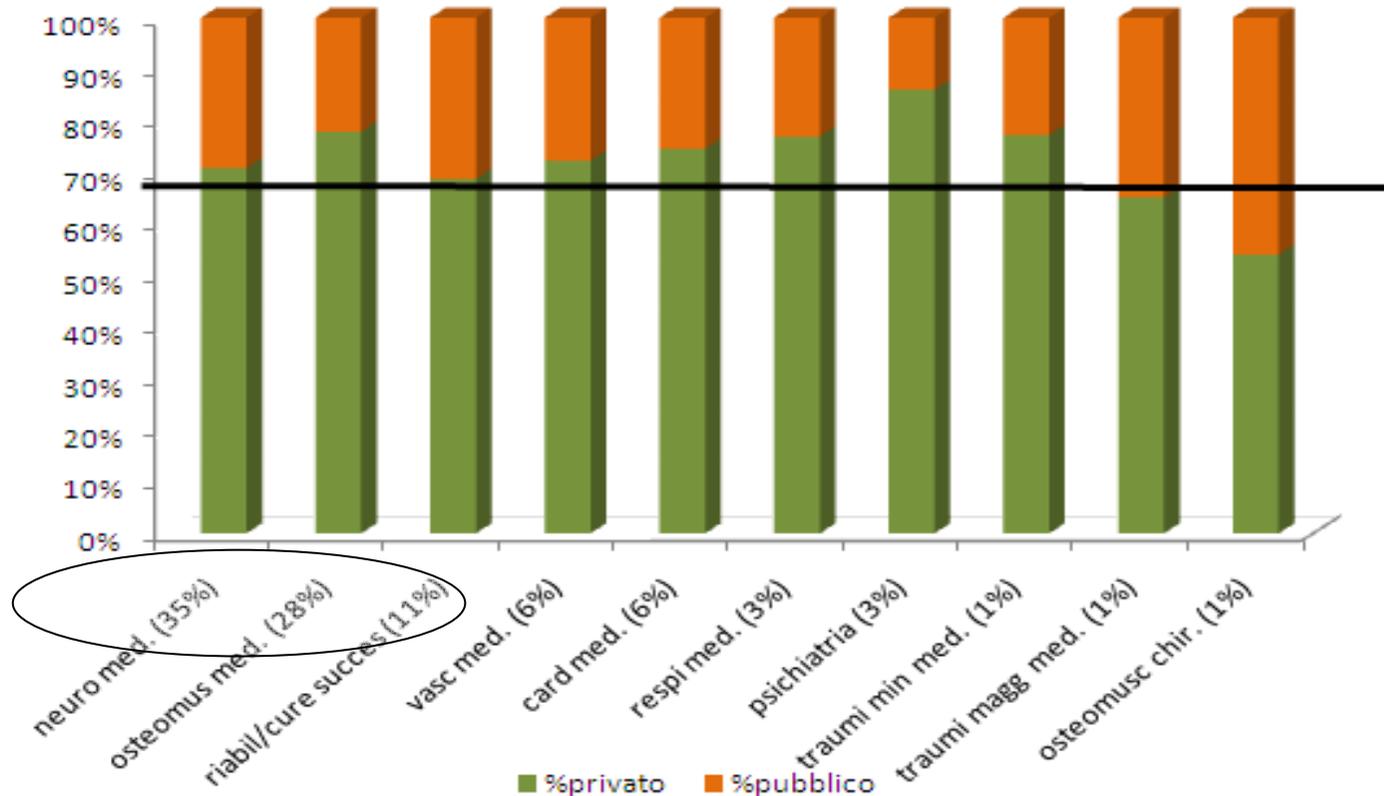
Elaborazioni OASI su Dati SDO Ministero Salute 2008

Le prime 20 LP rappresentano circa l'82% dei ricoveri complessivi

Tendenze in atto

Prime 10 LP per numerosità gg degenza area riabilitazione (RO e DH) – cfr. pubblico-privato

Bocconi



Elaborazioni OASI su Dati SDO Ministero Salute 2008

Le prime 10 LP rappresentano circa il 95% delle gg di degenza in riabilitazione

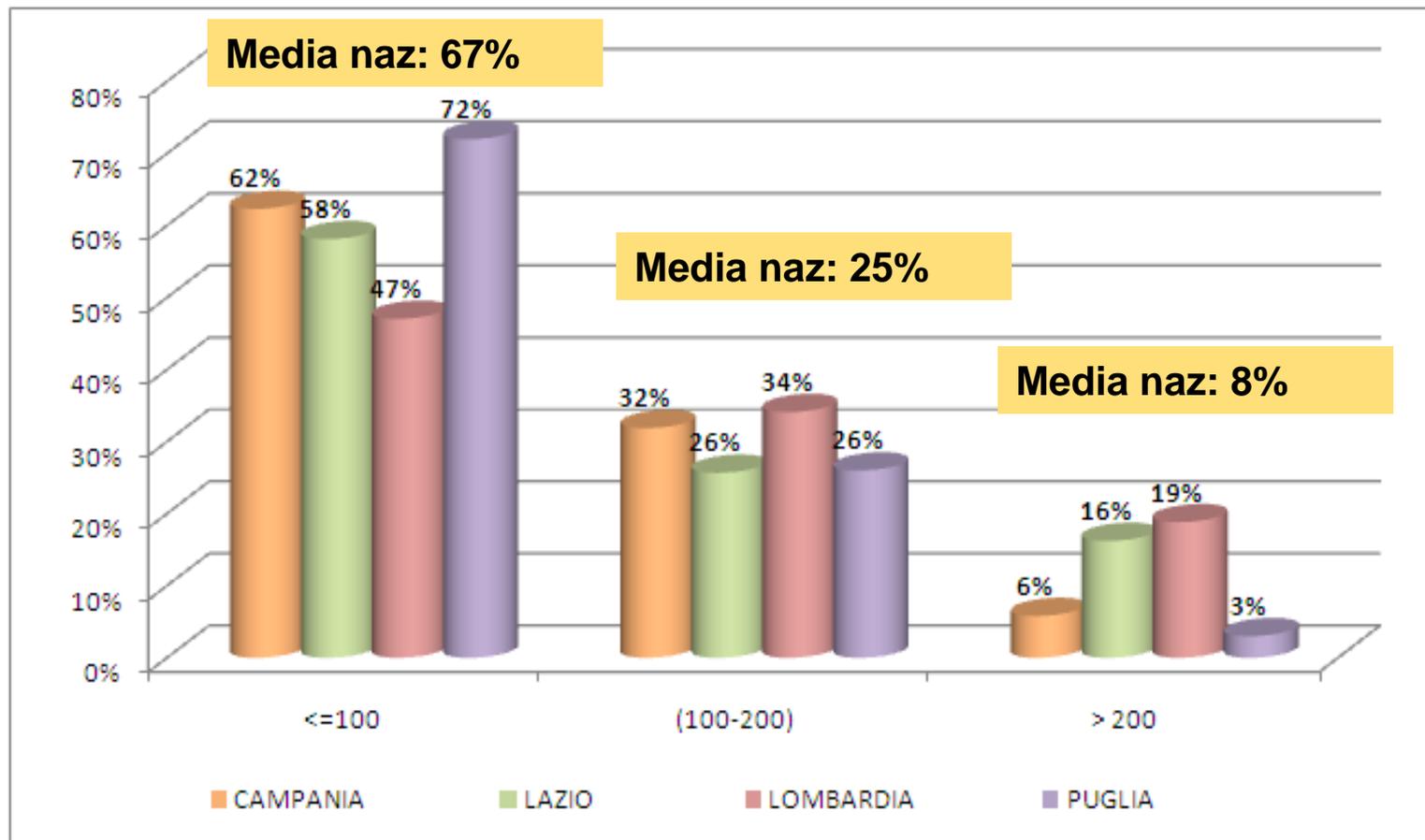
Tendenze in atto

- Elevata spesa procapite accreditata e convenzionata non implica elevata spesa complessiva
- Segmenti di Mkt diversi “Pubblico vs Privato”
 - Offerta prevalentemente pubblica sull’area acuti
 - Offerta prevalentemente privata sull’area non acuti
- **Privato accreditato a due facce**
 - **Privato “di piccole dimensioni” vs Privato “di medio-grandi dimensioni”**
 - Aree di ricerca concentrate prevalentemente in Lombardia e Lazio(IRCCS)
 - Sbilanciamento “Area Post-acuti” vs Bilanciamento “Area Acuti e Post-acuti”
 - Privato di alta specialità vs privato “non di alta specialità”
- Sviluppo di strutture private sull’area territoriale (strutture residenziali, IdR ecc)

Tendenze in atto

Distribuzione H privati accreditati, IRCCS e Policlinici privati per PL accreditati (circa 23% dei PL del SSN)

Becconi



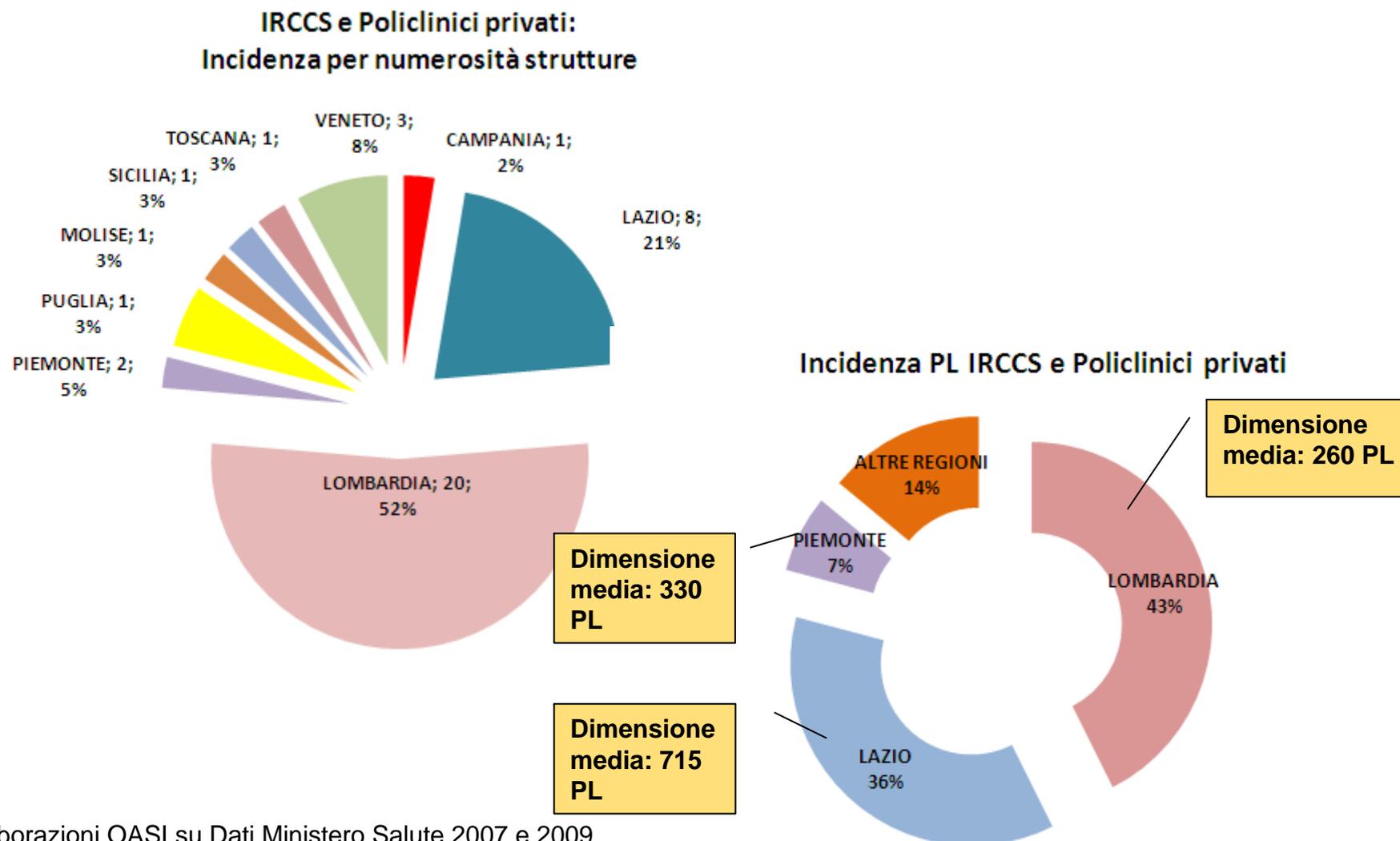
Elaborazioni OASI su Dati Ministero Salute 2007

Tendenze in atto

- Elevata spesa procapite accreditata e convenzionata non implica elevata spesa complessiva
- Segmenti di Mkt diversi “Pubblico vs Privato”
 - Offerta prevalentemente pubblica sull’area acuti
 - Offerta prevalentemente privata sull’area non acuti
- **Privato accreditato a due facce**
 - Privato “di piccole dimensioni” vs Privato “di medio-grandi dimensioni”
 - **Aree di ricerca concentrate prevalentemente in Lombardia e Lazio(IRCCS)**
 - Sbilanciamento “Area Post-acuti” vs Bilanciamento “Area Acuti e Post-acuti”
 - Privato di alta specialità vs privato “non di alta specialità”
- Sviluppo di strutture private sull’area territoriale (strutture residenziali, IdR ecc)

Tendenze in atto

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

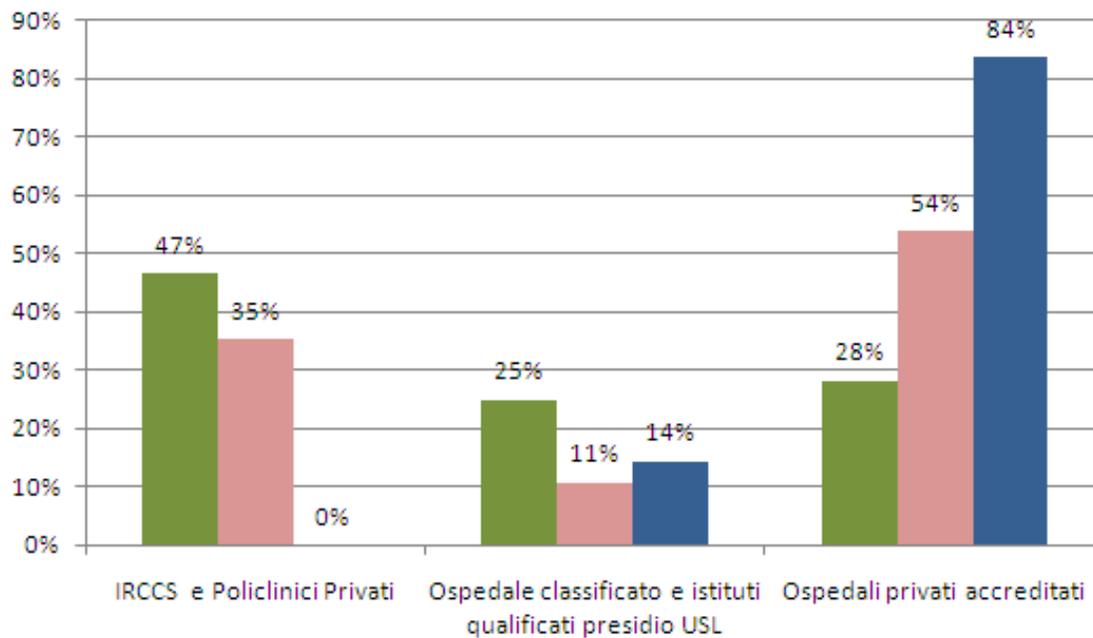
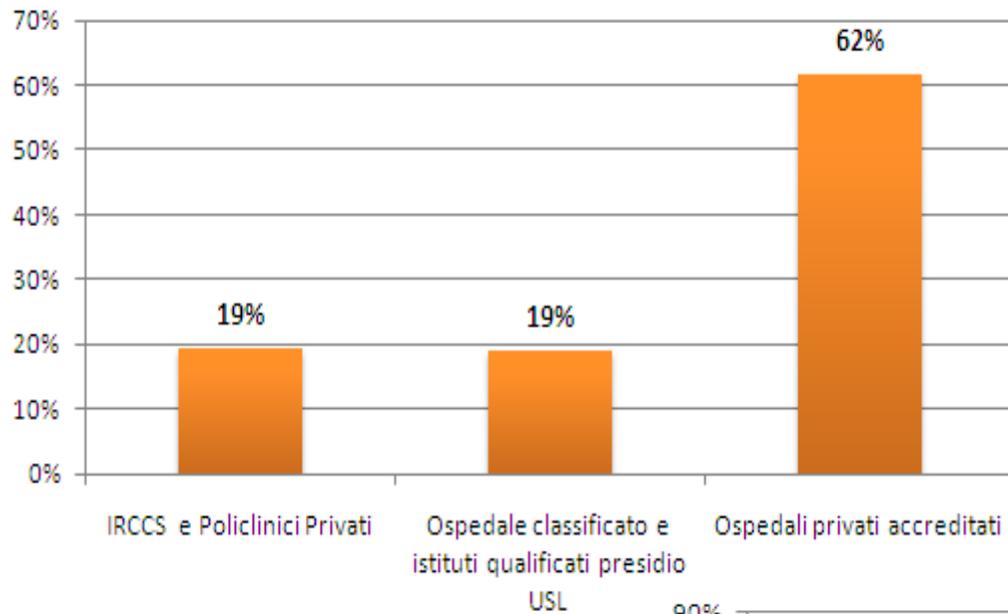


Tendenze in atto

- Elevata spesa procapite accreditata e convenzionata non implica elevata spesa complessiva
- **Privato accreditato a due facce**
 - Privato “di piccole dimensioni” vs Privato “di medio-grandi dimensioni”
 - Aree di ricerca concentrate prevalentemente in Lombardia e Lazio(IRCCS)
 - **Sbilanciamento Pubblico vs Bilanciamento Pubblico-privato “Area Acuti”**
 - Privato di alta specialità vs privato “non di alta specialità”
- Segmenti di Mkt diversi “Pubblico vs Privato”
 - Offerta prevalentemente pubblica sull’area acuti
 - Offerta prevalentemente privata sull’area non acuti
- Sviluppo di strutture private sull’area territoriale (strutture residenziali, IdR ecc)

Tendenze in atto
Distribuzione ricoveri per acuti da privato accreditato

Italia

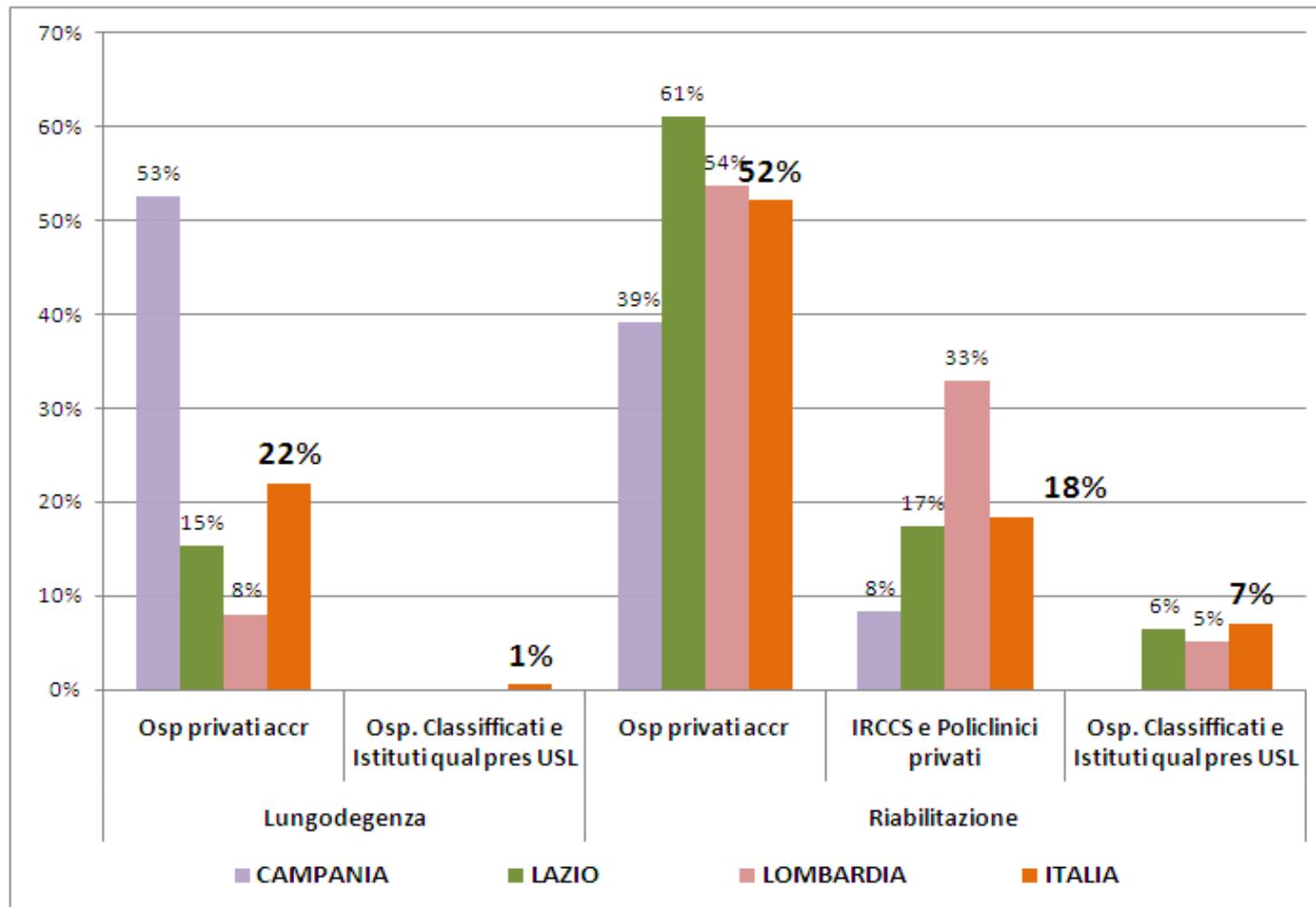


Tendenze in atto

Distribuzione ricoveri da privato accreditato

Riabilitazione e Lungodegenza per tipo struttura (gg degenza)

Bocconi



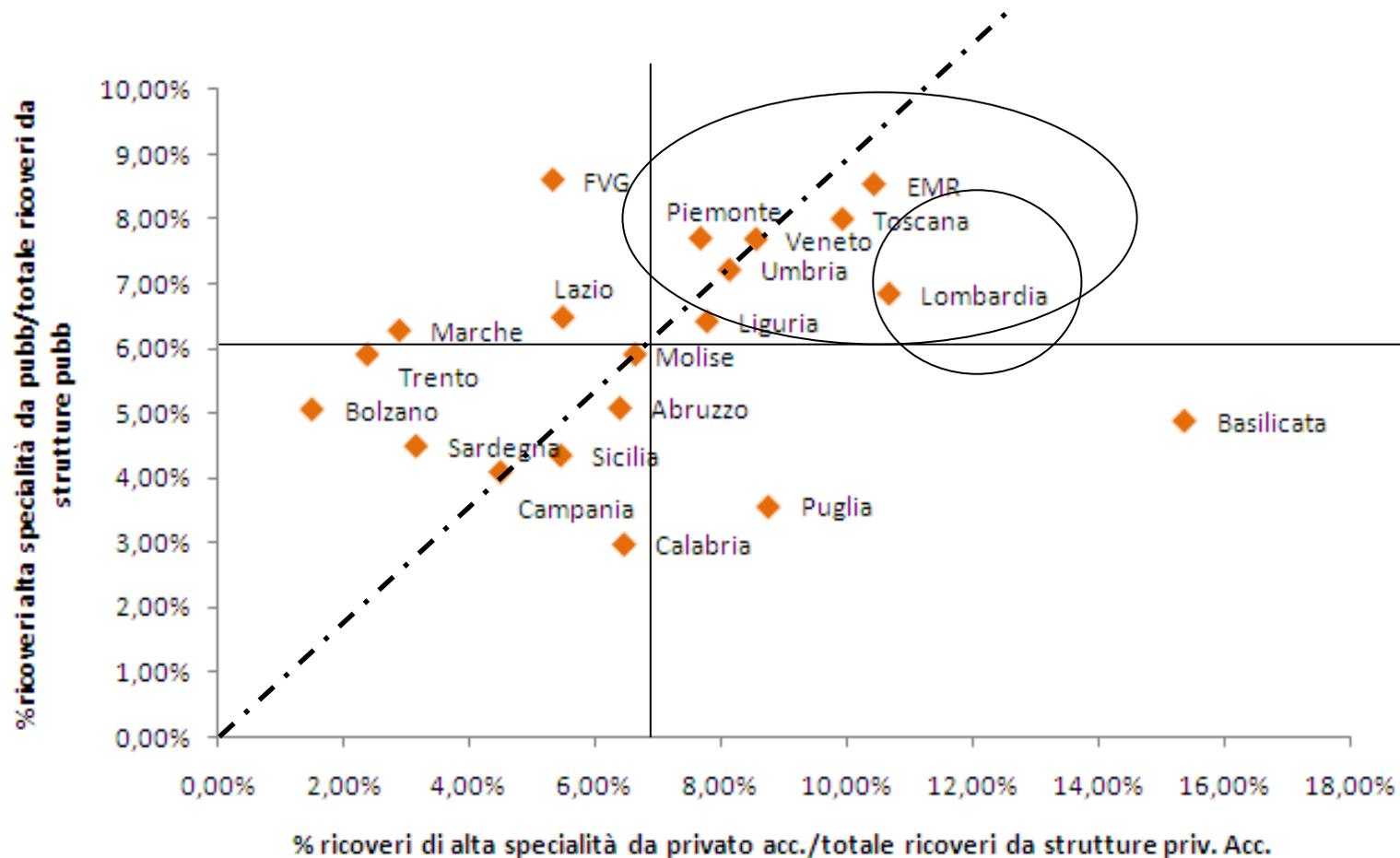
Tendenze in atto

- Elevata spesa procapite accreditata e convenzionata non implica elevata spesa complessiva
- Segmenti di Mkt diversi “Pubblico vs Privato”
 - Offerta prevalentemente pubblica sull’area acuti
 - Offerta prevalentemente privata sull’area non acuti
- **Privato accreditato a due facce**
 - Privato “di piccole dimensioni” vs Privato “di medio-grandi dimensioni”
 - Aree di ricerca concentrate prevalentemente in Lombardia e Lazio(IRCCS)
 - Sbilanciamento “Area Post-acuti” vs Bilanciamento “Area Acuti e Post-acuti”
 - **Privato di alta specialità vs privato “non di alta specialità”**
- Sviluppo di strutture private sull’area territoriale (strutture residenziali, IdR ecc)

Tendenze in atto

% Ricoveri Alta Specialità: pubblico vs privato per Regione

Bocconi

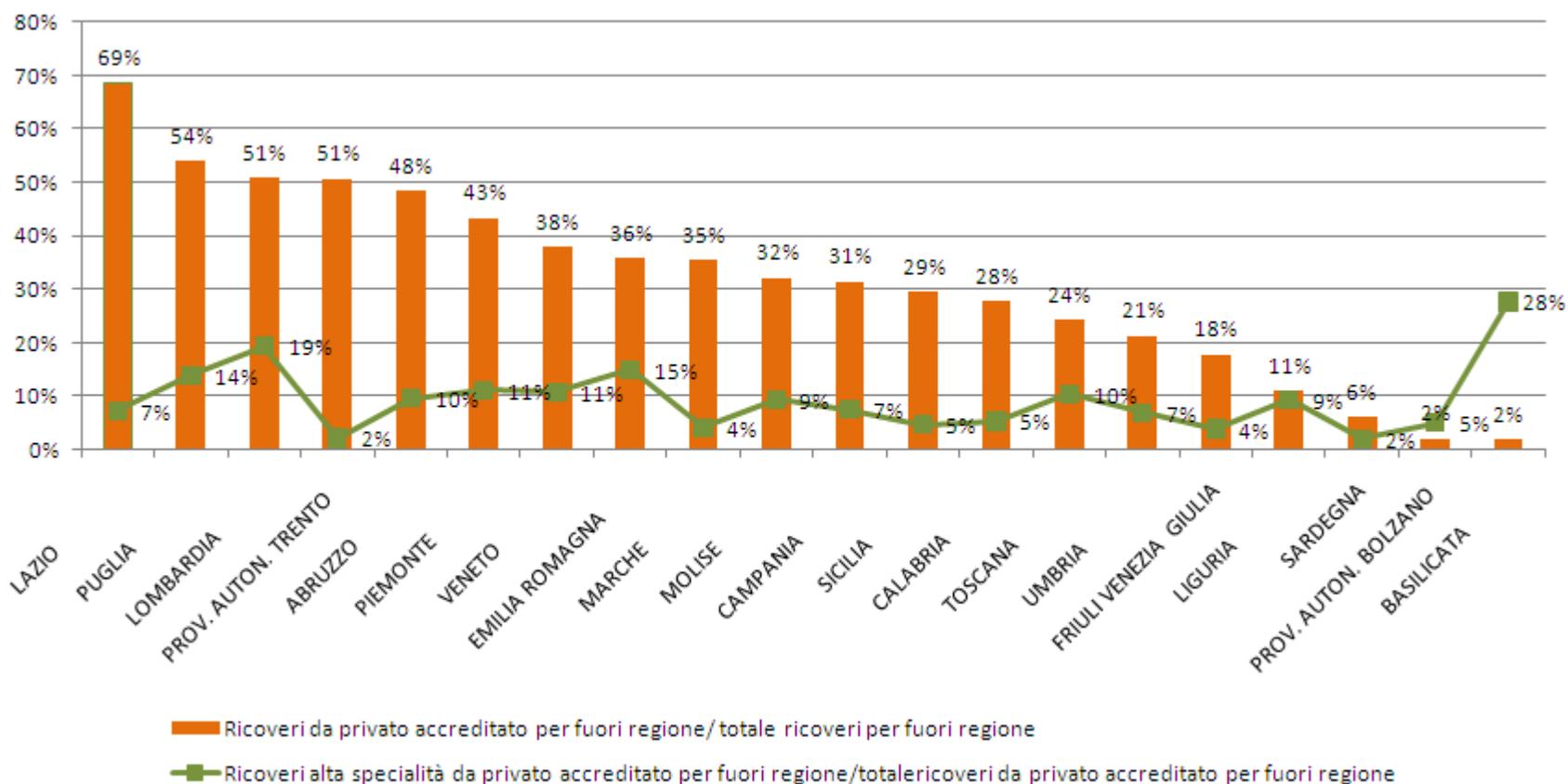


Elaborazioni OASI su Dati SDO Ministero Salute 2008 (acuti e non acuti)

Tendenze in atto

Attrazione del privato accreditato e % di alta specialità

Bocconi

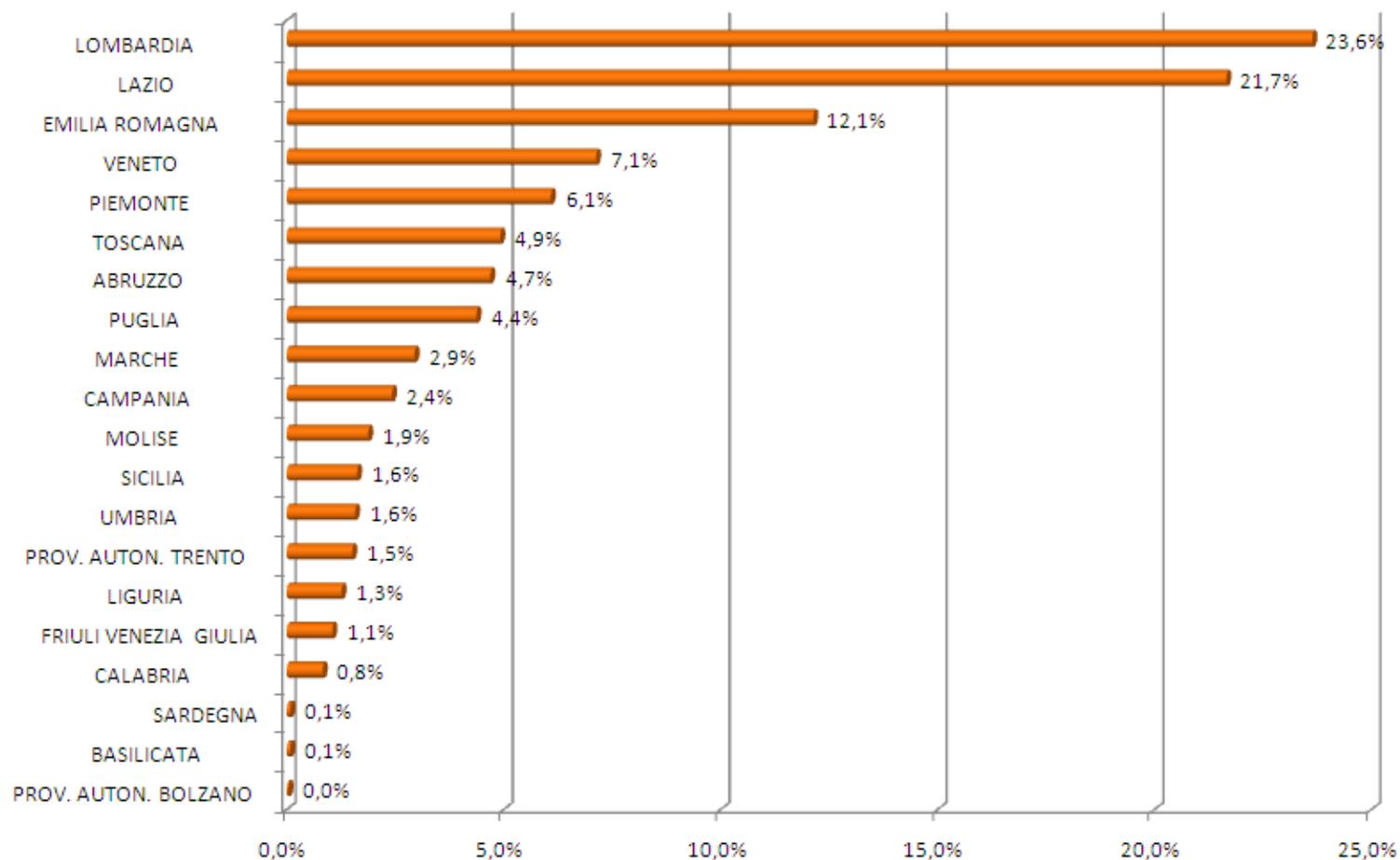


Elaborazioni OASI su Dati SDO Ministero Salute 2008 (acuti e non acuti)

Tendenze in atto

Assorbimento della mobilità del privato accreditato per regione

Bocconi



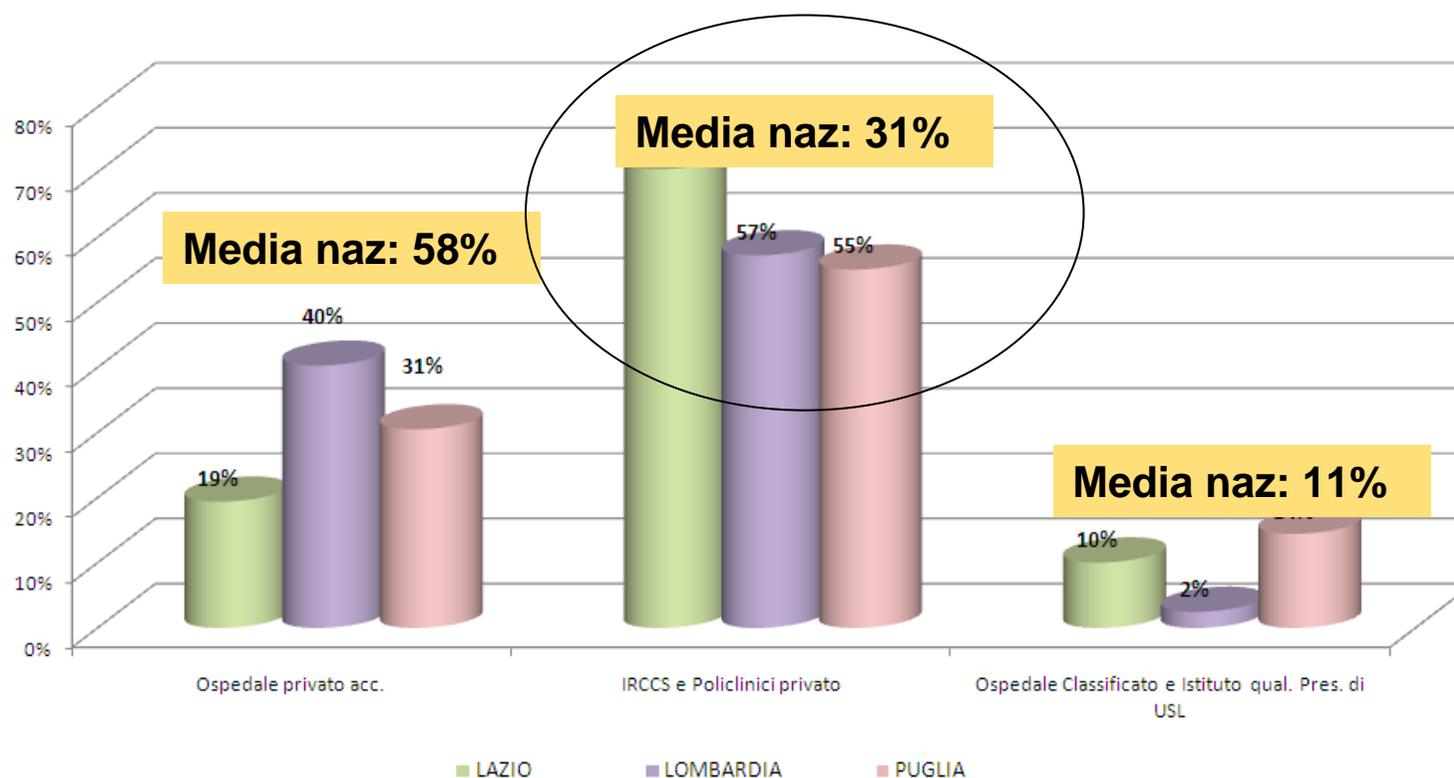
Elaborazioni OASI su Dati SDO Ministero Salute 2008 (acuti e non acuti, RO e DH)

Nota: ricoveri per pazienti fuori regione da privato acc/totale dei ricoveri da privato accreditato per pazienti fuori regione

Tendenze in atto

Attrazione del privato accreditato per tipologia di struttura (Italia vs Lombardia, Lazio e Puglia)

Bocconi



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

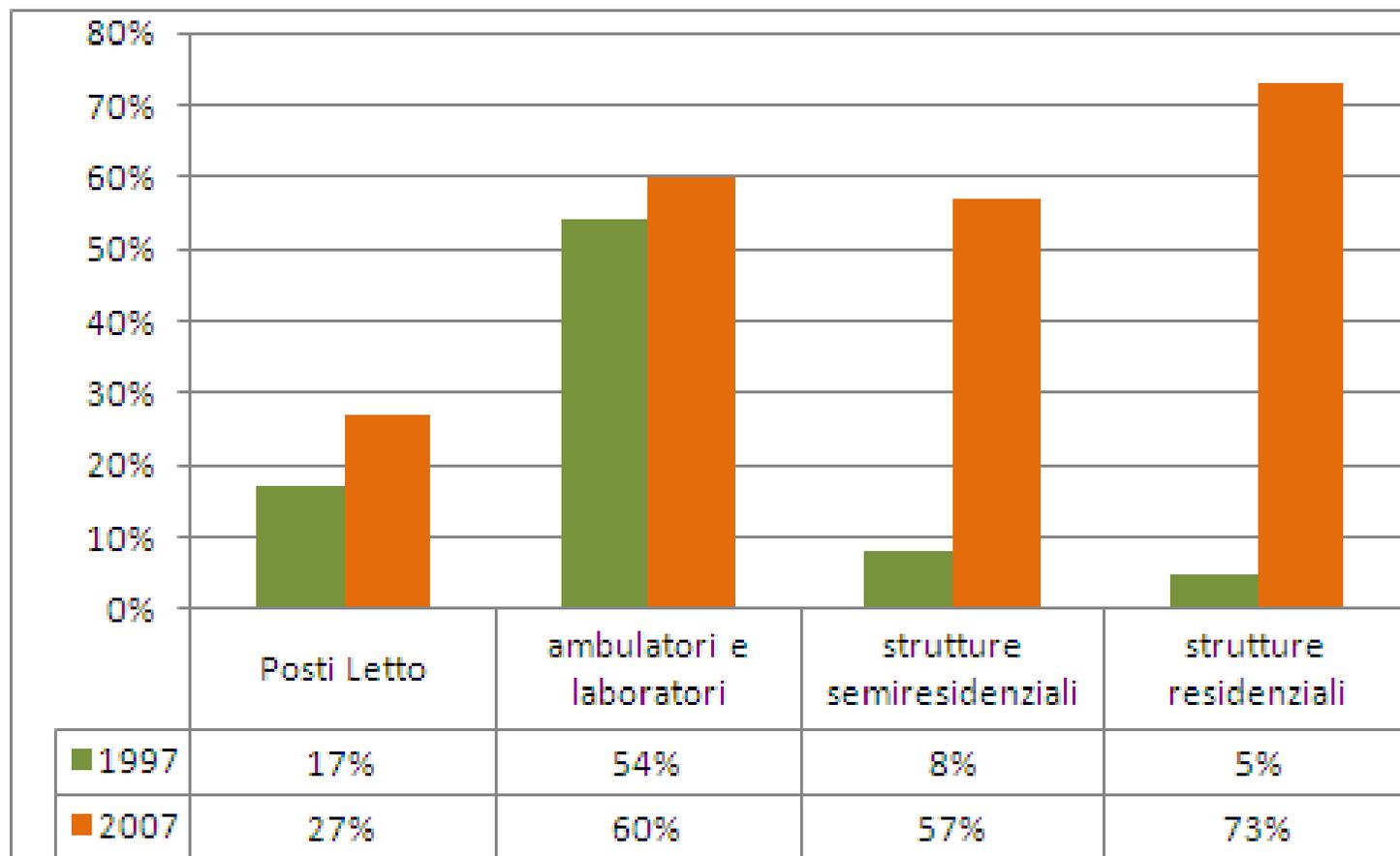
Tendenze in atto

Beconi

- Elevata spesa procapite accreditata e convenzionata non implica elevata spesa complessiva
- Segmenti di Mkt diversi “Pubblico vs Privato”
 - Offerta prevalentemente pubblica sull’area acuti
 - Offerta prevalentemente privata sull’area non acuti
- Privato accreditato a due facce
 - Privato “di piccole dimensioni” vs Privato “di medio-grandi dimensioni”
 - Aree di ricerca concentrate prevalentemente in Lombardia e Lazio(IRCCS)
 - Sbilanciamento “Area Post-acuti” vs Bilanciamento “Area Acuti e Post-acuti”
- Sviluppo di strutture private sull’area territoriale (strutture residenziali, IdR ecc)

Tendenze in atto Area ospedaliera e Area territoriale a confronto (1997-2007)

Bocconi



Elaborazioni OASI su Dati Ministero Salute

Tendenze in atto

Strutture residenziali e semi-residenziali (per assistenza agli anziani, ai disabili psichici e fisici) -

Cfr. pubblico-privato

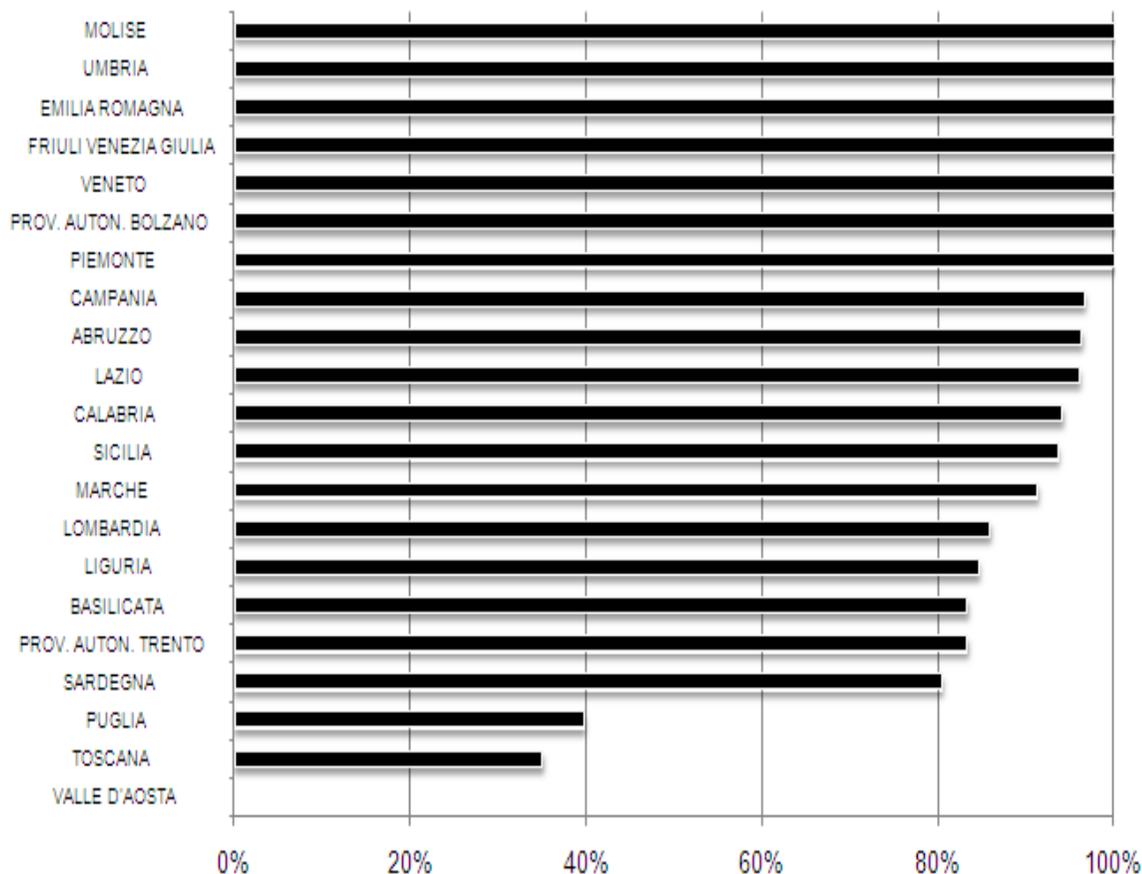
Becconi

Regioni	Strutture residenziali			Strutture semi-residenziali		
	Pubbliche	Private	% Private	Pubbliche	Private	% Private
Piemonte	206	475	70%	62	83	57%
Valle d'Aosta	1	7	88%		2	100%
Lombardia	177	1.021	85%	186	432	70%
Bolzano	9	41	82%	6		0%
Trento	9	55	86%	7		0%
Veneto	144	498	78%	158	226	59%
Friuli V.G.	69	92	57%	31	14	31%
Liguria	40	110	73%	25	17	40%
Emilia Rom.	163	588	78%	86	370	81%
Toscana	194	292	60%	155	73	32%
Umbria	39	43	52%	40	17	30%
Marche	54	29	35%	25	4	14%
Lazio	69	91	57%	51	2	4%
Abruzzo	15	55	79%	8	2	20%
Molise		6	100%		6	100%
Campania	81	72	47%	69	15	18%
Puglia	16	86	84%	13	20	61%
Basilicata	18	14	44%	3	1	25%
Calabria	23	42	65%	11	8	42%
Sicilia	42	57	58%	32	3	9%
Sardegna	19	43	69%	9	8	47%
Italia	1.388	3.717	73%	977	1.303	57%

Tendenze in atto

Incidenza degli Istituti di riabilitazione (ex art. 26) privati accreditati per regione

Bocconi



Regioni	% PL privati accreditati per assistenza residenziale	% PL privati accreditati per assistenza semiresiden
Piemonte	100%	100%
Friuli V.G.	100%	100%
Emilia Romagna	100%	100%
Marche	100%	100%
Campania	100%	100%
Sardegna	100%	100%
Toscana	100%	100%
Liguria	100%	92%
Puglia	100%	100%
Abruzzo	100%	100%
Umbria	100%	100%
Lombardia	100%	90%
Calabria	100%	100%
Basilicata	100%	99%
Molise	100%	100%
Bolzano	96%	100%
Trento	87%	96%
Lazio	83%	88%
Sicilia	81%	69%
Veneto	63%	88%

CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

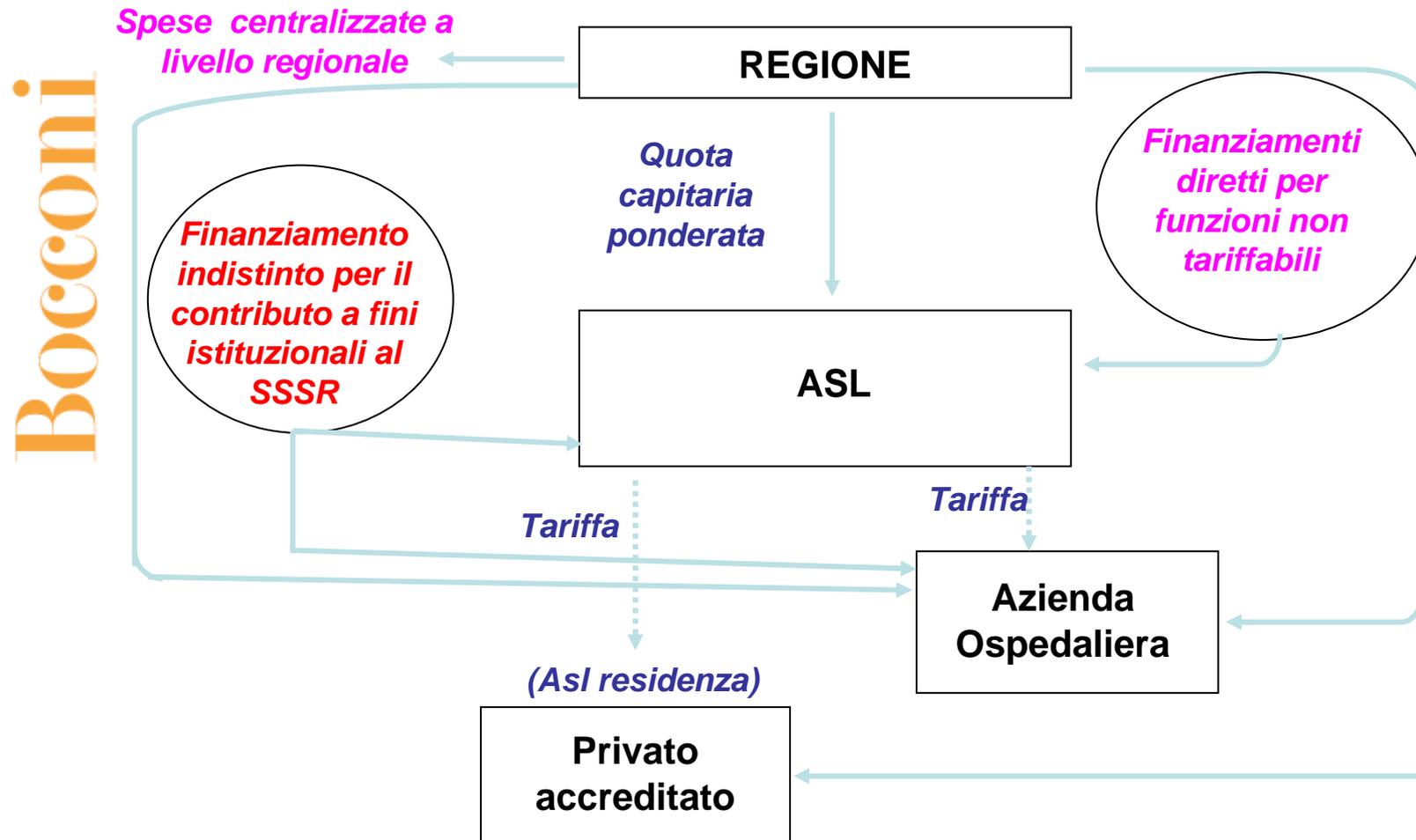
Bocconi



Università Commerciale
Luigi Bocconi

APPROFONDIMENTO TEMATICO I: CRITERI DI RIPARTO DEL FSR LOMBARDO

Modalità di allocazione delle risorse del FSR lombardo



Focus sulla spesa corrente a consuntivo 2007

Bocconi

Criterio di riparto	V.A.	%
Spese centralizzate a livello regionale#	299.790.540,15	1,86%
Funzioni non tariffabili*	878.590.090,00	5,44%
Produzione a tariffa°	8.240.070.055,00	50,99%
Assistenza di base, farmaceutica convenzionata e altro	6.741.885.951,84	41,72%
Saldo mobilità§	441.000.000,00	0,00%
Totale#	16.160.776.581,99	100,00%

Stanziamento definitivo di competenza da Rendiconto generale dell'Esercizio Finanziario 2007 (DGR 7532/2008)

*Il valore della voce "finanziamento non tariffabile" è al lordo dell'abbattimento del finanziamento ad alcuni enti privati accreditati (DGR 7294/2008)

° Fonte: modelli di conto economico 2007, Ministero della Salute

§ Fonte: Mobilità regionale: Bdl, Economie regionali. L'economia della Lombardia nel 2008

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%
Totale#	16.774.638.410,63	100,00%

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

Distribuzione in valori assoluti e percentuali di proventi di AO e IRCCS pubblici lombardi per fonte di provenienza nel 2007 e 2008 (in migliaia di €)

Bocconi

Anno	da contributi in c/e	per prestazioni sanitarie a soggetti pubblici	per prestaz. sanitarie a soggetti privati	per prestaz. san.itarie intramoenia	per prestaz. non sanitarie	per fitti attivi	da altri proventi	ticket	Totale proventi
<i>Valori assoluti</i>									
2007	2.050.630	4.984.689	48.987	260.418	49.366	19.664	49.676	216.529	7.679.959
2008	2.185.046	5.556.688	48.238	26.5203	48.238	-	25.271	180.196	8.308.880
<i>Valori percentuali</i>									
2007	26,7%	64,9%	0,6%	3,4%	0,6%	0,3%	0,6%	2,8%	100,0%
2008	26,3%	66,9%	0,6%	3,2%	0,6%		0,3%	2,2%	100,0%

Finanziamenti per le funzioni non Tariffabili programmate (FnT)

Distribuzione tra soggetti pubblici e privati accreditati- 1

Beeoni

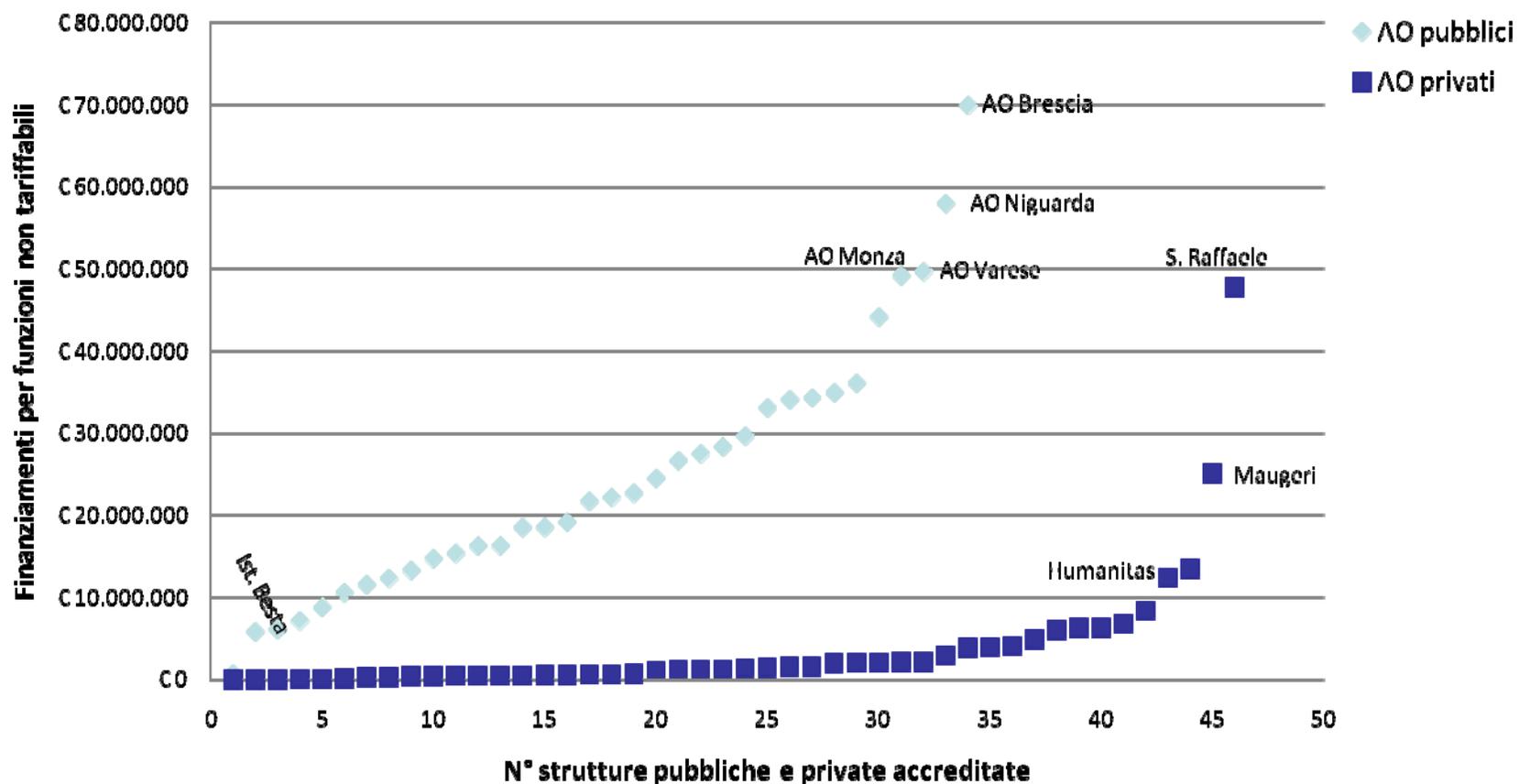
	2007		2008	
	v.a.	%	v.a.	%
Tot finanziamento ad Asl	29.671.264,00	3,4%	30.289.001,00	2,9%
Tot finanziamento ad AO e IRCCS pubblici	718.190.096,00	81,7%	842.443.755,00	79,9%
Tot finanziamento ad AO e IRCCS privati accreditati*	130.728.730,00	14,9%	181.640.897,00	17,2%
<i>Tot finanziamento</i>	<i>878.590.090,00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

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

* 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

Quota % del finanziamento indistinto per il contributo a fini istituzionali sul valore totale della produzione* 2008	N° aziende di aziende pubbliche in ciascun intervallo 2008
0% - 5%	5
> 5% - 10%	3
> 10% - 15%	10
> 15% - 20%	8
> 20 - 25%	3
> 25% - 30%	4
> 30%	1
<i>Totale aziende</i>	34
* 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.

CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

Bocconi



Università Commerciale
Luigi Bocconi

APPROFONDIMENTO TEMATICO II: ANALISI DEL PROCESSO DI NEGOZIAZIONE E CONTROLLO DELLA COMMITTENZA REGIONALE

Metodologia

- Analisi di 3 casi regionali:
Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto
- Fonti di informazione:
 - analisi documentale
 - interviste dirette a *key informant*
- Focus sull'attività di ricovero per acuti

I meccanismi di accreditamento: questioni aperte

Beconi

- L'accreditamento è in grado di garantire il miglioramento continuo della qualità?
Indicatori di input vs indicatori di qualità dei processi e dei risultati
- Relazione tra accreditamento istituzionale e accreditamento volontario d'eccellenza
- Le Regioni analizzate si muovono con tempistiche differenti
- Ritardo di implementazione: accreditamento che si appiattisce su convenzione???

I meccanismi di accreditamento

Requisiti specifici - organizzativi: un esempio

	Lombardia (DGR 38133/1998)	Emilia-Romagna (DGR 327/2004)			
(i) Organico medico	-In ogni UO operano almeno 2 medici ogni 15 posti letto e 1 dirigente medico di II livello. -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.	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
(ii) Specifiche competenze professionalità -mediche	-	- 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. - 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. - Altre figure professionali, la cui presenza è definita obbligatoria sono: Cardiologo, Terapista della riabilitazione (VI livello). - 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.			
(i) Organico non medico	- I minuti/paziente/die di assistenza infermieristica da garantire sono 240 - La presenza infermieristica nelle ore notturne non può essere inferiore ad 1/3 di quella prevista, per singola UO, nelle ore diurne	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			47

I meccanismi di accreditamento

Percorsi di accreditamento: stato dell'arte nelle tre Regioni

- **B** Lombardia: tutte le strutture sono state accreditate definitivamente.
- **O** Emilia Romagna: sulle strutture sono state effettuate le verifiche, ma il provvedimento di accreditamento definitivo è al momento sospeso per contenzioso con AIOP.
- **C** Veneto: ancora nessuna struttura di ricovero è stata accreditata definitivamente, essendo in corso le verifiche.

I meccanismi di accreditamento (1/2)

		Lombardia	Emilia-Romagna	Veneto
Tipologia	Istituzionale	L.R. 31 /1997	L.R. 34/1998	L.R. 22/2002
	Volontario	✓		✓
Allineamento L 191/09 (passaggio definitivo accreditamento Istituzionale)		Tutte le strutture sono state accreditate definitivamente	Sono state effettuate le verifiche di accreditamento, ma il provvedimento definitivo è sospeso (contenzioso AIOF)	Nessuna struttura è stata definitivamente accreditata, sono in corso le verifiche di accreditamento
Soggetti coinvolti		DIREZIONE REGIONALE SANITA' ASL	DIREZIONE REGIONALE SANITA' ASSR (AGENZIA REGIONALE)	DIREZIONE REGIONALE SANITA' ARSS (AGENZIA REGIONALE)
Oggetto		STRUTTURA NELLA SUA INTERESSA O SINGOLI UU.OO./DIPARTMENTI	-STRUTTURA NELLA SUA INTERESSA O SINGOLI UU.OO./DIPARTMENTI -PROGRAMMI CLINICO-ASSISTENZIALI	STRUTTURA NELLA SUA INTERESSA O SINGOLI UU.OO./DIPARTMENTI
Requisiti	Generali	✓	✓	✓
	Specifici - organizzativi	✓	✓	

I meccanismi di accreditamento (2/2)

		Lombardia	Emilia-Romagna	Veneto
Durata accreditamento		NON SPECIFICATO	4 ANNI	3 ANNI
Controlli	Soggetti	ASL	ASSR	ARSS
	Frequenza	-SU SEGNALAZIONE -ALMENO UNA VOLTA OGNI 5 ANNI	-SU SEGNALAZIONE -PERIODICITÀ QUADRIENNALE AL MOMENTO DEL RINNOVO	-SU SEGNALAZIONE -PERIODICITÀ TRIENNALE AL MOMENTO DEL RINNOVO
	Impatti/Sanzioni	1. SANZIONI AMMINISTRATIVE PECUNIARIE 2. SANZIONI AMMINISTRATIVE AGGIUNTIVE (Sospensione /revoca accreditamento) 3. SANZIONI CIVILI (Risoluzione del contratto). Applicabili a singoli dipartimenti/UU.OO e/o branche specialistiche	SOSPENSIONE o REVOCA PREVIA DIFFIDA se: -compromissione nella qualità dell'assistenza; -violazione grave e continuativa accordi contrattuali	SOSPENSIONE o REVOCA PREVIA DIFFIDA se: -non conformità ai requisiti di accreditamento

La negoziazione dei contratti e il controllo dei tetti di attività: questioni aperte

- 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 (Veneto)
- I tetti incidono in maniera diversa tra erogatori pubblici e privati (Lombardia)
- Diverso livello di decentramento dei processi di negoziazione: accentrato a livello regionale in Lombardia e Veneto, decentrato a livello di ASL in ER (non alta specialità)
- La sola definizione dei tetti è sufficiente per esprimere la committenza pubblica? È necessario definire anche il mix di servizi erogabili?
- Ad oggi i tetti sono negoziati solo per i cittadini residenti. Definire dei tetti per i ricoveri dei residenti extra-regione può essere uno strumento per il governo della mobilità passiva?

La negoziazione dei contratti e il controllo dei tetti

Regressione tariffaria: Veneto (1/2)

- *Budget* finanziario (*Budget* Annuale) regressione in funzione del tasso di ospedalizzazione registrato a consuntivo dalla ASL di residenza dell'assistito.

TASSO OBIETTIVO 160 per mille

Tasso di ospedalizzazione nella ASL di residenza dell'assistito (escluso extra-regione)	% Abbattimento della sovrapproduzione
Minore o uguale 170 per mille	65%
Compreso tra 171 e 180 per mille	75%
Superiore a 180 per mille	85%

Sostanzialmente, a partire dal giorno X in cui l'erogatore privato raggiunge il *Budget* Annuale, la ASL di ubicazione della struttura deve considerare tutte le successive dimissioni e controllare, per l'ASL di residenza di ciascun paziente, quale è stato il tasso di ospedalizzazione raggiunto e, in base a questo, applicare la regressione.

- Incentivo finanziario verso la riduzione dei ricoveri: finanziamento aggiuntivo +8% su *Budget* Annuale per il 2007; +3,17% per il 2008; +3,23% per il 2009.

La negoziazione dei contratti e il controllo dei tetti

Regressione tariffaria: Veneto (2/2)

SSAN_Assistenza_Ospedaliera_Tetti_Spesa_2007_2008_2009_all_D.pdf (SECURED) - Adobe Acrobat Professional

File Edit View Document Comments Forms Tools Advanced Window Help

Create PDF Combine Files Export Start Meeting Secure Sign Forms Review & Comment

Combine multiple files into one PDF file

Find

10 / 11 105%

REGIONE DEL VENETO

C.C. PEDERZOLI

		produzione 2005	numero totale di ricoveri da ridurre	
A	n°ricoveri Erogatore Privato di cui verso la provincia di Verona	14.816	2.993	20,2%
B	per residenti ULSS 20 di Verona	2.992	563	18,8%
C	per residenti ULSS 21 di Legnago	568	75	13,1%
D	per residenti ULSS 22 di Bussolengo	10.561	2.355	22,3%
E	ULSS 20 di Verona	tasso osp. stand. 197,1	n°ricoveri e ffettuati 90.802	
F		tasso di riferimento 160	n°ricoveri per tasso 160 per mil le 73.725	
G			n°ricoveri da ridurre per raggiungimento tasso 17.077	
H= B/E %	% di produzione ricoveri dell'Erogatore Privato su totale ricoveri ULSS 20	= % ricoveri dell'Erogatore Privato per residenti ULSS 120 / totale produzione ULSS 120	3,3%	
I = H * G /100	n°ricoveri da ridurre da parte dell'Erogatore Privato affin chè l'ULSS 20 possa raggiungere il tasso di ospedalizzazione pari a 160			563
E	ULSS 21 di Legnago	tasso osp. stand. 184,2	n°ricoveri effettuati 27.600	
F		tasso di riferimento 160	n°ricoveri per tasso 160 per mil le 23.978	
G			n°ricoveri da ridurre per raggiungimento tasso 3.622	
H= C/E %	% di produzione ricoveri dell'Erogatore Privato su totale ricoveri ULSS 21	= % ricoveri dell'Erogatore Privato per residenti ULSS 121 / totale produzione ULSS 121	2,1%	
I = H * G /100	n°ricoveri da ridurre da parte dell'Erogatore Privato affin chè l'ULSS 21 possa raggiungere il tasso di ospedalizzazione pari a 160			75
E	ULSS 22 di Bussolengo	tasso osp. stand. 205,9	n°rico veri effettuati 52.990	
F		tasso di riferimento 160	n°ricoveri per tasso 160 per mil le 41.175	
G			n°ricoveri da ridurre per raggiungimento tasso 11.815	
H= D/E %	% di produzione ricoveri dell'Erogatore Privato su totale ricoveri ULSS 22	= % ricoveri dell'Erogatore Privato per residenti ULSS 122 / totale produzione ULSS 122	19,9%	
I = H * G /100	n°ricoveri da ridurre da parte dell'Erogatore Privato affin chè l'ULSS 22 possa raggiungere il tasso di ospedalizzazione pari a 160			2.355
Totale numero ricoveri da ridurre da parte della C.C. Pederzoli per il raggiungimento del tasso di ospedalizzazione pari a 160 nella Provincia di VERONA				2.993
Per questo erogatore, stante l'elevato tasso di ospedalizzazione registrato nell'anno 2005, la riduzione dei ricoveri si attua nell'arco di sei anni, a partire dall'anno 2007. Pertanto la riduzione dei ricoveri per ciascun anno è pari a:				499

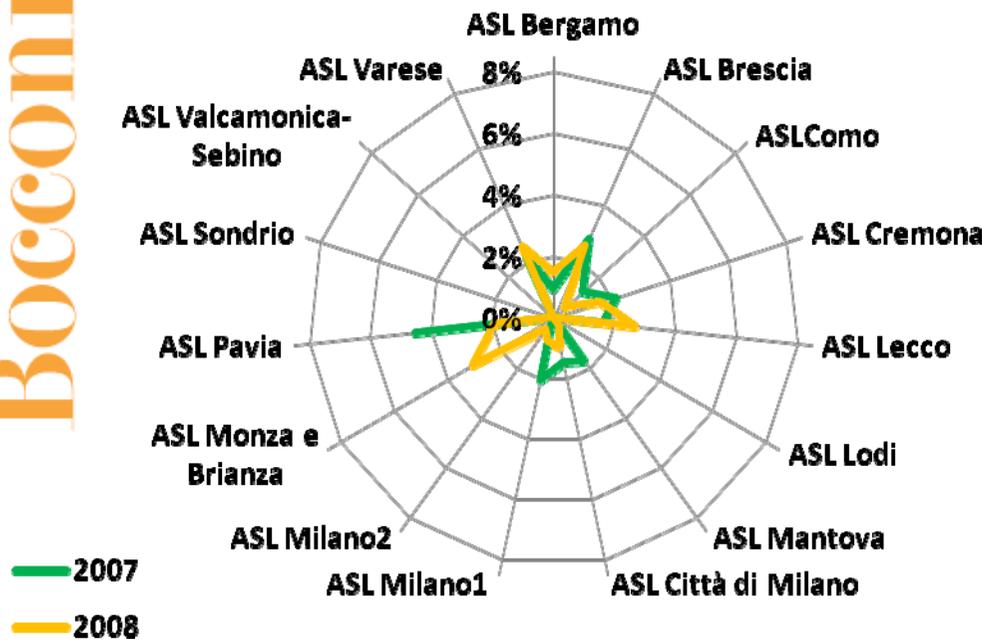
53

15.54

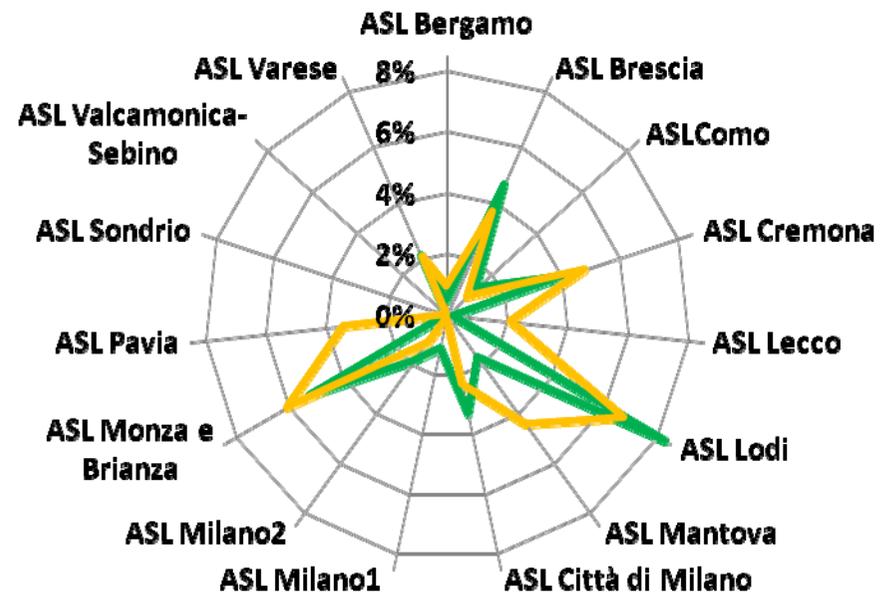
Impatto dei tetti sugli ospedali lombardi:

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

Bocconi



Ospedali privati

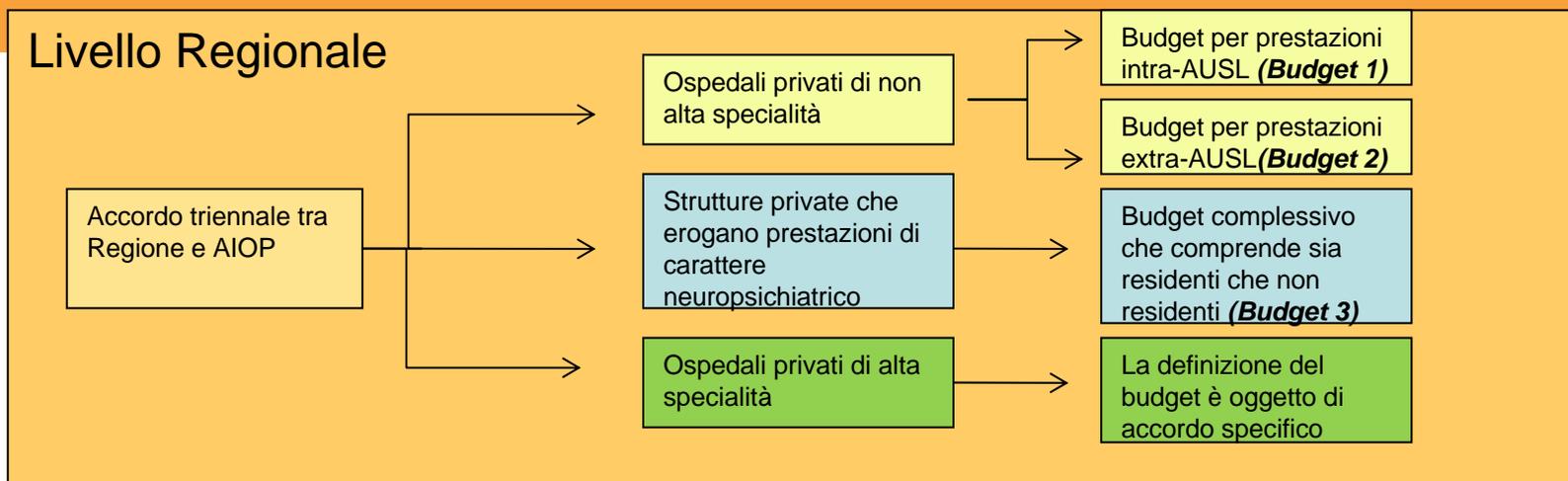


Ospedali pubblici

Elaborazioni dati Direzione Generale Sanità Regione Lombardia

La negoziazione dei contratti e il controllo dei tetti

Accordi contrattuali: Emilia - Romagna



Livello Aziendale	Caratteristiche dei contratti (budget 1):	Caratteristiche dei contratti (budget 2):
<p>Le AUSL negoziano con gli erogatori di prestazioni di non alta specialità i contratti aziendali</p>	<ul style="list-style-type: none"> -La committenza viene definita per macro-aggregati (ricoveri per acuti, in day hospital) -Per i macro-aggregati sono definiti <i>range</i> di produzione min e max -Vale il principio del budget fisso e tariffa variabile -La produzione annua complessiva non può eccedere, eccetto esplicita committenza dell'AUSL, quanto contenuto negli accordi. È applicata una remunerazione a scalare per le prestazioni eseguite in eccesso. -L'AUSL non è tenuta a corrispondere la remunerazione per le prestazioni eccedenti rispetto all'accordo - È esclusa dall'abbattimento la casistica oggetto di invio dal settore pubblico 	<ul style="list-style-type: none"> -Devono essere stipulati se la spesa è superiore a 500.000 € - È previsto incremento del 5% del budget 2 se sono attivati accordi di area Vasta -È esclusa dall'abbattimento la casistica oggetto di invio dal settore pubblico - Se il budget 2 è sfiorato si applicano dei meccanismi di regressione tariffaria. Le penalità verranno applicate a i produttori fino a concorrenza del rientro nel budget

La negoziazione dei contratti e il controllo dei tetti di attività

Bocconi

		Lombardia	Emilia-Romagna	Veneto
Soggetti		<ul style="list-style-type: none"> •REGIONE •ASL •RAPPRESENTANTI DEGLI EROGATORI •STRUTTURE 	<ul style="list-style-type: none"> •REGIONE •AIOP •AUSL •STRUTTURE •COMMISSIONE PARITETICA 	<ul style="list-style-type: none"> •REGIONE •ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA •ULSS??? •STRUTTURA???
Oggetto	Valori/volumi complessivi	NEGOZIAZIONE VALORI: REGIONE ASL – STRUTTURE (sono escluse alcune specifiche tipologie di prestazioni e la mobilità attiva extra-regione, remunerate a consuntivo)	NEGOZIAZIONE VALORI: REGIONE-AIOP (NON ALTA SPECIALITA': Budget 1- Intra-AUSL e Budget 2 Extra-AUSL)	NEGOZIAZIONE VALORI (tetti di spesa per residenti): REGIONE-ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA
	Valori/volumi per tipologia di prestazioni		NEGOZIAZIONE VALORI e VOLUMI: REGIONE-STRUTTURE (ALTA SPECIALITA') NEGOZIAZIONE VALORI E VOLUMI: ASL-STRUTTURE (NON ALTA SPECIALITA') (+ principio di non pervasività)	NEGOZIAZIONE VALORE e OBIETTIVO TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE (escluso extra-regione): REGIONE-STRUTTURE
	Obiettivi verso cui orientare la produzione	ASL – STRUTTURE (risorse vincolate)	REGIONE-AIOP ((NON ALTA SPECIALITA')	REGIONE-ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA
Meccanismi sanzionatori		LA SOVRAPRODUZIONE NON VIENE REMUNERATA (escluso extra-budget):TETTI DI SPESA	LA SOVRAPRODUZIONE NON VIENE REMUNERATA (sono previsti meccanismi di abbattimento all'interno dei budget complessivi che sono invalicabili)	REGRESSIONE TARIFFARIA DIFFERENZIATA IN BASE A TASSI OSPEDALIZZAZIONE REGISTRATI nelle Aziende ULSS di residenza degli assistiti
Verifiche		Verifica quinquennale dei contratti		

Il controllo di congruenza e appropriatezza delle prestazioni: questioni aperte

Bocconi

- I controlli si focalizzano prevalentemente su aspetti di congruenza e verifiche di tipo amministrativo trascurando valutazioni sulla qualità dell'assistenza e sullo stato di salute dei cittadini
- Limitata diffusione di sistemi regionali di raccolta e analisi degli esiti dei controlli (solo Lombardia)
- Le infrazioni riguardano sia il pubblico sia il privato (Lombardia)

Il controllo di congruenza e appropriatezza delle prestazioni (1/2)

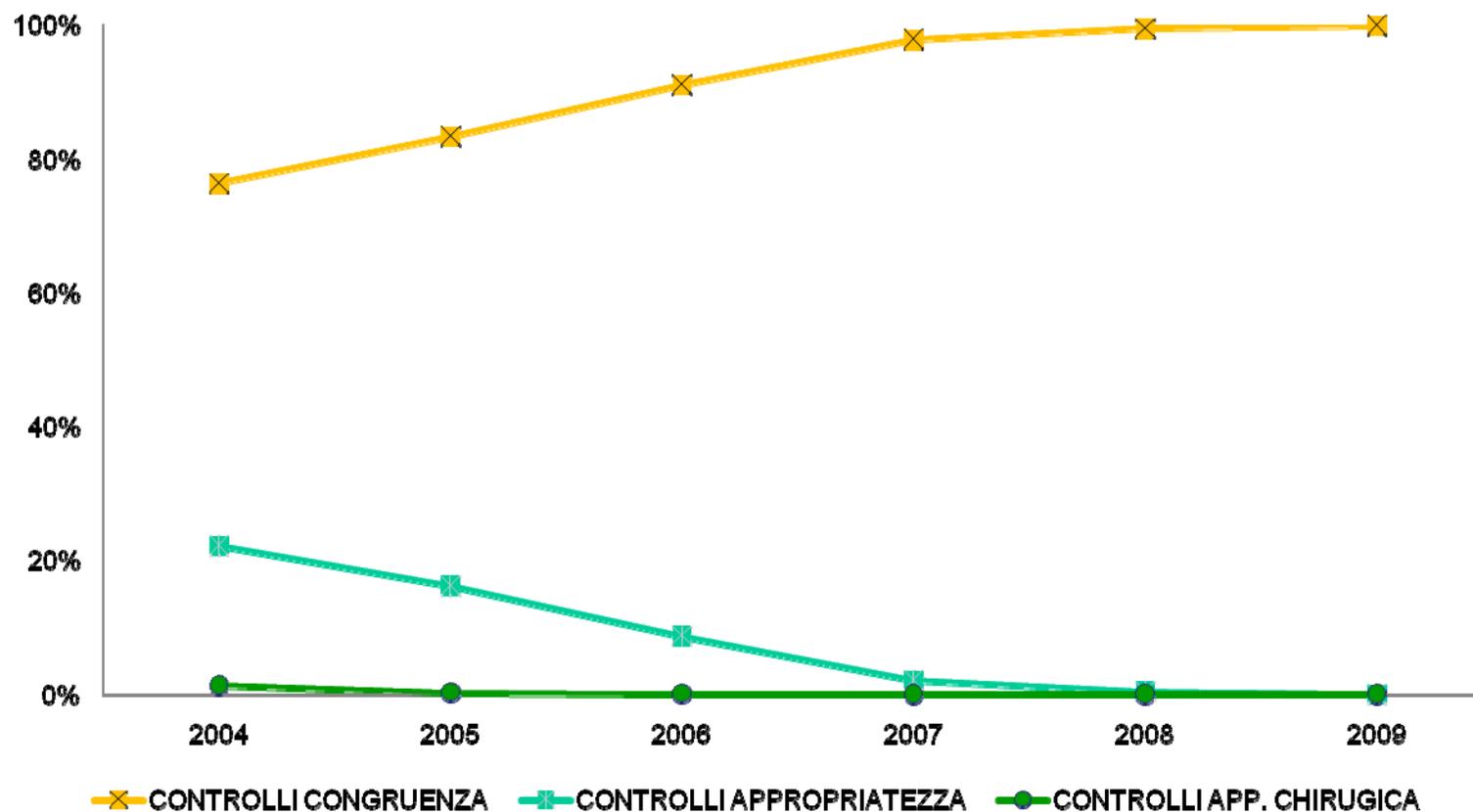
	Lombardia	Emilia-Romagna	Veneto
Normativa	DGR 10804/2009	DGR 1171/2009	DGR 938/2009
Organi di controllo	Nucleo Operativo di Controllo (NOC) Attività definita dal PIANO DEI CONTROLLI dell'ASL	Nuclei di Controllo AUSL (NAC). Dal 2010 si prevedono anche i Nuclei di Controllo di Area Vasta per il controllo incrociato sui presidi a gestione diretta	NUCLEI DI AREA VASTA (NAV) Attività definita dal PIANO ANNUALE DEI CONTROLLI ESTERNI dei NAV Organismi di supervisione: -COMMISSIONE DI VALUTAZIONE DI AREA VASTA -NUCLEO REGIONALE DI CONTROLLO -COORDINAMENTO REGIONALE PER I CONTROLLI SANITARI
Oggetto del controllo	Congruenza e appropriatezza	Congruenza e appropriatezza	Congruenza e appropriatezza
Criteri di campionamento	10% delle attività di cui: -3% potrà essere riferita ad attività di autocontrollo -7% controllo esterno di tipo mirato I criteri per il campionamento mirato sono: •DRG considerati anomali •DRG remunerativi •Durata della degenza anomala rispetto al valore medio regionale DRG specifico •DRG con frequenza modificata •DRG ricoveri ripetuti per lo stesso soggetto	Al raggiungimento del 10% per ciascun erogatore contribuiscono sia i controlli interni (autocontrollo) che i controlli esterni. Criteri per selezione quota casistica -corrispondenza fra scheda nosologica e cartella clinica -ricoveri chirurgici preceduti da ricoveri medici brevi entro 15gg -ricoveri attribuiti a DRG complicati -DRG "potenzialmente inappropriati" (62 DRG)	10% delle cartelle cliniche: -almeno il 3% in base a specifici indicatori -il rimanente 7% con estrazione casuale e comprendendo i controlli relativi ai ricoveri afferenti ai 52 DRG ad alto rischio di inappropriatazza -non sono computati nel 10% delle attività di controllo le pratiche di autocontrollo

Il controllo di congruenza e appropriatezza delle prestazioni (2/2)

	Lombardia	Emilia-Romagna	Veneto
Personale degli organi di controllo	I componenti sono definiti dalle ASL. Il responsabile dei NOC è un pubblico ufficiale con potere certificativo (potere di redigere un verbale)	Le Aziende hanno autonomia rispetto alle figure professionali e alle modalità organizzative della funzione di controllo aziendale. Ne deve essere comunque data comunicazione alla Regione nell'ambito dei report annuali sui controlli.	Composto da (almeno 7 unità): -Uno o più operatori sanitari per ciascuna Azienda ULSS dell'area vasta -Due operatori, sanitari e/o amministrativi, individuati tra coloro che hanno partecipato allo specifico corso di formazione
Procedura dei controlli	<ul style="list-style-type: none"> •non obbligatorietà del preavviso della visita ispettiva •non obbligatorietà della verifica del 2% di estrazione casuale della casistica, •assenza della limitazione di tipologia di controllo sulla stessa pratica •superamento della "calendarizzazione dei controlli", •non sospensione del controllo a seguito di "interpello" •obbligatorietà dell'estensione del campione a tutta la casistica, nel caso di superamento della soglia statistica di significatività; •Sovra-territorialità della funzione di controllo 	<ul style="list-style-type: none"> •controllo sistematico almeno trimestrale dei dati di attività; •entro 45 giorni dalla validazione dell'attività trimestrale deve essere avviata la procedura dei controlli •comunicazione per iscritto, alla struttura presso la quale si intende effettuare i controlli, con un preavviso di almeno 10 giorni; 	<ul style="list-style-type: none"> •comunicazione per iscritto alla struttura presso la quale si intende effettuare i controlli, con un preavviso di almeno 15 giorni; •i controlli vanno effettuati alla presenza di almeno un rappresentante della struttura controllata
Sanzioni	Redazione di un verbale, eventuale contenzioso ed eventuale rettifica della valorizzazione	Redazione di un verbale, eventuale contenzioso ed eventuale rettifica della valorizzazione	Redazione di un verbale, eventuale contenzioso ed eventuale rettifica della valorizzazione secondo regole appositamente specificate

Il controllo di congruenza e appropriatezza delle prestazioni Lombardia: tipologia di controlli

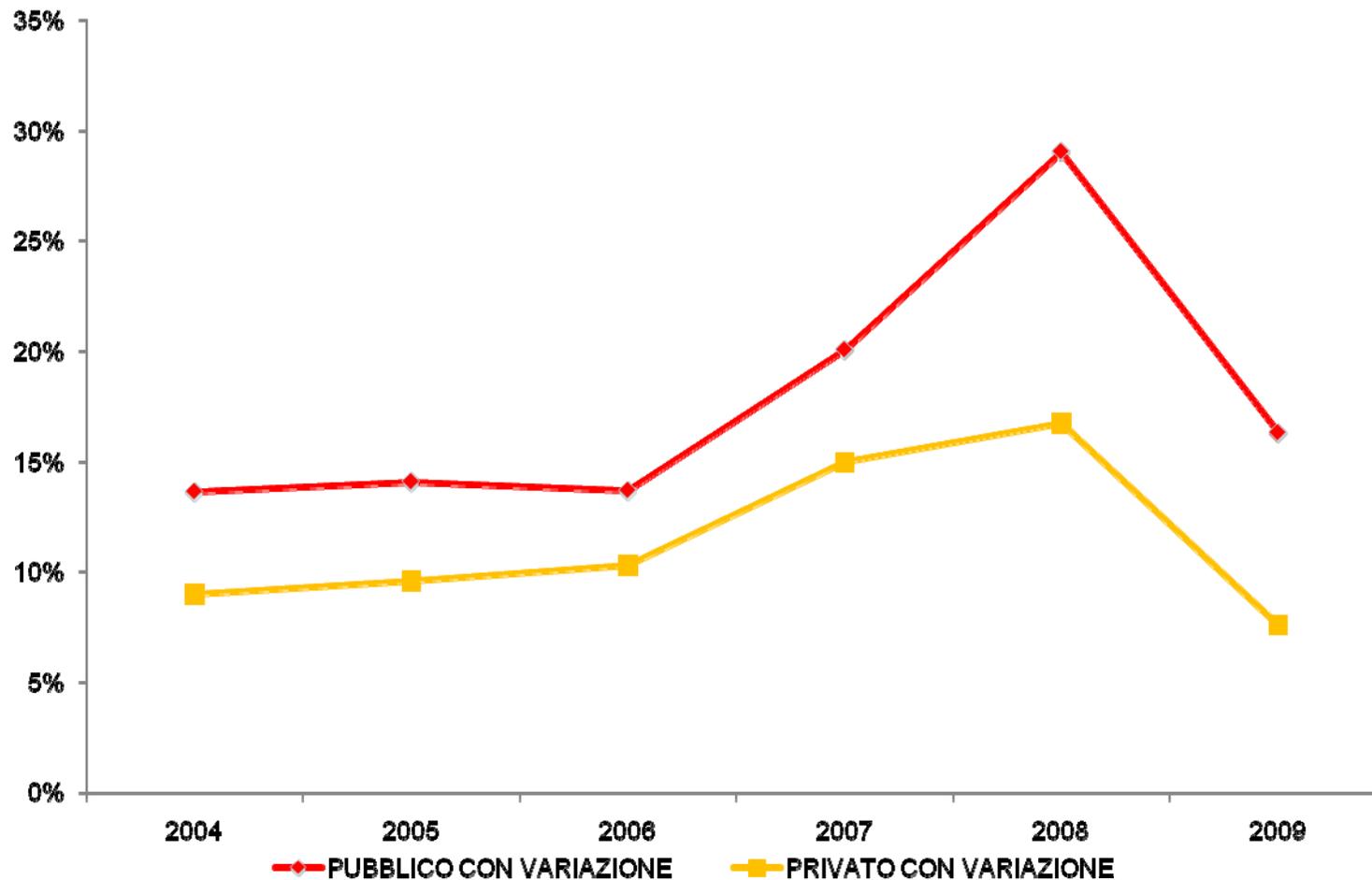
Bocconi



Elaborazioni dati Direzione Generale Sanità Regione Lombardia

Il controllo di congruenza e appropriatezza delle prestazioni Lombardia: controlli di congruenza % con variazione

Bocconi



Il controllo di congruenza e appropriatezza delle prestazioni Lombardia: impatto economico dei controlli

Becconi

