

Finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale



Dr. Agostino Scardamaglio
Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia

Finanziamento del S.S.N.

Sistema Sanitario

L'insieme delle organizzazioni, delle istituzioni, delle risorse che sono dedicate alla produzione di azioni sanitarie

Azione sanitaria: ogni attività dedicata all'assistenza alle persone, agli interventi in sanità pubblica, o ad iniziative intersettoriali, il cui scopo primario è quello di migliorare la salute



Scardamaglio A.

Sistema Sanitario



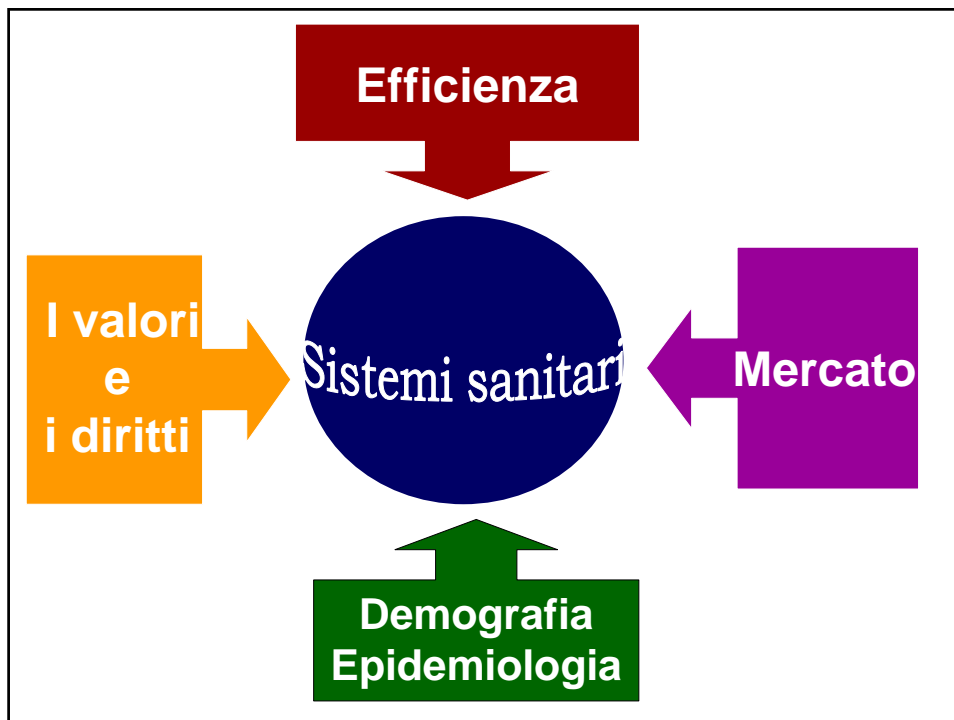
La missione
(OMS, 2000)

Il miglioramento dello stato di salute
della popolazione (*Better health*).

La capacità - e la sensibilità - di rispondere
alle esigenze dei pazienti (*Responsiveness*).

L'equità nel finanziamento del sistema (*Fair
financing*).

Scardamaglio A.

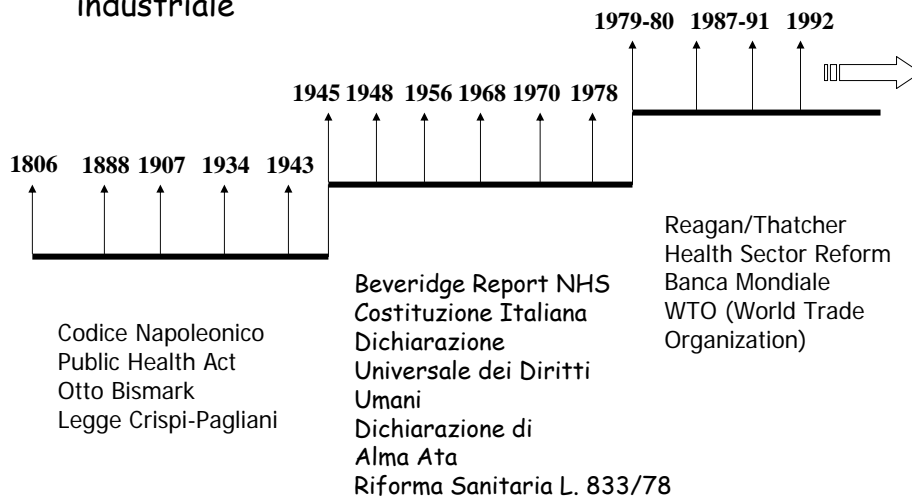


Le ere dei Sistemi sanitari

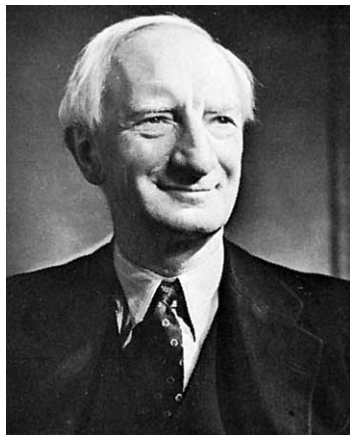
Rivoluzione industriale

L'età dei diritti

L'era del mercato



I governativi



Lord William Beveridge



Otto Von Bismark

**La salute
come
diritto**

**Servizio Sanitario
Nazionale**

**Assicurazioni
Sociali**

**Responsabilità
collettiva (la salute come
investimento collettivo)**

**Finanziamento in
proporzione al reddito**

**Universalità
nell'accesso**

**Erogazione dell'assistenza
in relazione al bisogno**

**Gratuità delle cure
al momento dell'erogazione**

I liberisti

**The government is not the
solution. It is the problem**



Regan

Thatcher

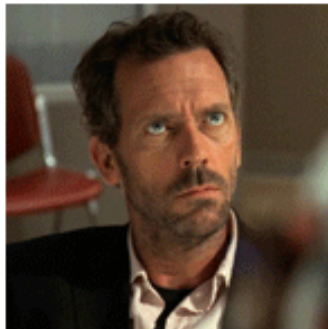


- I **mercati** sono i migliori e più efficienti allocatori delle risorse, sia nella produzione che nella distribuzione della ricchezza;
- Le **diseguaglianze** sono il necessario sottoprodotto del buon funzionamento dell'economia e sono anche "giuste" perchè rispondono al principio che se qualcuno entra nel mercato, qualcun altro ne deve uscire.;
- Il **welfare state** - liberaldemocratico o socialdemocratico, tendente a mitigare le diseguaglianze nella società, interferisce con il normale funzionamento del mercato e deve essere, dove esiste, eliminato.

- Le azioni del governo per correggere le "distorsioni" del mercato sono non solo inefficienti, ma anche ingiuste.

Il motto di R. Reagan infatti era:

"il governo non è mai la soluzione, il governo è il problema."



La quasi riforma di Obama

Colpisce alcuni interessi delle assicurazioni.



- Vieta alle compagnie assicurative di rescindere una polizza quando il paziente si ammala
- Vieta il diniego ad assicurare un bambino invocando le sue malattie pre-esistenti
- Non potranno più essere applicati i tetti massimi di spesa, usati dalle assicurazioni per rifiutare i rimborsi oltre un certo ammontare

Manca, nella riforma, quello che all'origine doveva essere l'aspetto più radicalmente innovativo:

la cosiddetta opzione pubblica



Americans opposed to Barack Obama's plans for health-care reform protest in San Francisco, Aug 14, 2009

Sistemi privatistici - USA

La tendenza strutturale all'aumento dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL risulterà alla lunga non sostenibile per la finanza pubblica: di qui l'idea che nella sanità sia "necessario ridurre la dimensione del pilastro pubblico" per fare spazio ad una ampia copertura da parte dei fondi di natura assicurativa.

ma

Il problema della sostenibilità di un Sistema Sanitario va visto in un'ottica macroeconomica con riferimento all'incidenza della spesa sanitaria complessiva, pubblica e privata, sul PIL.

Quest'ultimo rappresenta l'indicatore corretto della quota di risorse dell'economia che sono assorbite dal sistema sanitario

Scardamaglio A.



Sistemi privatistici - USA



- I confronti internazionali mostrano come sistemi a più ampia copertura pubblica, quali quelli europei, implicano una più bassa incidenza della spesa sanitaria complessiva sul PIL rispetto a sistemi a più ampia copertura privata, quale quello statunitense

- Ridurre la copertura pubblica a favore di quella privata aumenta la spesa complessiva e quindi peggiora la sostenibilità macroeconomica del sistema sanitario, ossia le risorse che la società nel suo insieme deve dedicargli.

Scardamaglio A.



Spesa sanitaria OCSE

% del Pil in alcuni paesi OCSE

Paesi	Anno 1990	Anno 1995	Anno 2000	Anno 2005
Francia	8,4	9,9	9,6	11,1
Germania	8,3	10,1	10,3	10,7
Italia	7,7	7,3	8,1	8,9
Spagna	6,5	7,4	7,2	8,2
Regno Unito	6,0	7	7,3	8,3
USA	11,9	13,3	13,2	15,3

Fonte: OCSE

Scardamaglio A.



Spesa sanitaria OCSE

Incidenza della spesa sanitaria pubblica su quella totale in alcuni paesi OCSE

Paesi	Anno 1990	Anno 1995	Anno 2000	Anno 2005
Francia	76,6	78,6	78,3	79,8
Germania	76,2	81,6	79,7	76,9
Italia	79,5	70,8	72,5	76,6
Spagna	78,7	72,2	71,6	71,4
Regno Unito	83,6	83,9	80,9	87,1
USA	39,4	45,3	43,7	45,1

Fonte: OCSE

Scardamaglio A.



Aspetto macroeconomico

I sistemi ad ampia copertura pubblica sono più efficienti dal punto di vista macroeconomico



Scardamaglio A.

	Sistema BEVERIDGE	Sistema BISMARCK	Sistemi privati
Tipo di sistema	Sistema solidaristico	Sistema mutualistico	Sistema di mercato
Gestione	Governo centrale	Assicurazione obbligatoria e controllo governativo	Privati ed assicurazioni
Finanziamento	Imposte	Contributi sanitari	Prezzi dei servizi
Caratteristiche	Sistema omogeneo ed equo, ma inefficiente Ha bisogno di quote di spesa privata	Sistema più efficiente ma a rischio di selezione avversa (presa in carico dei soli soggetti più convenienti)	Max qualità ai vertici, esclusione delle categorie sociali più deboli, selezione avversa, aumento costi (Medicare & Medicaid)

Sistema Beveridge

Sistema universalistico pubblico

- Accesso sulla base del bisogno, con eliminazione dell'ostacolo di prezzo
- Intervento del programmatore che sostituisce la funzione di coordinamento svolta dal mercato
- Contribuzione sulla base del reddito e non del rischio

Principale rischio: azzardo morale

Si realizza quando "non si paga" per il bene che si acquista, con tendenza a sovrautilizzare un bene di cui non si comprende il valore: include le mancate prestazioni, i farmaci acquisiti e non utilizzati ... (tentativi di correzione: co-payment, ticket, franchigia)

Scardamaglio A.

Italia prima del 1978

Casse mutue o sistema mutualistico (modello Bismarck)

- Contribuzione obbligatoria dei lavoratori
 - Dipendenti (INAM, ENPAS, INADEL, ENPDEP)
 - Autonomi (Agricoltori, Artigiani, Calzolari)
- Settore pubblico
 - Prevenzione
 - Poveri
 - Salute mentale
- Caratteristiche
 - Copertura non totale (ca. 90%)
 - Redistribuzione minima
 - Copertura rischi: parziale
 - Copertura farmaceutica Indiretta



Scardamaglio A.

Legge 833 23.12.1978

Istituzione del servizio sanitario nazionale

- Lo Stato finanzia e gestisce i servizi sanitari (**integrazione verticale**)
- Il finanziamento avviene per quota capitaria pura, correlata al numero di cittadini da assistere
- Il SSN, nell'ambito delle sue competenze, persegue il **superamento degli squilibri territoriali** nelle condizioni socio-economiche del Paese
- Il principio è di dare a ognuno la stessa cosa a prescindere dalle differenze, secondo il principio prevalente **dell'equità orizzontale**

Scardamaglio A.

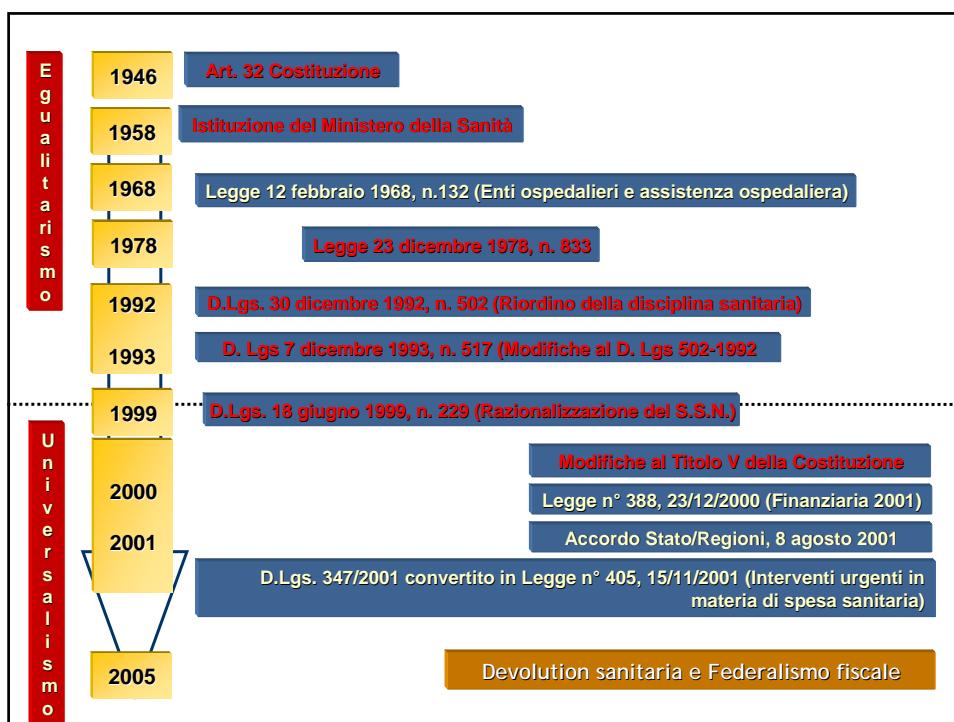
Egualitarismo

Universalismo assoluto

Uniformità di trattamento nell'assunto che tutti i cittadini sono eguali e a tutti spettano le stesse risorse senza considerazione alcuna della **varietà e diversità dei bisogni di salute che caratterizzano le diverse popolazioni nelle stesse classi d'età.**



Scardamaglio A.



Verso l'universalismo

Finanziamento del S.S.N.

Legge 833/78
 livelli (genericamente) *uniformi* di assistenza e *di salute*
 obiettivo: superare disomogeneità del sistema mutualistico

D.Lgs. 502/92
 livelli *uniformi* di assistenza definiti (...) *in coerenza con l'entità del finanziamento* assicurato al Ssn

D. Lgs. 229/99
 Definisce i livelli *essenziali* da fissarsi in modo *contestuale* al volume di risorse e ribadisce impostazione universalistica seppur con approccio maggiormente consapevole della necessità di rispettare la compatibilità macroeconomica rispetto alla Legge 833/78. Si può scendere sotto i livelli essenziali, se mancano le risorse?

Scardamaglio A.

Federalismo fiscale (L.56-2000)

- Fissa i criteri per la composizione spesa sanitaria e alcune spese regionali finanziate con trasferimenti erariali
- Fissa la composizione del mix di risorse tributarie assegnate alle regioni
- Stabilisce i parametri secondo i quali effettuare la perequazione tra le regioni
- Costituisce il fondo perequativo nazionale che attinge all'IVA e all'accisa sulla benzina, per superare gli squilibri tra le varie regioni
- Aumento dell'accisa sulla benzina spettante alle Regioni
- Condiziona i trasferimenti perequativi e la compartecipazione al rispetto degli indicatori qualitativi e quantitativi
- Attiva il monitoraggio e la 1verifica dell'assistenza sanitaria erogata dalle regioni

Scardamaglio A.

Dopo la Legge 56-2000

Risorse regionali

Irap e addizionale irpef, compartecipazione all'IVA, accise sulla benzina, altre entrate proprie

Risorse statali

Fondo sanitario nazionale (+ finanziamento di spese derivate da accordi internazionali, di alcuni enti del SSN e per specifici obiettivi previsti da leggi speciali)

Trasferimento perequativo

E' finalizzato a compensare la minore capacità impositiva di alcune Regioni rispetto a valori prefissati o standard ed a favorire le Regioni più penalizzate da squilibri fiscali legati alle imposte pro capite.

Scardamaglio A.

Livelli essenziali di assistenza

- Definiscono le garanzie (prestazioni/ servizi) che il sistema sanitario offre ai cittadini
 - Criteri
 - necessità: criterio "etico", richiede che obiettivo della prestazione sia **socialmente** condiviso
 - efficacia clinica: criterio empirico
 - appropriatezza: da valutare caso per caso
 - economicità: criterio aziendale
 - Pensati con il duplice obiettivo di governare la spesa pubblica e di rappresentare il principio fondamentale dell'universalismo assoluto
 - Questi ultimi due obiettivi sono in evidente conflitto fra loro.

Scardamaglio A.

Universalismo selettivo

Per compensare la minore capacità impositiva di alcune Regioni più penalizzate da squilibri fiscali

La legge 56-2000 prevede la costituzione di un fondo perequativo.

Si viene così a creare un meccanismo redistributivo tale che, nelle diverse aree del paese, vi siano cittadini che non ricevono contributi aggiuntivi e altri che si giovano della redistribuzione perequativa.



Scardamaglio A.

Universalismo selettivo

- L'impatto redistributivo del SSN tra i vari territori regionali è rilevante, pari al 6,5% del PIL.
- Un territorio regionale con un PIL pro-capite di 100 euro sopra la media finisce per disporre, dopo la redistribuzione di un PIL pro-capite pari a 93,5 euro
- L'introduzione del costi standard mitiga notevolmente tale aspetto sperequativo costituendo l'elemento portante delle politiche sanitarie federaliste.



Scardamaglio A.

La spesa out of pocket

- In parte è determinata dall'assetto istituzionale del Ssn
 - compartecipazioni
 - prestazioni non coperte
- In parte originata dalle preferenze individuali
 - tempi di attesa
 - scelta del medico
 - comfort "alberghiero"



Scardamaglio A.

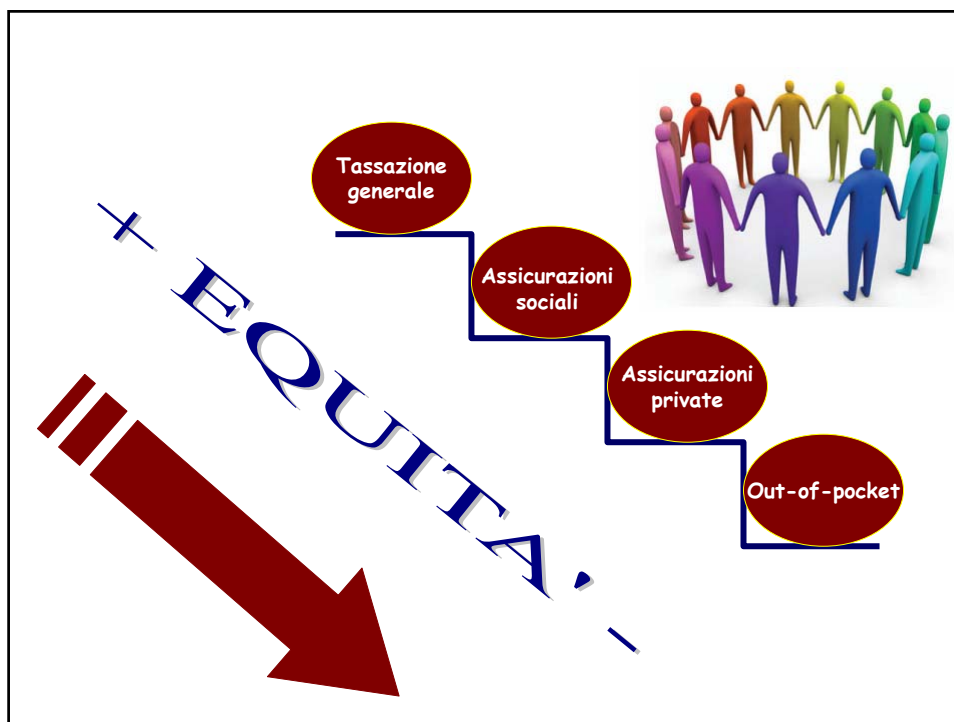
Finanziamento equo

- Secondo l'**OMS** significa che l'onere che ciascuna famiglia sopporta nel sostenere i costi dei servizi sanitari è proporzionale alla propria capacità di pagare, ed è indipendente dal rischio di malattia;
- un sistema sanitario finanziato equamente protegge tutti finanziariamente.
- Il pagamento dell'assistenza sanitaria può essere iniquo in due differenti modi:

1) Quando espone le famiglie a rilevanti spese non previste; è questo il caso del pagamento diretto (**out of pocket**) di prestazioni al momento dell'utilizzazione dei servizi, in assenza di qualche forma di pre-pagamento.

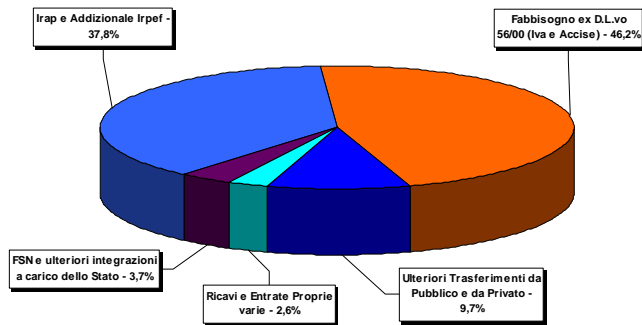
2) Quando il pagamento dei contributi per fruire dei servizi sanitari è **regressivo**, ovvero quando i poveri pagano proporzionalmente più dei ricchi. Ciò avviene nel caso del pagamento *out of pocket*, ma anche in caso di forme assicurative o di tassazione in cui il contributo non è proporzionale alla capacità di pagare, ma al rischio di malattia.

Scardamaglio A.



Fonti di finanziamento S.S.N.

Fonti di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale - Anno 2008



Fonte: Ministero della Salute

Scardamaglio A.



Finanziamento S.S.N.

FINANZIAMENTO del Servizio Sanitario Nazionale - Trend dal 2004 al 2008

Anni	Finanziamento SSN (Miliardi di Euro)	Variazione % rispetto all'anno precedente finanziamento SSN	Quota pro-capite finanziamento SSN (Euro)	Spesa SSN (Miliardi di Euro)	Rapporto % finanziamento SSN / spesa SSN	Rapporto % finanziamento SSN / Prodotto Interno Lordo
2004	84,738	6,0	1.457	90,528	93,6	6,1
2005	91,062	7,5	1.554	96,797	94,1	6,4
2006	95,131	4,5	1.614	99,615	95,5	6,4
2007	99,966	5,1	1.684	103,610	96,5	6,5
2008	103,447	3,5	1.742	106,650	97,0	6,6

La quota pro-capite del finanziamento SSN è calcolata con riferimento alla popolazione residente al 1° gennaio dell'anno di riferimento

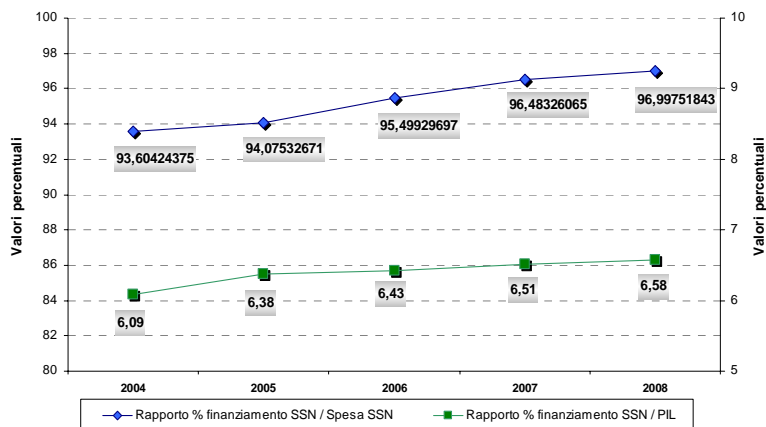
Fonte: Ministero della Salute - Sistema Informativo Sanitario

Scardamaglio A.



Finanziamento S.S.N.

Trend finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale in rapporto percentuale rispetto alla Spesa SSN e rispetto al Prodotto Interno Lordo



Scardamaglio A.

Spesa del S.S.N.

SPESA del Servizio Sanitario Nazionale - Trend dal 2004 al 2008

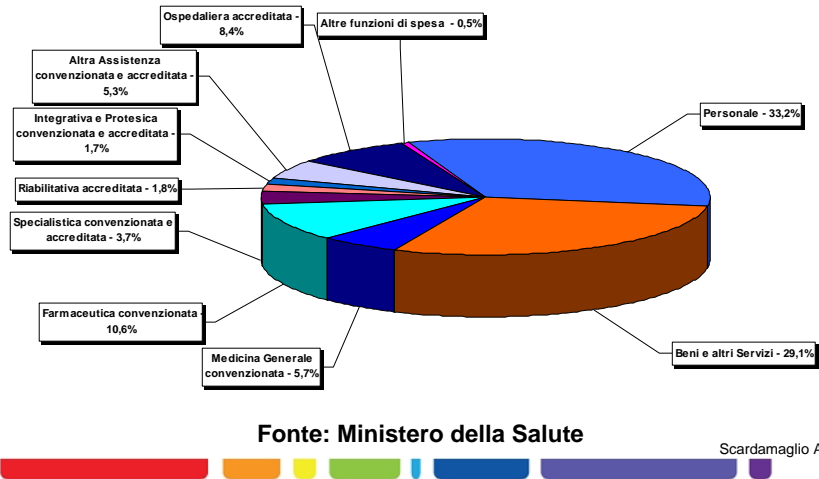
Anni	Ammontare Spesa SSN (Miliardi di Euro)	Variazione % della Spesa SSN rispetto all'anno precedente	Spesa pro-capite (Euro)	PIL (Miliardi di Euro)	Rapporto % Spesa SSN/PIL	Variazione % del rapporto Spesa SSN/PIL rispetto anno precedente
2004	90,528	10,01	1.556	1.391,530	6,51	5,57
2005	96,797	6,92	1.652	1.428,375	6,78	4,17
2006	99,615	2,91	1.690	1.479,981	6,73	-0,68
2007	103,610	4,01	1.745	1.544,915	6,71	-0,36
2008	106,650	2,93	1.796	1.572,243	6,78	1,14

La spesa pro-capite è calcolata con riferimento alla popolazione residente al 1° gennaio dell'anno di riferimento

Scardamaglio A.

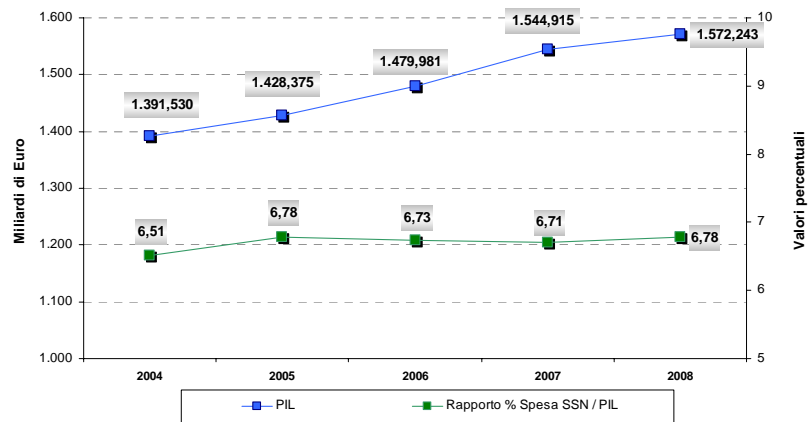
Ripartizione della spesa

Distribuzione della spesa del SSN per funzioni di spesa - Anno 2008



Spesa del S.S.N.

Trend del rapporto Spesa SSN / PIL



Finanziamento S.S.N.

SISTEMA DI FINANZIAMENTO DEL S.S.N.

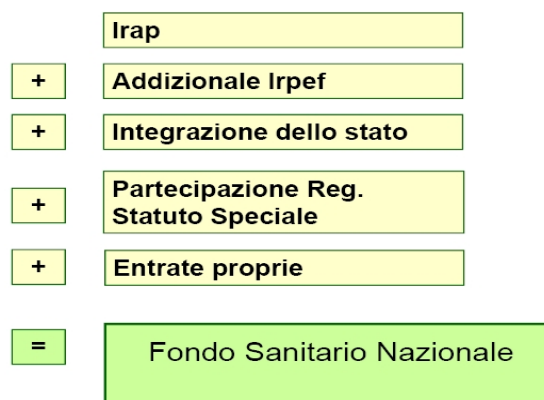
- 1[^] Costituzione F.S.N. a disposizione
- 2[^] Assegnazione risorse per funzioni/obiettivi
- 3[^] Individuazione criteri di riparto tra regioni
- 4[^] Individuazione criteri di riparto tra aziende



Scardamaglio A.

Finanziamento S.S.N.

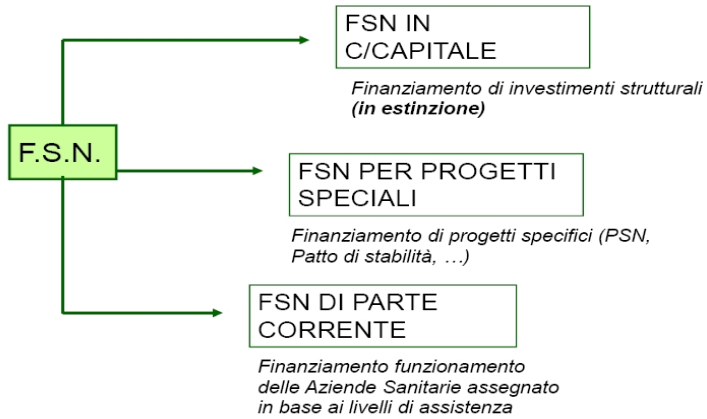
1° step: costituzione fondo a disposizione



Scardamaglio A.

Finanziamento S.S.N.

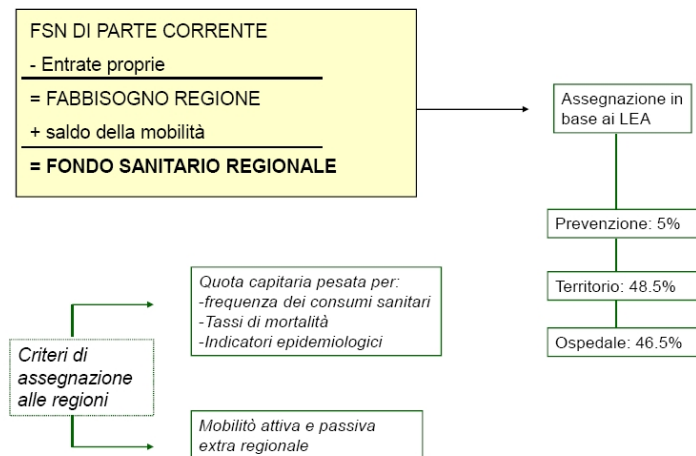
2° step: individuazione risorse per funzioni/obiettivi



Scardamaglio A.

Finanziamento Regionale

3° step: individuazione criteri di riparto del F.S.N. tra regioni



Scardamaglio A.

Finanziamento Regionale

Le entrate regionali proprie

per far fronte a:

- Erogazione di livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli minimi
- Ripercussioni finanziarie conseguenti all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli previsti
- Disavanzi di gestione delle Aziende
- Strumenti:
 - Riduzione dei limiti massimi di spesa per gli esenti
 - Aumento della quota fissa sulle prescrizioni farmaceutiche
 - Forme di partecipazione alla spesa sanitaria da porre a carico dei cittadini (salvo gli esenti)

Scardamaglio A.

Finanziamento Regionale

QUOTA CAPITARIA

Rappresenta il criterio di finanziamento in virtù del quale le ASL garantiscono livelli essenziali di assistenza utilizzando una quota di finanziamento riconosciuta dalla regione per ciascun abitante residente nel territorio di riferimento

Ovviamente, le AO non hanno popolazione quindi non hanno quota capitaria

MOBILITA'

Rappresenta l'altro criterio di finanziamento delle strutture sanitarie erogatrici di prestazioni – PO, AO e IRCSS. Tali strutture vengono rimborsate, in base ad una tariffa regione, per ogni prestazioni rese dalla ASL di residenza dell'utente.

Quando i residenti appartengono ad ASL delle regioni si ha mobilità regionale, quando i residenti appartengono ad ASL di altre regioni si ha mobilità extra regionale.

Tariffe: rappresentano la remunerazione massima omnicomprensiva delle prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica rese da strutture pubbliche o private accreditate. Esse sono fissate dal Governo come valore massimo, mentre le singole regioni possono riceverle prevedendo però delle riduzioni.

Piano delle prestazioni: è lo strumento elaborato per a) programmare il numero di prestazioni attese da ogni ASL da parte di PO, AO e IRCSS, valorizzando tali quantità sulla base delle tariffe previste dalla regione, b) determinare la mobilità passiva ed attiva consuntiva di ogni azienda.

Scardamaglio A.

Finanziamento delle Aziende

1) Entrate non proprie

- Quota del FSR
- Rendite, lasciti donazioni
- Altre acquisizioni per contratto o convenzione
- Ricorso a mutui o altre forme di credito per non più di dieci anni
- Capitale e rate in misura non superiore al 15% della entrate proprie correnti
- Anticipazione da parte del tesoriere per non più di un dodicesimo dell'ammontare annuo del valore dei ricavi iscritti a bilancio



Scardamaglio A.

Finanziamento delle Aziende

2) Entrate proprie

- Ticket per prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio
- Erogazione di prestazioni tariffabili e servizi a pagamento
- Attività professionali a pagamento e in regime libero-professionale
- Avanzi di gestione

Per le aziende ospedaliere e per gli ospedali:

- Sistema dei DRGs/ROD



Scardamaglio A.

Quota capitaria

In generale:

- Esplicita il valore pro capite medio regionale necessario per assicurare la copertura del fabbisogno finanziario dei livelli essenziali di assistenza sanitaria.
- Il valore è calcolato tenuto conto delle condizioni demografiche, epidemiologiche e organizzative osservate in prossimità dell'inizio del triennio di validità del PSR
- Garantisce l'equità nell'accesso ai servizi sanitari a parità di bisogno
- Tiene sotto controllo la dinamica della spesa sanitaria.
- Costituisce il budget, assegnato dalla regione, da utilizzare per produrre in proprio o acquistare dall'esterno le prestazioni necessarie a garantire l'assistenza ai propri residenti.

Scardamaglio A.

Quota capitaria

Caratteristiche:

- Non porta le A.S.L. a competere con le altre A.S.L. per l'acquisizione delle risorse finanziarie regionali;
- Non porta a perseguire l'obiettivo del profitto;
- Incentiva ad utilizzare nel modo più costo-efficace possibile la quota di fondi regionali attraverso:
 - la contrattazione selettiva con i propri fornitori esterni puntando a contenere il consumo di prestazioni ospedaliere ritenute non necessarie o inappropriate nel rispetto dei LEA.
 - la remunerazione delle prestazioni di ricovero sulla base di tariffe fissate per i DRGs^(*) (Diagnosis Related Groups), da ciascuna regione.

^(*) Utilizzati negli Stati Uniti nell'ambito del programma pubblico Medicare di assistenza agli anziani e ai disabili al fine di mantenere la migliore performance possibile.

Scardamaglio A.

Quota capitaria

Differenziazione:

- **Semplice:** garantisce uguali risorse a ciascun individuo, indipendentemente dal suo bisogno di assistenza tenendo conto della numerosità delle popolazioni considerate;
- **Ponderata:** Attribuendo pesi alla popolazione in relazione a:
 - indicatori del relativo livello di bisogno sanitario
 - potenziale domanda di assistenza, in relazione alle caratteristiche epidemiologiche, demografiche e sociali
 - sua composizione.

Scardamaglio A.

Meccanismo tariffario

Ha quale obiettivo:

- quello del riconoscimento tariffario dell'attività svolta basato su un meccanismo "a tariffa per prestazione" ;
- quello di favorire una lettura più analitica dell'attività svolta;
- l'attivazione di un meccanismo competitivo in grado di indurre una maggiore qualità delle prestazioni e di attivare un "mercato interno";
- la rappresentazione di un indicatore (insieme al numero di aziende ospedaliere) dell'approccio delle varie Regioni alle logiche del "*quasi mercato*"

Scardamaglio A.

Meccanismo tariffario

Ambiti di applicazione:

- ricoveri;
- prestazioni ambulatoriali;
- prestazioni residenziali e semiresidenziali.



Per le Aziende ospedaliere costituisce la fonte di remunerazione insieme al finanziamento per funzioni di spesa



Scardamaglio A.

Finanziamento per funzioni

Rappresenta un fattore di parziale "compensazione" dei criteri di assegnazione su base capitaria e, soprattutto, di tariffa per prestazione.

Si applica per la rilevanza della funzione svolta a:

- Centri per l' erogazione di alta specialità sovrazonale, regionale o nazionale (es. banca dati dei tessuti, centro trapianti) ;
- Remunerazione di una data funzione di alta tutela indipendentemente dal volume di attività svolta (Pronto Soccorso, Emergenza territoriale);
- Centri regionali atti a favorire l'innovazione, lo sviluppo o il consolidamento di specifici progetti, servizi, forme di assistenza

Scardamaglio A.

Finanziamenti straordinari

- Si collocano in una posizione strategica rispetto al superamento del modello tradizionale di finanziamento;
- rendono meno traumatica la transizione dal vecchio al nuovo modello di finanziamento;
- rappresentano l'ago della bilancia tra finanziamento su base storica e finanziamento su base capitaria/tariffaria;
- attenuano l'impatto dei nuovi sistemi di finanziamento sulle aziende sanitarie con elevati squilibri tra risorse assegnate e risorse spese (previo rigoroso accertamento sui reali intenti virtuosi!)

Scardamaglio A.

I piani di rientro dai disavanzi

- **A seguito del fallimento del sistema di finanziamento ideato con il decreto legislativo 56/2000 si sono innescate dinamiche di deresponsabilizzazione dei governi locali che si sono concretizzate nell'eterno ritorno agli schemi di ripiano a piè di lista.**
- **L'impennata della spesa ha reso necessario il ricorso a misure emergenziali come i piani di rientro dai disavanzi finanziari.**



Scardamaglio A.

I piani di rientro dai disavanzi

L'analisi condotta con il modello "Sanimod" (CEIS-Tor Vergata) ha permesso di stimare a livello regionale l'andamento dei deficit fino al 2050. Secondo lo studio la spesa sanitaria pubblica italiana, in rapporto al Pil, crescerà dal 6,9% del 2008 fino all'8,7% del Pil nel 2030 per poi ridursi al 6,6% nel 2050.

Tali analisi sono state ottenute a partire dalla stima della spesa aggregata nazionale (tenendo conto della dinamica delle strutture demografiche, per età e sesso, delle Regioni prevista dall'Istat) e ponderata per la frequenza dei consumi sanitari (per età e sesso rilevata nelle singole Regioni attraverso l'indagine multiscopo).

Scardamaglio A.

I piani di rientro dai disavanzi

Risultati di esercizio regionali

(valori in miliardi di euro)

	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Regioni con PdR	-6,5	-12,6	-16,8	-21,7	-26,2	-29,0	-28,6	-23,5	-12,1
Regioni senza PdR	-7,4	-18,1	-24,8	-32,5	-39,2	-42,1	-37,8	-23,0	6,4
Italia	-13,9	-30,7	-41,6	-54,2	-65,3	-71,1	-66,4	-46,5	-5,8

Fonte: Elaborazioni Cer su dati vari



Scardamaglio A.

I piani di rientro dai disavanzi

Da una ricerca curata dalla Fondazione Censis Cergas-Bocconi Cer-Nib del 2009 in alcune Regioni caratterizzate dalla coesistenza di alti disavanzi ed elevata presenza di erogatori privati, si riscontra che:

- la rete di offerta appare prevalentemente costituita da erogatori di piccole e medie dimensioni, tendenzialmente generalisti e focalizzati su aree di attività a bassa complessità.
- I soggetti privati tendono a replicare il ruolo e la tipologia prestazionale dei soggetti pubblici.
- Le Aziende sono comprese in un modello "decisionale" in cui pesano eccessivamente, da un lato, gli interessi e le aspettative politiche, e dall'altro, la pressione dei vari *stakeholders*.

Scardamaglio A.

I piani di rientro dai disavanzi

Nell'ambito della regionalizzazione della sanità si va determinando quindi una netta distinzione tra le Regioni con Piani di rientro e le altre.

Ciò crea notevoli disparità di trattamento dal momento che i residenti nelle prime devono partecipare attivamente ai processi di contenimento della spesa e di razionalizzazione dell'erogazione di prestazioni e servizi.



Scardamaglio A.

Priorità ai bisogni di salute

E' auspicabile pertanto che, in questo difficile passaggio istituzionale, possano trovare la necessaria soddisfazione i portatori di reali

bisogni di salute

Grazie

