

*La spesa sanitaria prima e dopo i Piani di rientro:
un confronto tra regioni*

Angela Adduce

Ragioneria Generale dello Stato

risultati di gestione anni 2003-2006

milgiaia di euro

regione	2003	2004	2005	2006
PIEMONTE	-112.662	-662.245	-322.467	-328.661
LOMBARDIA	-10.642	-30.039	-191.642	-293
VENETO	-157.921	2.677	-303.066	-144.620
LIGURIA	-39.775	-318.554	-253.001	-95.593
EMILIA ROM.	-35.551	-440.554	-132.584	-288.513
TOSCANA	6.563	-241.076	-20.347	-98.385
UMBRIA	-11.166	-82.337	1.156	-54.716
MARCHE	-60.845	-144.904	-24.360	-47.520
LAZIO	-734.706	-2.047.599	-1.940.954	-1.966.913
ABRUZZO	-65.783	-265.040	-221.456	-137.673
MOLISE	-5.956	-82.297	-146.285	-68.494
CAMPANIA	-577.530	-1.202.562	-1.786.522	-749.714
PUGLIA	73.293	21.168	-319.078	-210.811
BASILICATA	-16.720	-34.456	-49.477	2.987
CALABRIA	-19.005	-105.211	-80.109	-55.306
SICILIA	-262.003	-756.482	-699.266	-970.230
SARDEGNA	-150.995	-252.018	-316.267	-129.216

Negli **anni** si manifestano **problemi di alcune regioni ad assicurare l'equilibrio** per la presenza di alti disavanzi di gestione - procedura per gli alti disavanzi (comma 174 legge 311/2004).

regione	disavanzi risultanti alla chiusura della verifica adempimenti 2004	% disavanzo su finanziamento	disavanzi risultanti alla chiusura della verifica adempimenti 2005	% disavanzo su finanziamento
liguria	-319	12,6%	-253	9,5%
lazio	-2.048	27,4%	-1.941	24,6%
abruzzo	-265	14,4%	-221	11,1%
molise	-82	17,3%	-146	29,1%
campania	-1.203	15,8%	-1.787	22,7%
sicilia	-756	11,3%	-699	9,8%

Lo squilibrio tra entrate e spese è insostenibile

Gli interventi di copertura del disavanzo a carico del bilancio regionale sono insostenibili anche considerando le entrate da aliquote fiscali massimizzate

I risultati del sistema premiale in sanità nel periodo 2001-2005

verifica per anno	hanno superato la verifica	non hanno superato la verifica
2001	Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Puglia, Basilicata, Sicilia	Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sardegna
2002	Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna	Abruzzo, Molise
2003	Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sardegna	Abruzzo, Molise, Sicilia
2004	Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Puglia, Basilicata, Calabria, Sardegna	Piemonte, Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia
2005	Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche Puglia, Basilicata	Liguria, Abruzzo, Molise, Lazio, Campania, Calabria, Sicilia, Sardegna

Nasce la consapevolezza che il sistema premiale e sanzionatorio previsto non era in grado di affrontare le gravi problematiche presenti nelle regioni con alti deficit strutturali sulla sanità.

Nel 2007 nascono i **piani di rientro regionali**

Nelle regioni con alti disavanzi sono presenti:

- un eccesso di spesa farmaceutica convenzionata
- un eccesso di posti letto ospedalieri
- servizi territoriali poco sviluppati o addirittura inesistenti
- un alto tasso di ospedalizzazione e significativi indicatori di inappropriatazza
- mancanza di un sistema di monitoraggio e di controllo aziendale e regionale

Nella cornice normativa del piano di rientro vi sono contemporaneamente

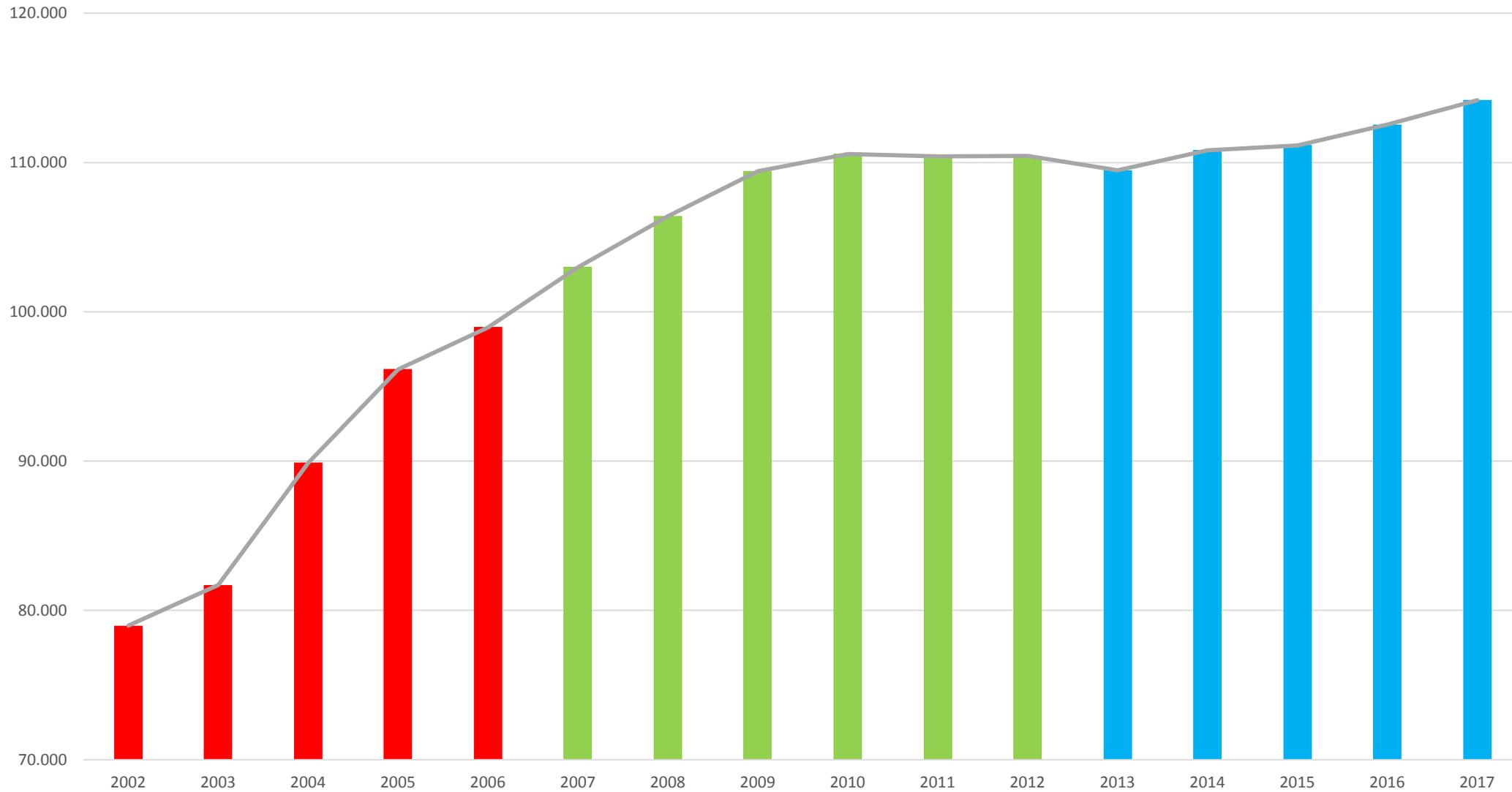
- per la **gestione corrente**, **aiuti statali** e **obblighi regionali** (accesso al fondo transitorio di accompagnamento e conferimento aliquote fiscali massimizzate) che **accompagnano gradualmente lo sforzo regionale di contenimento della dinamica della spesa corrente**;
- per la **gestione del debito (al 31 dicembre 2005)**, **aiuti statali** e **conferimenti regionali** (ripiano selettivo dei disavanzi, accesso all'anticipazione di liquidità e restituzione su base pluriennale del prestito ricevuto).

Il piano di rientro si sostanzia in un programma di riqualificazione, contenimento, efficientamento della spesa sanitaria nella cornice di erogazione dei LEA. Gli alti disavanzi strutturali presenti sono affrontati contestualmente ad una riorganizzazione della rete dell'offerta sanitaria al fine di renderla coerente la cornice legislativa vigente (es. standard posti letto, tetti di spesa farmaceutica).

SPESA SANITARIA CORRENTE

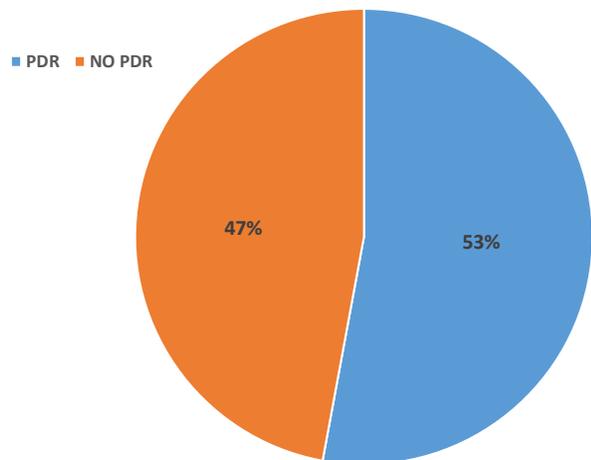
(fonte: modelli CE consolidati regionali)

milioni di euro

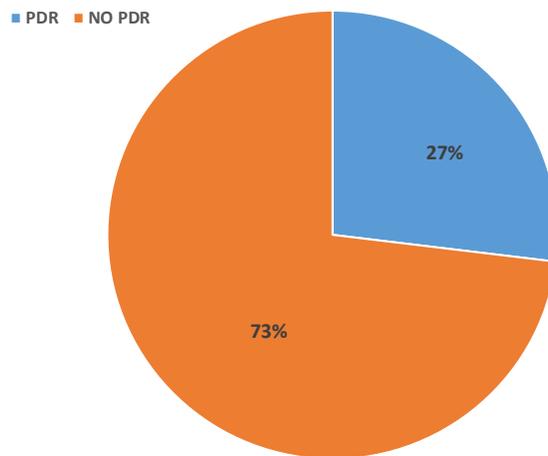


L'apporto all'incremento della spesa sanitaria cambia.....

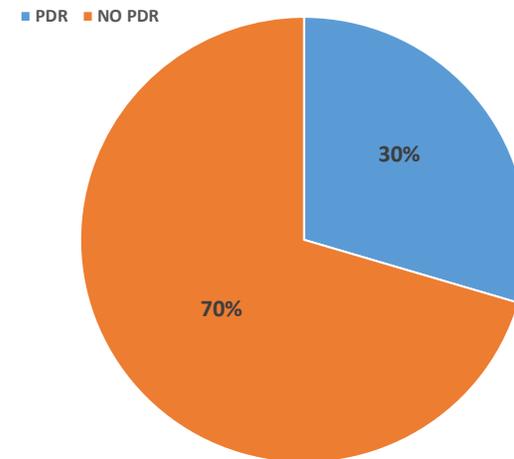
RIPARTIZIONE INCREMENTO SPESA
ANNI 2002-2006



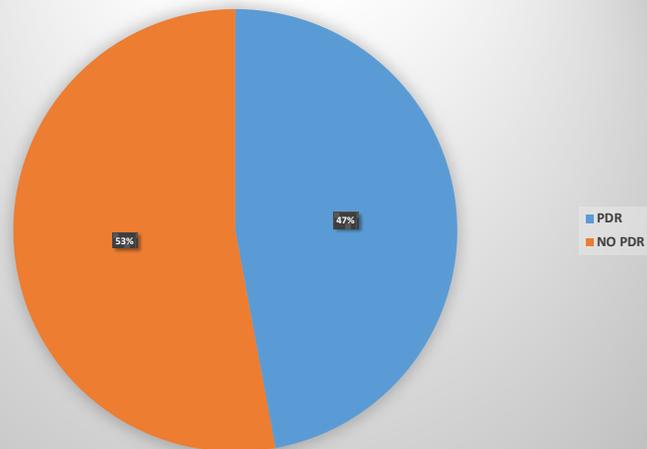
RIPARTIZIONE INCREMENTO SPESA
ANNI 2007-2012



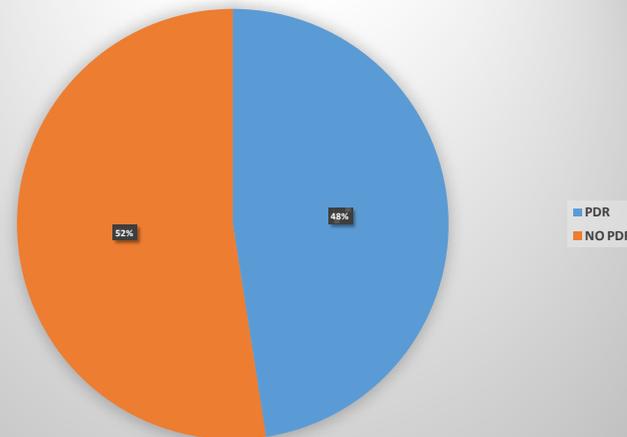
RIPARTIZIONE INCREMENTO SPESA
ANNI 2013-2017



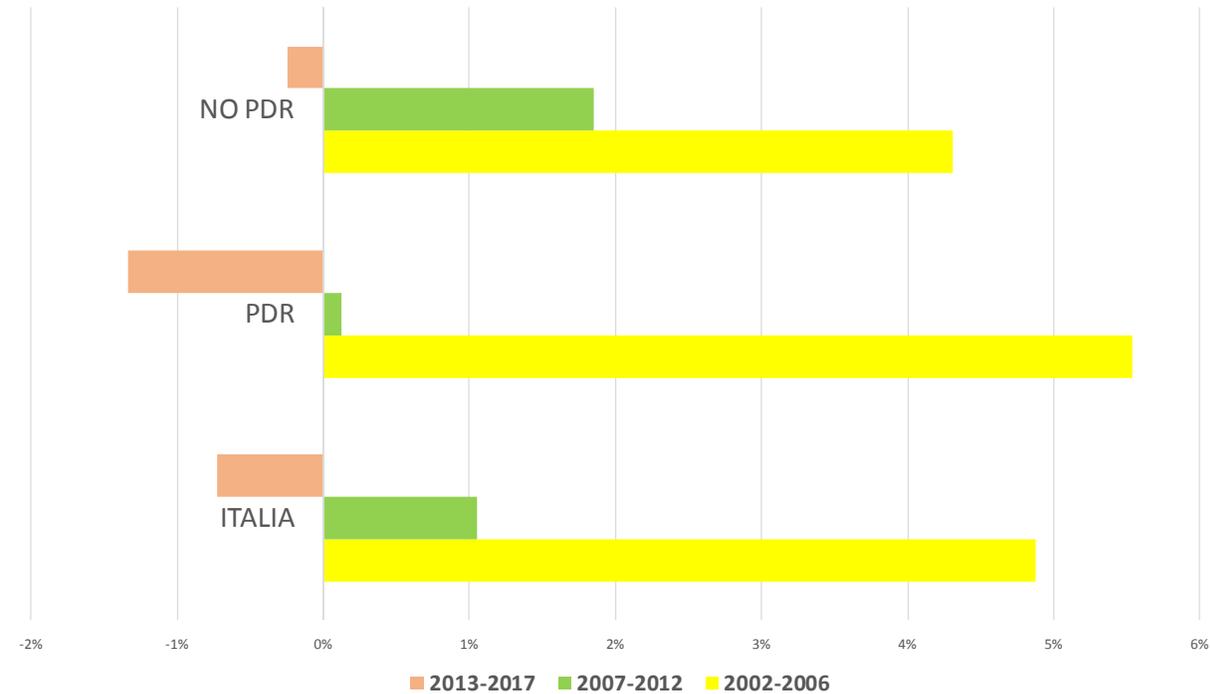
RIPARTIZIONE QUOTA ACCESSO INDISTINTA



RIPARTIZIONE POPOLAZIONE RESIDENTE

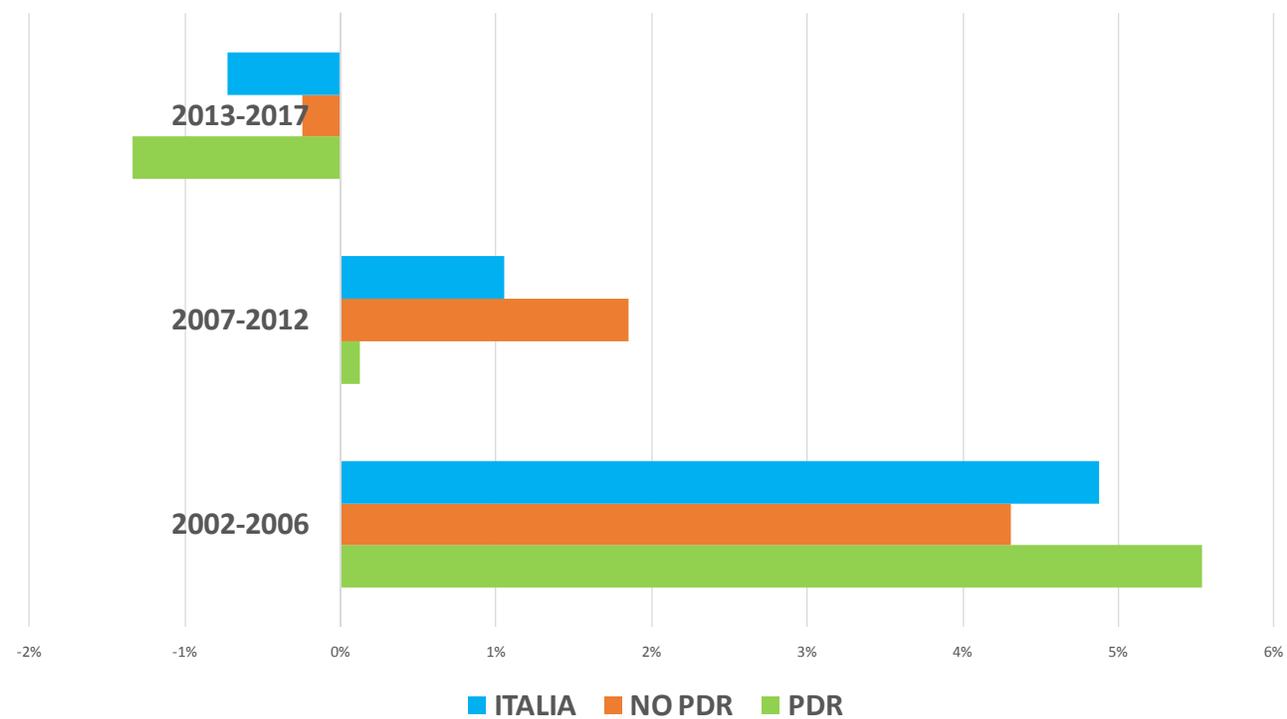


PERSONALE
variazione media annua



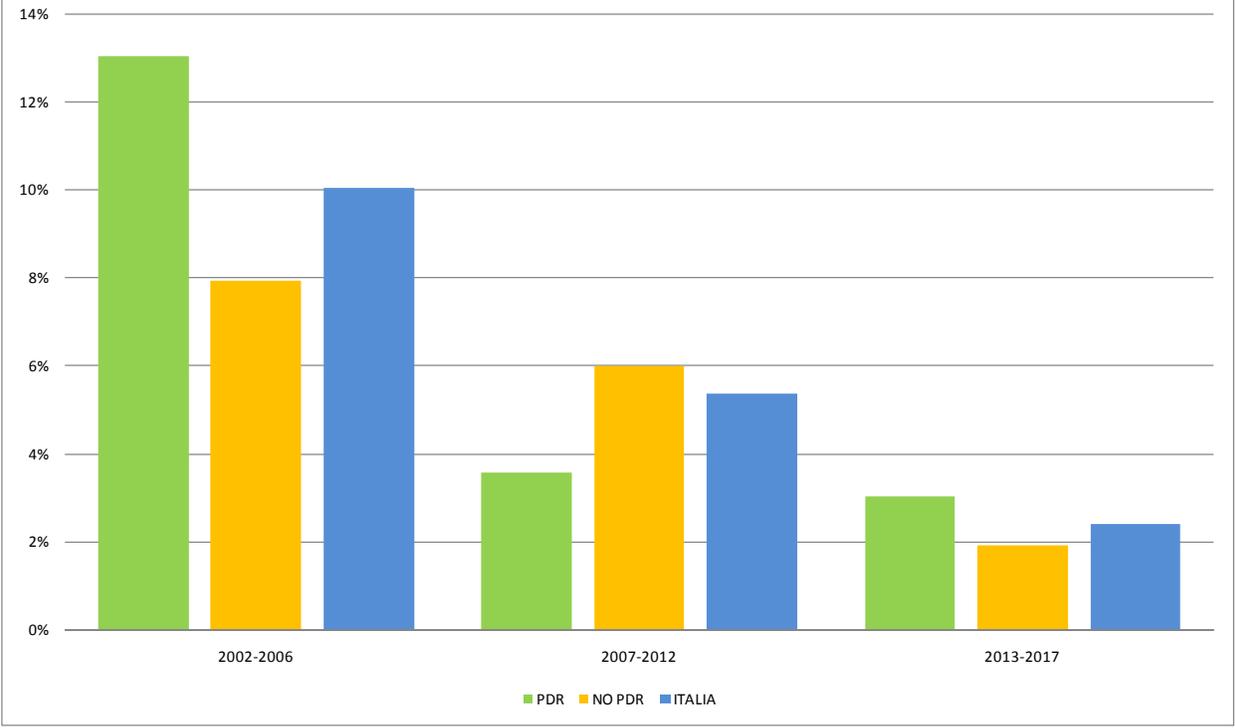
.....gli effetti del contenimento della dinamica della spesa per il personale dipendente.....

PERSONALE
variazione media annua



consumi intermedi

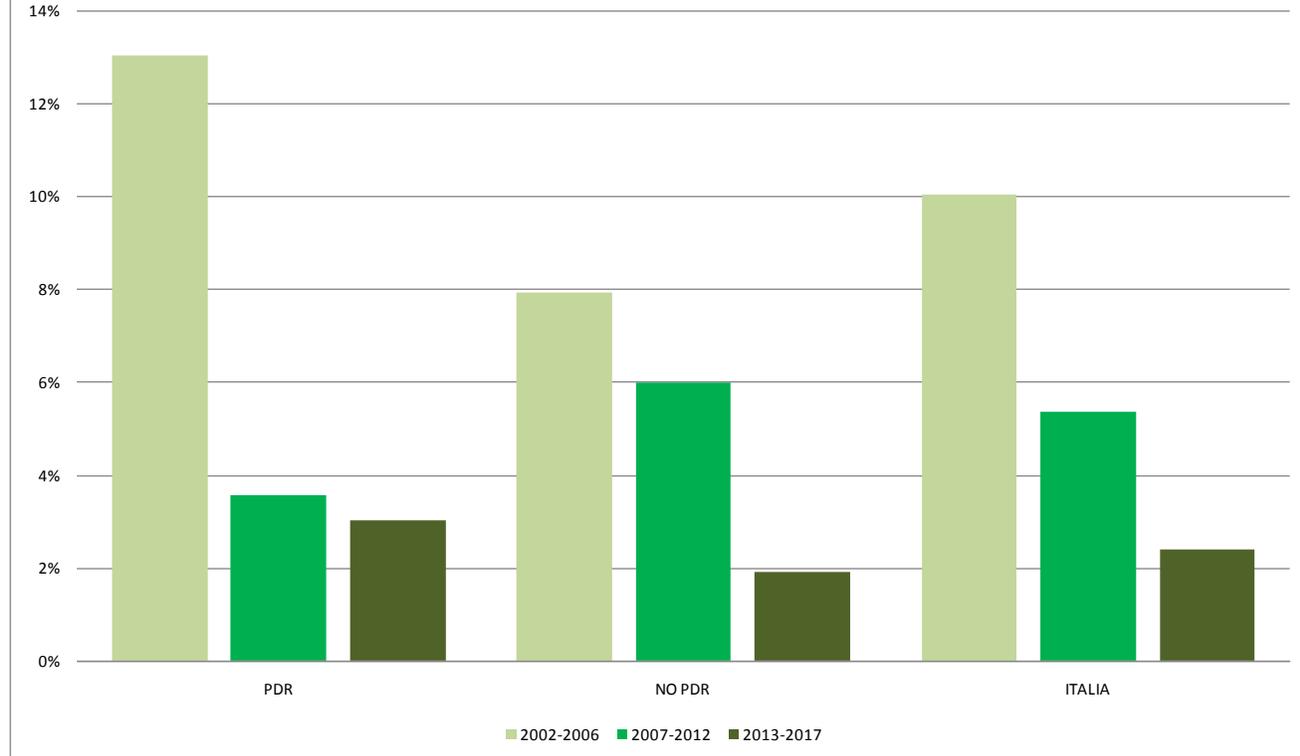
variazione media annua



.....gli effetti del contenimento della dinamica della spesa per consumi intermedi (beni e servizi).....

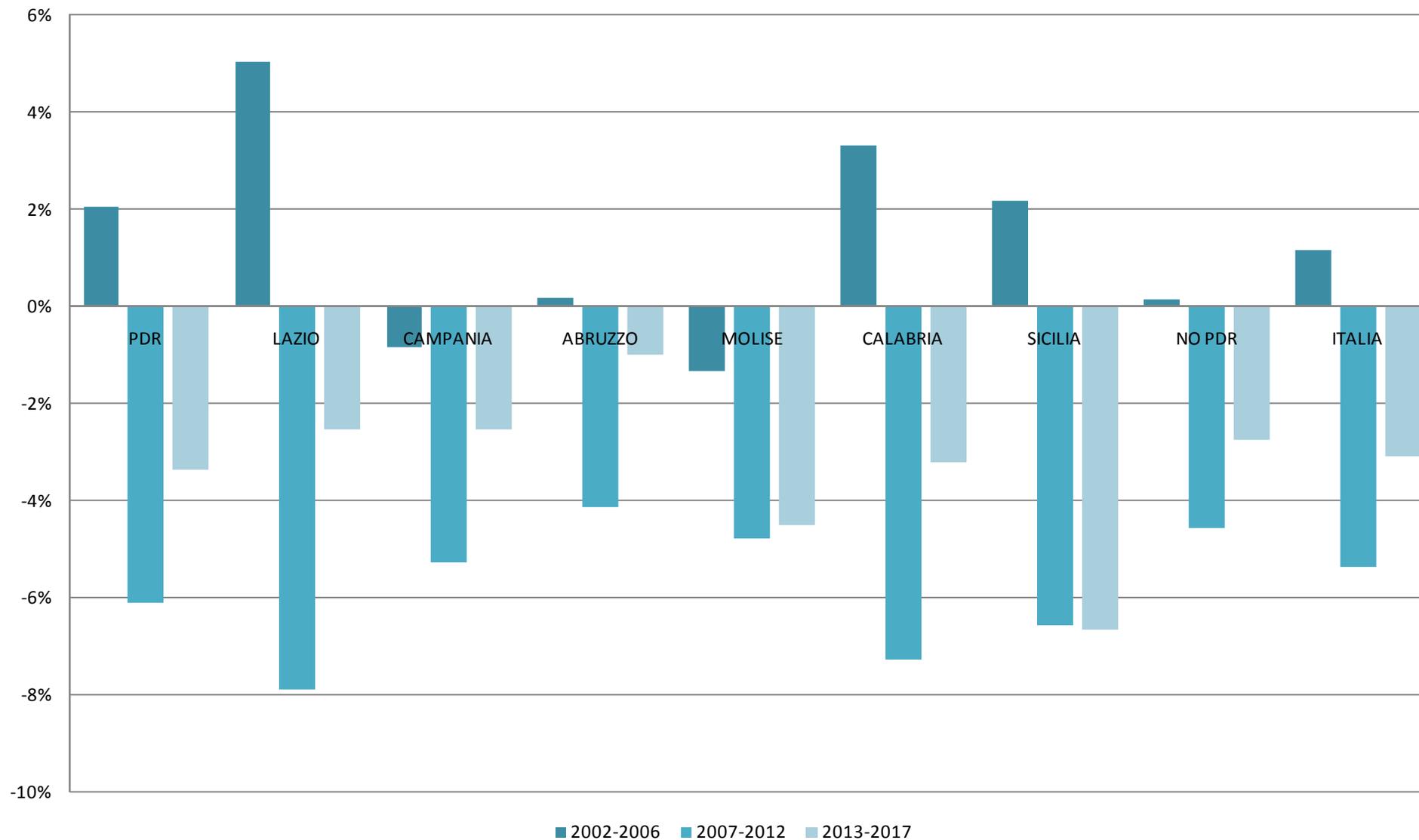
consumi intermedi

variazione media annua



Farmaceutica convenzionata

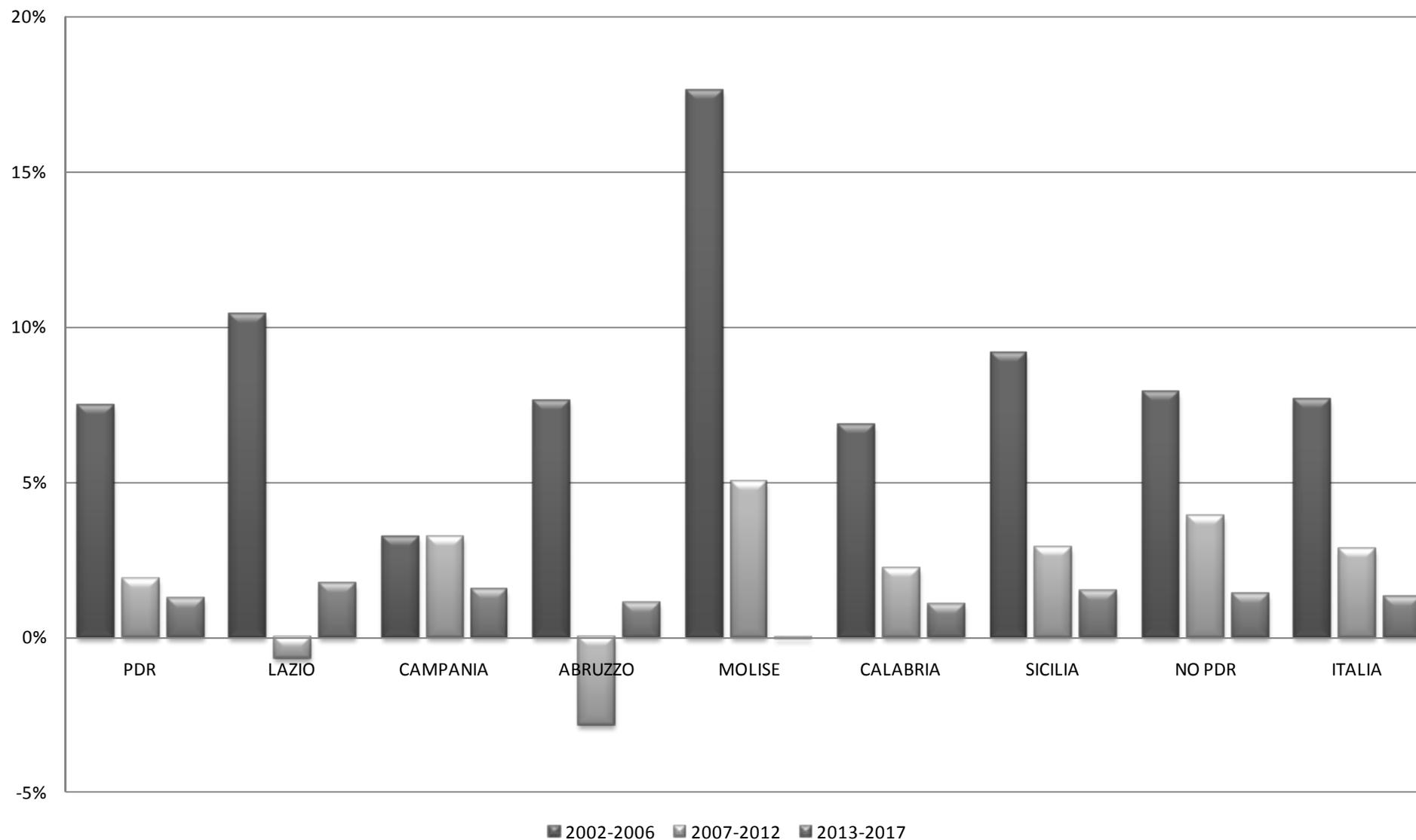
variazione media annua



.....gli effetti del contenimento della dinamica della spesa farmaceutica convenzionata.....

prestazioni acquistate da privato accreditato

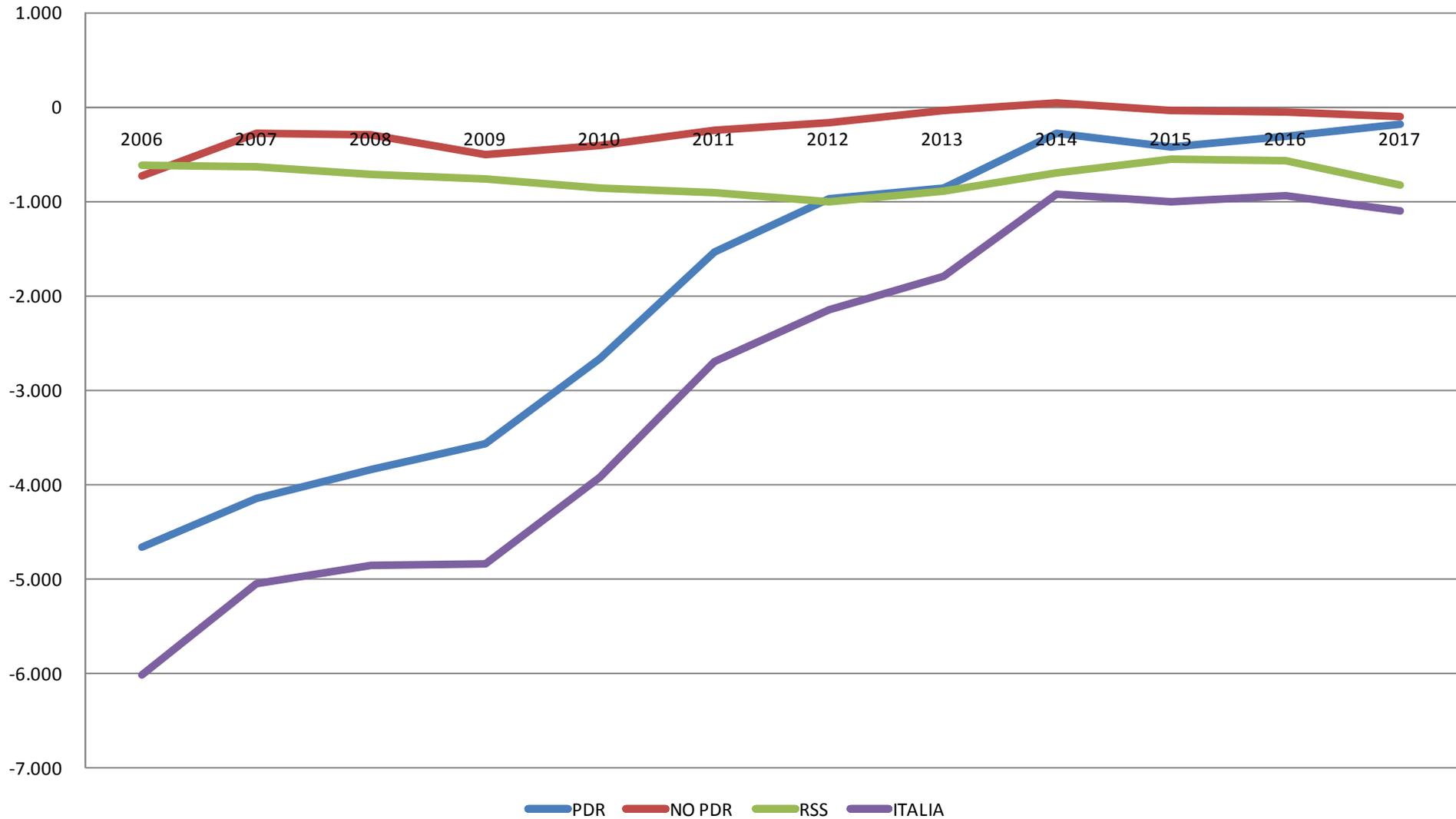
variazione media annua



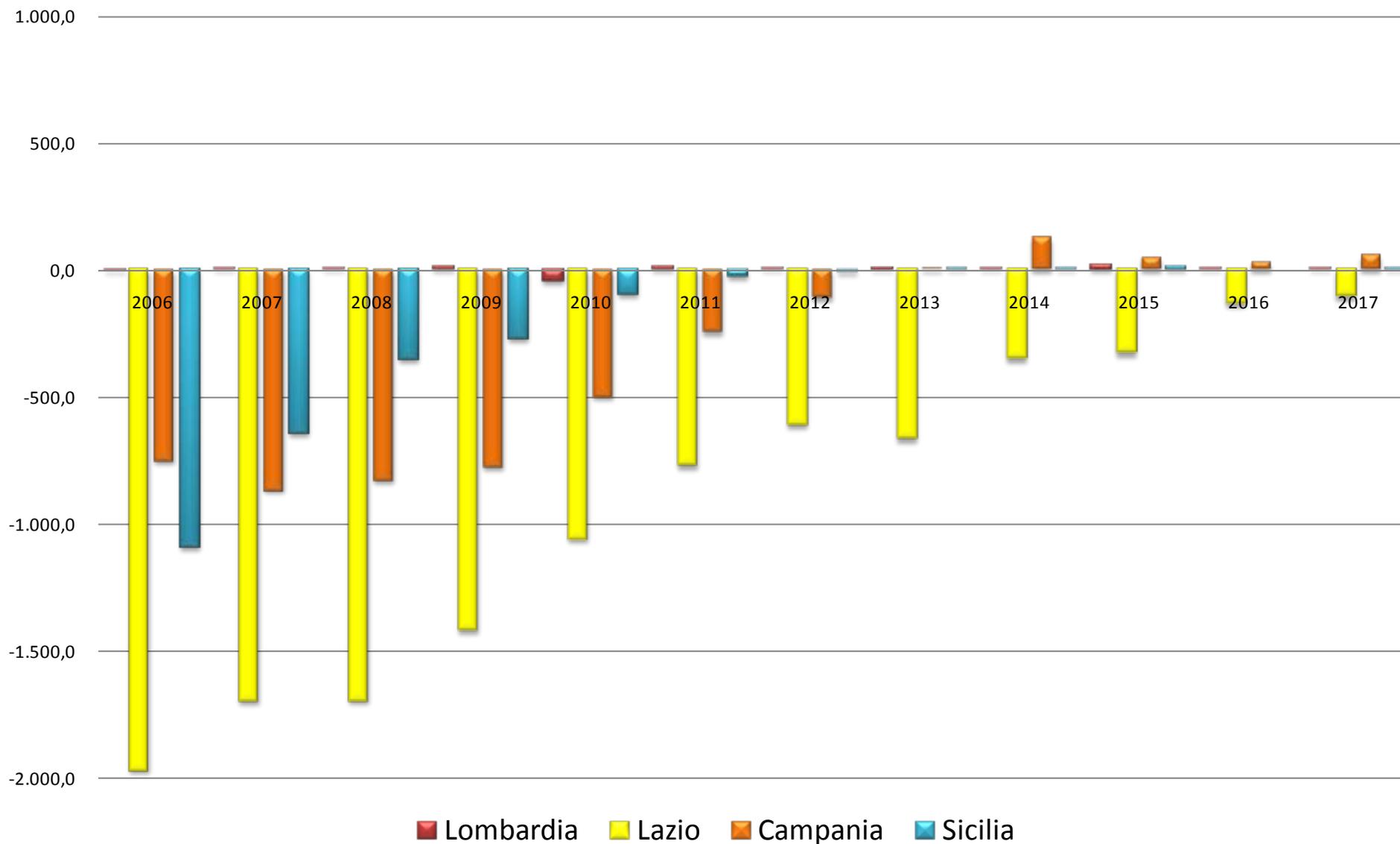
.....gli effetti del contenimento della dinamica della spesa per prestazioni da privato accreditato.....

risultato d'esercizio

(rispetto al fabbisogno sanitario e prima delle coperture)



risultati d'esercizio



finanziamento e spesa sanitaria corrente

