

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1533

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEL

CONSIGLIO REGIONALE DEL PIEMONTE

Sostegno finanziario al sistema sanitario nazionale a decorrere
dall'anno 2023

Presentata l'8 novembre 2023

ONOREVOLI DEPUTATI ! — La presente proposta di legge è finalizzata al sostegno finanziario del sistema sanitario nazionale a decorrere dall'anno 2023.

Il diritto alla salute di cui all'articolo 32 della Costituzione si concretizza in un diritto individuale teso a garantire una condizione di benessere fisico, psicologico e sociale della persona e in un diritto collettivo per la tutela della salute della comunità nel suo complesso, con un approccio che oggi viene denominato *One health*.

La garanzia di un diritto alla salute universale che si dovrà sempre più, nel tempo, misurare con un bisogno di servizi sanitari e sociosanitari in tendenziale aumento per effetto di un progressivo incremento dell'invecchiamento della popolazione a cui si sta accompagnando un calo delle nascite e della popolazione attiva.

Una composizione della popolazione in progressivo cambiamento, a cui va prestata particolare attenzione per orientare i servizi sanitari e sociosanitari a un'offerta su misura per una popolazione sempre più fragile.

Secondo i dati dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) dei primi mesi del 2022:

l'indice di vecchiaia continua ad aumentare ed ha raggiunto quota 187,6 anziani ogni cento giovani, mantenendo l'Italia tra i Paesi più « vecchi » dell'Unione europea;

i residenti di 65 anni e più sono 14.046.000, circa 3 milioni in più rispetto a venti anni fa, pari al 23,8 per cento della popolazione totale;

i residenti di 75 anni e più (i cosiddetti « grandi anziani ») sono 7.058.755, l'11,7 per cento del totale della popolazione. Il 60

per cento è risultato composto da donne. Quasi la metà delle donne di 75 anni e più vive da sola, il 29 per cento in coppia. Capovolta la situazione degli uomini, con il 21,7 per cento vive che solo e il 68 per cento in coppia;

i centenari sono risultati 19.714, un numero quadruplicato rispetto al 2002, quando le persone con oltre 100 anni erano poco più di 5.000. Di questi 19.714, l'83 per cento è rappresentato da donne (16.427), mentre il 17 per cento da uomini (3.287). I semi-supercentenari (di 105 anni e più) sono oltre 1.100 e 17 sono le donne supercentenarie (di 110 anni e più).

Sempre l'ISTAT, nel Rapporto annuale 2022, stima, inoltre, che nel 2042 le persone di 65 anni e più saranno quasi 19 milioni, il 34 per cento della popolazione; gli ultraottantenni supereranno i 4,5 milioni; la popolazione con almeno cento anni raggiungerà le 20.000 unità, valore quadruplicato negli ultimi vent'anni; gli ultracentenari triplicheranno, raggiungendo le 58.400 unità.

In merito alla spesa sanitaria, dal 20esimo Rapporto Osservasalute 2022 si evince che: nel 2022 la spesa sanitaria pubblica si è attestata a 131 miliardi (6,8 per cento del PIL), la spesa a carico dei cittadini a circa 39 miliardi (2 per cento del PIL). I confronti internazionali evidenziano che, nel 2020, la spesa sanitaria dell'Italia, a parità di potere d'acquisto, si è mantenuta significativamente più bassa della media dei 27 Paesi dell'Unione europea, sia in termini di valore *pro capite* (2.609 euro contro 3.269 euro) che in rapporto al PIL (9,6 per cento *vs* 10,9 per cento). Il nostro Paese, inoltre si legge nel *report*, si colloca al tredicesimo posto della graduatoria dei Paesi dell'Unione europea per la spesa *pro capite*, dopo la Repubblica Ceca e Malta e molto distante dalla Francia (3.807 euro *pro capite*) e dalla Germania (4.831 euro), mentre la Spagna presenta un valore di poco inferiore a quello dell'Italia (2.588 euro). Germania, Olanda, Austria e Svezia sono i Paesi con la spesa *pro capite*, a parità di potere d'acquisto, più elevata, prossima o superiore ai 4.000 euro. Per la spesa sani-

taria rispetto al PIL, l'Italia occupa la decima posizione insieme alla Finlandia.

La crescita tendenziale della domanda di servizi sanitari e sociosanitari si inserisce in un Servizio sanitario nazionale già oggi sottofinanziato rispetto alle necessità della popolazione e ancora in affanno rispetto alla copertura dei costi delle regioni determinati dalla pandemia.

Pur risultando imprescindibile un intervento di riorganizzazione e innovazione del sistema sanitario attuale, al fine di migliorarne le prestazioni e l'efficienza, è impensabile che ciò avvenga a risorse finanziarie e professionali invariate. Senza una programmazione di lungo periodo che garantisca interventi di carattere finanziario progressivi, consistenti e stabili a regime, per lo Stato e le regioni risulterà impossibile garantire il diritto di offerta e accesso universale ai servizi sanitari e sociosanitari come previsto dal nostro ordinamento giuridico.

Tra i bisogni di salute, non certo nuovi, ma che la stessa pandemia ha fatto emergere in modo esplosivo, non si può non citare la domanda esponenziale di supporto psicologico e di presa in carico per disturbi legati alla salute mentale e alle dipendenze patologiche.

Senza sottovalutare il fatto che un Servizio sanitario nazionale sottofinanziato porterebbe progressivamente ad aumentare la disuguaglianza sociale all'interno della popolazione dividendo le famiglie tra quelle che riusciranno ad accedere alle cure attingendo anche a risorse finanziarie proprie attraverso l'acquisto di prestazioni dalla sanità privata da quelle che vi dovranno rinunciare a causa delle liste di attesa o per impossibilità di carattere economico. Come ha denunciato la Fondazione Gimbe nell'ultima Conferenza nazionale, aumentano le disuguaglianze sociali anche in ambito sanitario, che non permettono a tutti il godimento del diritto alla salute; aumenta la spesa sanitaria delle famiglie e il numero dei cittadini che rinunciano alle cure e aumenta il divario nord-sud nell'accesso alle cure.

Secondo l'ISTAT:

nel 2021, l'11,1 per cento delle persone ha dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie e nel 2022 si stima che siano state il 7 per cento (4,2 per cento a causa delle liste d'attesa; 3,2 per cento per motivi economici);

nel 2021 la spesa sanitaria ha toccato 168 miliardi di euro, di cui 127 miliardi di spesa pubblica (75,6 per cento), 36,5 miliardi (21,8 per cento) a carico delle famiglie e 4,5 miliardi (2,7 per cento) sostenuti da fondi sanitari e assicurazioni;

secondo il rapporto « Le Performance Regionali » del Centro per la ricerca economica applicata in sanità (CREA), nel 2021 la spesa privata è stata in media di 1.734 euro per nucleo familiare.

Dopo il tragico evento pandemico da COVID-19, il nostro Paese anche grazie all'Unione europea ha avviato importanti investimenti (Piano nazionale di ripresa e resilienza – PNRR, *Next Generation EU*, Piano nazionale per gli investimenti complementari) per rilanciare l'economia con un approccio *green* e digitale e l'obiettivo di rendere il Paese più coeso territorialmente, con un mercato del lavoro più dinamico e senza discriminazioni di genere e generazionali e una sanità pubblica più moderna e vicina alle persone.

La missione 6 – salute del PNRR ha come parole chiave prossimità, innovazione e uguaglianza (in linea con i principi costituzionali e i nuovi bisogni evidenziati dalla pandemia e da un contesto demografico ed epidemiologico mutato e in mutazione) e si pone l'obiettivo di potenziare e sviluppare l'assistenza sanitaria territoriale nel Servizio sanitario nazionale implementando nuovi modelli organizzativi e ridefinendo le funzioni e il coordinamento delle realtà già presenti nel territorio. Le risorse a disposizione sono finalizzate a investimenti infrastrutturali e tecnologici diretti a rafforzare l'offerta e la qualità dei servizi promuovendo un approccio sempre più integrato tra sanità e servizi sociali.

In particolare, con le risorse del PNRR, si prevede di realizzare un numero signifi-

cativo di investimenti concernenti le case della comunità, le centrali operative territoriali (COT) e gli ospedali di comunità (OSCO) entro la metà del 2026, oltre a diversi interventi di messa in sicurezza antisismica degli ospedali.

Mentre con il regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, che reca la definizione di modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, si è definito il modello organizzativo innovativo per l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento, un luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini potranno accedere per bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, a fronte del quale le risorse stanziata a livello nazionale risultano insufficienti per attuare le azioni per lo sviluppo dell'assistenza territoriale e per applicare i nuovi modelli e *standard* organizzativi e strutturali, come rilevato nel documento contenente le proposte strategiche delle regioni e delle province autonome trasmesso il 26 ottobre 2022 dalla Conferenza delle regioni al Ministro della salute.

Questa importante stagione di investimenti e di riforme nella sanità richiede una programmazione finanziaria pluriennale di risorse aggiuntive e stabili per far fronte anche ai conseguenti maggiori costi per la gestione e il funzionamento delle strutture di nuova costruzione (OSCO, COT e Case della comunità) e il superamento del vincolo assunzionale del personale nella sanità previsto dal cosiddetto « decreto Calabria » (articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60).

Le sfide ordinarie e straordinarie a cui è sottoposto il Servizio sanitario nazionale che si è cercato di evidenziare pongono con forza la necessità di sostenere ulteriormente in modo progressivo, ma consistente e stabile a regime, il sistema sanitario.

La sostenibilità economico-finanziaria dei bilanci sanitari delle regioni è fortemente compromessa da un insufficiente livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, su cui grava, diversamente da quanto accade per le altre amministra-

zioni pubbliche statali, anche il finanziamento degli oneri per i rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato del Servizio sanitario nazionale. La previsione di spesa in sanità di lungo periodo sconta infatti gli oneri legati al rinnovo del trattamento economico del personale dipendente e convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, le spese per l'attuazione del PNRR, nonché gli impegni pianificati per rafforzare la *performance* del Servizio sanitario nazionale, anche in termini di tempestività di risposta rispetto alle emergenze sanitarie.

La spesa sanitaria in rapporto al PIL si attesta in media sul 6,9 per cento nel quinquennio 2018-2022 (7,2 per cento nel 2021, a seguito degli interventi finanziari in ambito sanitario adottati per contrastare l'epidemia da COVID-19), a confronto di una media europea dell'8,1 per cento. Gli incrementi già riconosciuti sul Fondo sanitario nazionale 2023 dall'articolo 1, comma 535, della legge n. 197 del 2022 (pari a 2,150 miliardi) non sono pertanto sufficienti. Il livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale 2023 non è adeguato a consentire la sostenibilità della programmazione sanitaria alla luce dei significativi oneri per il proseguimento delle misure di contrasto e sorveglianza dell'emergenza pandemica che sono divenuti strutturali e, contestualmente, dei maggiori costi emergenti: energetici, inflattivi e contrattuali.

Nell'anno 2021 il finanziamento ordinario del Servizio sanitario nazionale in rapporto al PIL è stato pari al 6,9 per cento (fonte: Ministero dell'economia e delle finanze, Dipartimento della ragioneria generale dello Stato, Il Monitoraggio della Spesa Sanitaria 2022, pag. 9). Nel 2019 tale rapporto è stato pari al 6,4 per cento, a fronte di Paesi come la Germania che destina il 9,9 per cento del PIL al finanziamento della spesa sanitaria pubblica; la Francia il 9,3 per cento; il Regno Unito l'8 per cento (dati OCSE).

Il Rapporto OCSE del febbraio 2023 evidenzia che per evitare il ripetersi delle enormi conseguenze (verificatesi in tutti i Paesi OCSE) prodotte dalla pandemia di

COVID-19 sulle società e i sistemi sanitari, i sistemi sanitari devono diventare resilienti ossia capaci di pianificare ed essere pronti per gli *shock*, come le pandemie, le crisi economiche o gli effetti del cambiamento climatico. I sistemi sanitari resilienti sono quelli in grado di ridurre al minimo le conseguenze negative delle crisi, recuperare il più rapidamente possibile e adattarsi per diventare più performanti e più preparati.

Lo stesso rapporto OCSE nel confermare il dato di sottofinanziamento dei sistemi sanitari stima in un finanziamento *extra* mediamente dell'1,4 per cento del PIL il fabbisogno utile a mantenere le risorse umane necessarie al funzionamento dei sistemi sanitari. Indica, inoltre, sei raccomandazioni per migliorare la resilienza dei sistemi sanitari stessi e per ridurre l'impatto di *shock* futuri: promozione della salute della popolazione (assistenza preventiva, campagne vaccinali e di *screening*); politiche attive di reclutamento e ritenzione delle risorse umane (competitività delle retribuzioni, attrattività di personale qualificato in sanità, assistenza e dipendenze); raccolta e buon uso dei dati; promozione delle collaborazioni internazionali; riduzione delle carenze e dei rischi di carenze (attrezzature, tecnologie); promozione della *governance* e della fiducia nei sistemi sanitari.

Nella Nota di aggiornamento al DEF – Versione rivista e integrata del 4 novembre 2022, si prevede un livello di spesa sanitaria che nel 2025 scende al 6 per cento del PIL. Occorre, pertanto, incrementare, in maniera stabile, il livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale avvicinandolo alla media degli altri Paesi europei e portandolo in linea con le raccomandazioni OCSE, prevedendo che, a decorrere dall'anno 2023, il finanziamento complessivo del Servizio sanitario nazionale possa attestarsi in misura progressiva al 7,5 per cento del PIL nominale tendenziale.

La presente proposta di legge è stata presentata dalla Giunta regionale il 4 ottobre 2023 e assegnata per l'esame in sede referente alla IV Commissione permanente il 6 ottobre 2023. La proposta di legge,

licenziata dalla IV Commissione, all'unanimità dei presenti il 23 ottobre 2023 e rimessa all'Assemblea per la definitiva approvazione, non è stata emendata durante il suo esame.

Con l'articolo 1 della presente proposta di legge, a decorrere dall'anno 2023, si intende incrementare il finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* (a cui concorre lo Stato, definito dall'articolo 1, comma 258, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, così come integrato dall'articolo 1, comma 535, della legge 29 dicembre 2022, n. 197) su base annua dello 0,21 per cento del prodotto interno lordo (PIL) nominale italiano per ciascuno degli anni dal 2023 al 2027, fino a raggiungere una percentuale di finanziamento annuale non inferiore al 7,5 per cento del PIL nominale tendenziale dell'anno di riferimento. Nell'ambito dell'incremento del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* qui proposto si intende far fronte alla copertura dei fabbisogni correlati all'erogazione delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti.

L'articolo 2, invece, introduce una modifica all'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, che attualmente stabilisce i vincoli in materia di spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni, nonché il limite relativo all'ammontare complessivo dei fondi contrattuali di finanziamento del trattamento economico accessorio previsto dall'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo n. 75 del 2017.

Va evidenziato che già la vigente disciplina legislativa riconosce l'autonomia finanziaria delle regioni, stabilendo che esse provvedono al finanziamento del fabbisog-

no complessivo del Servizio sanitario nazionale nel loro territorio senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato (si veda la disposizione dettata dall'articolo 11, comma 4.1, del decreto-legge n. 35 del 2019). In questo contesto, che già prevede una specifica forma di responsabilizzazione delle regioni rispetto al finanziamento complessivo del proprio sistema sanitario regionale, la modifica intende superare i vincoli di spesa puntuali relativi a singoli aggregati di spesa, riferiti al personale. Ciò al fine di eliminare gli elementi di rigidità che condizionano fortemente la possibilità da parte delle regioni di perseguire il raggiungimento degli obiettivi di salute previsti dalla programmazione sanitaria regionale.

La modifica aggiunge all'articolo 11 del decreto-legge n. 35 del 2019, dopo il comma 4.1, un nuovo comma diretto a prevedere che, a decorrere dall'anno 2023, le regioni concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica assicurando, nell'ambito dei propri indirizzi relativi alla programmazione triennale dei fabbisogni di personale da parte delle aziende e degli enti del sistema sanitario regionale, il governo della spesa del personale in funzione dell'esigenza di garantire l'equilibrio economico. Sempre a decorrere dal 2023, la modifica prevede che, quindi, non trovi più applicazione la disciplina in materia di spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni, di cui ai commi 1, 2, 3 e 4 dell'articolo 11 del medesimo decreto-legge, e la disciplina sul limite delle risorse per il trattamento accessorio del personale, di cui all'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo n. 75 del 2017.

Per quanto riguarda gli aspetti tecnico-finanziari, si rinvia alla relazione tecnica.

RELAZIONE TECNICA

(Articolo 17, comma 6, della legge 31 dicembre 2009, n. 196)

Dal punto di vista finanziario, la presente proposta di legge contiene una disposizione finanziaria (articolo 3) che prevede oneri a carico del bilancio dello Stato valutati in 4 miliardi di euro per il 2023, in 8 miliardi di euro per il 2024, in 12 miliardi di euro per il 2025, in 16 miliardi di euro per il 2026 e in 20 miliardi di euro annui a decorrere dal 2027.

Il Servizio sanitario nazionale, affinché sia nelle condizioni di assicurare le migliori cure a tutti i cittadini, attraverso un sistema universale in grado di erogare un'assistenza uniforme sul territorio nazionale, di garantire tempi di accesso e qualità delle prestazioni conformi ai migliori *standard*, richiede la garanzia di un adeguato livello di risorse finanziarie e umane per superare le criticità che interessano il sistema acuite dalla pandemia da COVID-19 e dalla crisi energetica.

Tenuto conto che il PIL nominale tendenziale, previsto nella Nota di aggiornamento al DEF – Versione rivista e integrata del 4 novembre 2022, è stimato in 1.990,2 miliardi di euro, che l'obiettivo indicato nella presente proposta di legge di un livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale pari al 7,5 per cento del PIL nominale tendenziale è quantificato in 149,27 miliardi di euro, che il livello attuale di finanziamento del Servizio sanitario nazionale per l'anno 2023 si attesta in un volume di risorse pari a 128,869 miliardi di euro, il differenziale (rispetto all'obiettivo del 7,5 per cento) è quantificato in 20,8 miliardi di euro.

Il raggiungimento dell'incremento del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* di 20,8 miliardi di euro, a decorrere dal 2027, si prevede che si realizzi in maniera progressiva nel periodo 2023-2027 con un incremento su base annua di almeno 4 miliardi di euro per ciascun anno (pari allo 0,21 per cento del PIL nominale tendenziale assunto a riferimento).

Dall'analisi della « Relazione sull'economia non osservata e sull'evasione fiscale e contributiva anno 2022 » approvata dalla omonima Commissione (istituita a norma dell'articolo 10-*bis*.1, comma 3, della legge 31 dicembre 2009, n. 196) nella seduta del 19 settembre 2022 e degli « Aggiornamenti per gli anni 2015-2020 a seguito della revisione dei conti nazionali apportata dall'Istat » ad integrazione della medesima Relazione (Commissione per la redazione della Relazione sull'economia non osservata e sull'evasione fiscale e contributiva (*mef.gov.it*)), si evince rispettivamente che il valore aggiunto generato dal sommerso economico nel 2019 (una delle componenti dell'economia non osservata) si attesta a 183,9 miliardi di euro e nel 2020 a 157,4 miliardi di euro.

L'incidenza sul PIL del sommerso economico, pur scendendo al 10,2 per cento rispetto al 10,7 per cento dell'anno precedente, rimane un dato significativo a favore della copertura dei servizi sanitari e sociosanitari per i cittadini.

Nel capitolo III della medesima Relazione (settembre 2022) sono riportate le stime del *tax gap* – fiscale e contributivo – alla luce dei dati relativi all'economia sommersa aggiornati al 2019, laddove per *tax gap* assoluto si intende la differenza tra le imposte potenziali, calcolate sulla base della contabilità nazionale, e quelle effettivamente versate (ossia il gettito evaso) e per *tax gap* relativo, anche detto « propensione al *gap* », il rapporto tra questa differenza – cioè le imposte evase – e le imposte potenziali.

Il *tax gap* assoluto complessivo (fiscale e contributivo) viene stimato, nel 2019, in circa 99,2 miliardi di euro, di cui 86,5 miliardi di euro di mancate entrate tributarie e 12,7 miliardi di euro di mancate entrate contributive, in cui può trovare capienza il progressivo maggiore finanziamento del sistema sanitario nazionale, a seguito dell'adozione di aggiuntivi meccanismi e misure di « riduzione del *tax gap* », come previsto tra le stesse riforme « abilitanti » del PNRR.

Qualora la crescita programmatica prevista non garantisce le risorse necessarie alla copertura finanziaria della legge, è previsto che, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, previo parere delle Commissioni parlamentari competenti per materia, siano individuati e resi operativi meccanismi e misure aggiuntive di contrasto all'evasione ed elusione fiscale e contributiva (articolo 3, comma 2).

PROPOSTA DI LEGGE D'INIZIATIVA REGIONALE

Art. 1.

(Finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale)

1. A decorrere dall'anno 2023, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard*, cui concorre lo Stato, definito dall'articolo 1, comma 258, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, come integrato dall'articolo 1, comma 535, della legge 29 dicembre 2022, n. 197, è incrementato su base annua dello 0,21 per cento del prodotto interno lordo nominale nazionale per ciascuno degli anni dal 2023 al 2027 fino a raggiungere una percentuale di finanziamento annuale non inferiore al 7,5 per cento del prodotto interno lordo nominale tendenziale dell'anno di riferimento. Nell'ambito dell'incremento del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* sono altresì comprese le maggiori risorse destinate alla copertura dei fabbisogni correlati all'erogazione delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti.

Art. 2.

(Modifica all'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35)

1. Dopo il comma 4.1 dell'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, è inserito il seguente:

« 4.2. Dall'anno 2023 le regioni concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica assicurando, nell'ambito dei propri indirizzi relativi alla programmazione triennale dei fabbisogni di personale da parte delle aziende e degli enti del sistema sanitario regionale, il governo della spesa del personale in funzione dell'esi-

genza di garantire l'equilibrio economico. Non trova applicazione, sempre a decorrere dal 2023, la disciplina in materia di spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni, di cui ai commi 1, 2, 3 e 4 e la disciplina sul limite delle risorse per il trattamento accessorio del personale, di cui all'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75 ».

2. Gli eventuali maggiori costi a carico delle regioni, derivanti dall'applicazione del comma 1, dovranno trovare copertura nell'ambito dell'aumento del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* previsto all'articolo 1 della presente legge.

Art. 3.

(Copertura finanziaria)

1. Gli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, a partire dal livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard*, cui concorre lo Stato, definito dall'articolo 1, comma 258, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, come integrato dall'articolo 1, comma 535, della legge 29 dicembre 2022, n. 197, e tenuto conto delle previsioni di crescita del prodotto interno lordo tendenziale e programmatico, sono valutati in termini incrementali, rispetto al finanziamento 2023, in 4 miliardi di euro per l'anno 2023, in 8 miliardi di euro per l'anno 2024, in 12 miliardi di euro per l'anno 2025, in 16 miliardi di euro per l'anno 2026, in 20 miliardi di euro annui a decorrere dall'anno 2027.

2. Agli oneri derivanti dall'attuazione dell'articolo 1 si provvede a valere sulle maggiori risorse derivanti dalla crescita economica prevista dai documenti di programmazione economica e finanziaria. Qualora la crescita programmatica prevista non garantisca le risorse necessarie alla copertura finanziaria della presente legge, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, previo parere delle

Commissioni parlamentari competenti per materia, vengono individuati e resi operativi meccanismi e misure aggiuntive di contrasto all'evasione ed elusione fiscale e contributiva.

PAGINA BIANCA



19PDL0061270