



Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 après dépôt à l'Assemblée nationale le 27 septembre 2023

Calendrier du PLFSS

- Mercredi 27 septembre : présentation du texte en conseil des ministres
- Mercredi 27 septembre : dépôt du texte à l'Assemblée nationale
- Mardi 17 octobre : début de l'examen du texte à la commission des affaires sociales
- Mardi 24 octobre : début de l'examen du texte en séance publique
- Mardi 31 octobre : vote solennel sur le PLFSS pour 2023 à l'Assemblée nationale
- Lundi 13 novembre : début de l'examen du texte par la commission des affaires sociales du Sénat
- Mardi 21 novembre : vote solennel sur le PLFSS pour 2023 au Sénat.

Présentation du projet de loi

Ce PLFSS présente plusieurs mesures principales :

Secteur des produits de santé

- Mécanisme de stabilisation de la clause de sauvegarde et renforcement de l'obligation pour les industriels de trouver un repreneur en cas d'arrêt de commercialisation d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur (MITM).
- Recours à des préparations officinales spéciales dans le cadre de « plans blancs » déclenchés en cas de rupture ou de tension d'approvisionnement.
- Renforcement des leviers d'épargne de médicaments en rupture d'approvisionnement (dispensation conditionnelle et délivrance de médicaments à l'unité).

Prévention et santé publique

- Remboursement des protections périodiques réutilisables pour les femmes de moins de 26 ans, ainsi que pour les bénéficiaires du RSA.
- Prise en charge intégrale des préservatifs distribués en officine et inscrits sur la LPP, pour les moins de 26 ans.
- Déploiement de la campagne de vaccination contre le papillomavirus (HPV) dans les collèges et suppression du ticket modérateur de certains vaccins.

- Évolution des rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie, créés par la LFSS 2023. La voie réglementaire est privilégiée pour pouvoir les mettre en œuvre rapidement.
- Création d'un service public de repérage, de diagnostic et d'accompagnement précoce de tous les handicaps pour les enfants de moins de 6 ans, en particulier à destination des enfants touchés par un trouble du neurodéveloppement.
- Facilitation de l'inscription dans le droit commun des expérimentations organisationnelles article 51. L'objectif est de mettre en place des « parcours coordonnés renforcés ».

Réforme des financements

- Réforme des financements en médecine (MCO) des établissements de santé et accélération de la transformation vers un modèle de financement mixte.
- Réforme du financement de l'Établissement français du sang (ESF).

Lutte contre les fraudes

- Annulation de la participation de l'Assurance Maladie à la prise en charge des cotisations des professionnels de santé libéraux en cas de fraude.
- Accentuation des sanctions en cas d'arrêt de travail indu et une facilitation des contrôles sur les prescripteurs et les assurés.
- Limitation de la durée des arrêts de travail prescrits en téléconsultation.

Sont surlignées en **vert** les mesures prévues en application de ce PLFSS et qui nécessiteront l'adoption de textes réglementaires ou d'ordonnances.

PARTIE LIMINAIRE : PREVISIONS ET DEPENSES DE SOLDE DES ADMINISTRATIONS DE SECURITE SOCIALE

Article liminaire : Prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale pour les années 2023 et 2024

- Recettes pour l'année 2023 : 26,3%
- Dépenses pour l'année 2023 : 25,9%
- Solde pour l'année 2023 : 0,7%
- Recettes pour l'année 2024 : 26,6%
- Dépenses pour l'année 2024 : 26%
- Solde pour l'année 2024 : 0,6%

PREMIERE PARTIE : DISPOSITION RELATIVES AUX RECETTES ET A L'EQUILIBRE GENERAL DE LA SECURITE SOCIALE POUR L'EXERCICE 2023

Article 1^{er} : Rectification des tableaux d'équilibre

- Équilibre des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : déficit de 9,6 milliards d'euros, 8,8 milliards d'euros en comprenant le fonds de solidarité vieillesse.
- Fonds de solidarité vieillesse : excédent de 0,8 milliard d'euros.
- Les prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et Fonds de solidarité vieillesse sont nulles.
- L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale : 18,3 milliards d'euros.

Article 2 : Rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM

- Dépenses du champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie : 247,6 milliards d'euros.

Article 3 : Rectification des contributions des branches maladie et autonomie au FMIS et de la branche autonomie au FIR des ARS

- Montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé rectifié à 1 062 millions d'euros pour l'année 2023.
- Le montant de la contribution des régimes d'assurance maladie et de la branche autonomie au financement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) est rectifié à 87 millions d'euros pour l'année 2023.
- Le montant de la contribution de la branche autonomie au FIR est rectifié à 278,4 millions d'euros pour l'année 2023.

Article 4 : Rectificatif de la clause de sauvegarde des médicaments pour l'année 2023

- Rectification du montant « M » pour l'année 2023, en le portant à 24,9 milliards d'euros, au lieu de 24,6 milliards d'euros.
- Si ce montant M est inférieur au chiffre d'affaires annuel, minoré des remises au titre des médicaments remboursables, il entraîne une contribution des entreprises au secteur du médicament.
- La contrepartie est l'engagement des industriels à conduire en 2024 des efforts plus importants de baisse de prix.

DEUXIEME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET A L'EQUILIBRE GENERAL DE LA SECURITE SOCIALE POUR L'EXERCICE 2024

TITRE 1^{er} : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET A LA TRESORERIE

Chapitre 1^{er} : Renforcer les actions de lutte contre la fraude aux cotisations

Article 5 : Réforme de la procédure de l'abus de droit et sécurisation du dispositif d'avance immédiate de crédit d'impôt et adaptation de son calendrier

- Renforcement des conditions d'accès et d'utilisation du dispositif d'avance immédiate par les organismes de prestations de service à la personne (OSP).
- Rééchelonnement du calendrier : report en 2027 du déploiement du dispositif qui permet aux particuliers de bénéficier d'une avance immédiate de crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié qui réalise des services à la personne (pour les volets « garde d'enfant de plus de 6 ans » et APA-PCH »)
- Le rééchelonnement doit permettre d'intégrer les émetteurs de titres préfinancés dans le dispositif en 2026.
- Dans le cadre du renforcement de la lutte contre la fraude, clarification des prérogatives des agents des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf), des caisses générales de sécurité sociale (CGSS) et des caisses de mutualité sociale agricole (MSA) chargés du contrôle en matière de requalification des faits et des actes et de simplifier la procédure d'abus de droit.

Article 6 : Renforcement des obligations des plateformes numériques pour garantir le paiement des cotisations dues par ses utilisateurs

- Lutte contre la sous-déclaration de leurs chiffres d'affaires par les micro-entrepreneurs exerçant leur activité professionnelle par l'intermédiaire d'une plateforme numérique :
 - transmission des chiffres d'affaires des micro-entrepreneurs aux Urssaf afin de fiabiliser les régularisations, par le biais d'une exploitation des données des opérateurs de plateforme
 - prélèvement d'ici 2027 des cotisations sociales des micro-entrepreneurs par les plateformes.

Chapitre 2 : Simplifier le recouvrement social et le financement de la sécurité sociale

Article 7 : Annuler la participation de l'Assurance Maladie à la prise en charge des cotisations des praticiens et auxiliaires de vie en cas de fraude

- Possibilité pour l'organisme d'assurance maladie de procéder à l'annulation de tout ou partie de la participation sur la part des revenus obtenus frauduleusement.
- L'Assurance maladie peut ainsi recouvrer le montant des aides versées sur la part des revenus obtenus frauduleusement.

Article 8 : Simplification de l'organisation du recouvrement

- Suppression du transfert prévu en 2024 aux unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) du recouvrement des cotisations dues à l'AGIRC-ARRCO et aux régimes gérés par la Caisse des dépôts et consignations (CDC).
- Obligation des régimes de coordonner les procédures de recouvrement au bénéfice du cotisant pour garantir une réponse unifiée sur les questions juridiques communes et traiter de manière coordonnée les demandes de délais de paiement.
- Suppression de la possibilité du transfert aux URSSAF à compter de 2024 du recouvrement des contributions conventionnelles de formation professionnelle et de dialogue social des Opérateurs de Compétences (OPCO).
- Généralisation de la déclaration dédiée aux revenus de remplacement et de substitution versés par des organismes autres que l'employeur dans le champ des régimes agricoles.

Article 9 : Simplification du schéma de financement du système de retraite

- Simplification des modalités de financement des régimes spéciaux, en intégrant financièrement les régimes spéciaux fermés au sein du régime général de sécurité sociale.
- Le régime général de sécurité social sera chargé de l'équilibrage.

Article 10 : Transferts financiers au sein des administrations de sécurité sociale avec le budget de l'État

- Transferts financiers entre branches et régimes de sécurité sociale, et avec d'autres administrations de sécurité sociale : le régime d'assurance chômage et le régime agricole de retraite complémentaire.
- Modification des affectations de recettes aux branches de la sécurité sociale à compter de 2024, en cohérence avec les évolutions de leurs charges et leur situation financière. Les objectifs sont :
 - pérenniser le transfert entre la branche famille et la branche autonomie, prévu par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023
 - fléchir vers la branche vieillesse le rendement de la réforme des retraites pour le régime de la fonction publique de l'État.
- Modification de l'affectation de plusieurs taxes et recettes :
 - une fraction supplémentaire de produits de droits sur les alcools vers le régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire des non-salariés agricoles
 - une part des taxes sur l'affectation des véhicules de tourisme à des fins économiques de la branche famille à la branche maladie
 - la taxe de solidarité additionnelle (TSA) est affectée directement à la branche maladie qui en reversera le produit aux fonds de financement de la C2S et de l'ASI.
- Mise en cohérence des recettes et des dépenses de la branche autonomie pour tirer les conséquences de l'affectation complémentaire de 0,15 point de CSG de la CADES à la CNSA.
- Révision des modalités de la compensation des allègements généraux à l'Unedic en la minorant d'un montant fixé chaque année par **arrêté** des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget. Cela doit permettre :
 - la réaffectation d'une partie des recettes actuelles de l'Unedic vers les politiques en faveur du développement des compétences et d'accès à l'emploi
 - d'atteindre 1 million de nouveaux contrats d'apprentissage à l'horizon 2027

- de renforcer l'accompagnement des demandeurs d'emploi et aider les entreprises à recruter, par la création de France Travail.

Chapitre 3 : Améliorer la lisibilité de la régulation macro-économique des produits de santé

Article 11 : Simplification des mécanismes de régulation macro-économique des produits de santé (clause de sauvegarde)

- La base de calcul du montant versé au titre de la clause de sauvegarde n'est plus le CA HT annuel minoré des remises, mais le montant annuel remboursé par l'assurance maladie minoré des remises, de la marge du pharmacien, des honoraires de dispensation et des taxes. Ce changement se traduira par la suppression des déclarations annuelles. Les informations utilisées sont celles qui remontent automatiquement dans les SI de la CNAM.
- Le calcul du total de la contribution est modifié et sera égal à 90 % de la différence entre le montant remboursé par l'assurance maladie et le montant M.
- Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 12 % du montant total remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments qu'elle exploite, importe ou distribue.
- Le calendrier de versement est décalé au 1er novembre (contre 1er juillet actuellement).
- Pour l'année 2024, le montant M (pour les médicaments) est fixé à 26,4 milliards d'euros (vs 24,9 en 2023 soit en progression). Le montant Z (pour les DM) est fixé à 2,31 milliards d'euros (vs 2,21 en 2023).
- Les médicaments anti-covid (liste fixée par arrêté) sont exclus du champ de la CS pour 2024.
- La mesure entrera en vigueur le 1er janvier 2026.

TITRE II : CONDITIONS GENERALES DE L'EQUILIBRE FINANCIER DE LA SECURITE SOCIALE

Article 12 : Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l'annexe 4

- Les crédits ouverts sur le budget de l'État en compensation d'exonérations s'élèvent à 7,1 milliards d'euros en 2024.
- Ce montant est en hausse par rapport aux crédits ouverts en loi de finances initiale pour 2023, qui s'élevaient à 6 milliards d'euros.

Article 13 : Tableau d'équilibre 2024

- Équilibre des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : déficit de 11,9 milliards d'euros, 11,2 milliards d'euros en comprenant le fonds de solidarité vieillesse.
- Fonds de solidarité vieillesse : excédent de 0,8 milliard d'euros.

Article 14 : Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du FRR et du FSV

- Les prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et Fonds de solidarité vieillesse sont nulles.
- Les prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont nulles.

- Pour l'année 2024, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 16 milliards d'euros.
- En 2024, la dette restant à amortir par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) devrait s'élever à 137,9 milliards d'euros, 258,6 milliards d'euros ayant déjà été amortis par la caisse.

Article 15 : Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes

- Le plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) est fixé à 45 milliards d'euros pour l'exercice 2024, soit le même montant qu'en 2023.
- Le niveau de ressources non permanentes auquel pourra recourir la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) est fixé à 595 millions d'euros pour la période courant du 1er janvier au 31 janvier, puis à 350 millions d'euros pour le reste de l'année 2024.
- Le plafond de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) est fixé à 450 millions d'euros, soit le même plafond qu'en 2023.
- Le plafond d'emprunt de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et hospitaliers (CNRACL) est augmenté à 11 milliards d'euros en 2024.

Article 16 : Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale

- L'annexe A présente les données macro-économiques (qui déterminent le niveau de recettes et des dépenses) qui ont permis la construction du projet de loi et des soldes des régimes de base jusqu'en 2027.

TROISIEME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES POUR L'EXERCICE 2024

TITRE 1^{er} : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES

Chapitre 1^{er} : Poursuivre la transformation du système de santé pour renforcer la prévention et l'accès aux soins

Article 17 : Déploiement de la campagne de vaccination HPV dans les collèges et suppression du ticket modérateur de certains vaccins

- Instauration de la possibilité pour l'assurance maladie de rémunérer directement les professionnels de santé libéraux, ceux exerçant en centre de santé ainsi que les professionnels salariés, agents publics, étudiants et retraités mobilisés pour la vaccination via des vacations dont les tarifs seront fixés par **arrêté**.
- La vaccination sera prise en charge intégralement par l'assurance maladie.
- Suppression de participation des assurés pour certains vaccins (HPV, grippe, ROR) doit être prévue expressément dans la loi afin de régulariser le financement. Un transfert sur le risque maladie est prévu.

Article 18 : Gratuité des préservatifs pour tous les assurés âgés de moins de 26 ans sans prescription

- L'assurance maladie obligatoire prend intégralement en charge les préservatifs inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP), sans avance de frais, pour tous les assurés âgés de moins de 26 ans.
- La quantité de préservatifs délivrés fera notamment l'objet d'un **décret**.

Article 19 : Lutter contre la précarité menstruelle

- Remboursement des protections hygiéniques réutilisables pour toutes les femmes de moins de 26 ans.
- Prise en charge de ces protections également pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire.

Article 20 : Évolution des rendez-vous prévention aux âges clés de la vie

- La LFSS pour 2023 prévoyait la mise en place de rendez-vous de prévention à différents âges-clés de la vie.
- Possibilité du recours au télésoin dans le cadre de ces rendez-vous (le recours à la télémedecine était déjà prévu par la loi). Le télésoin correspond à la réalisation de soins à distance.
- La liste des professionnels pouvant les réaliser est fixée par **arrêté** des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé.
- **L'arrêté** doit également définir le montant des tarifs des rendez-vous de prévention, ceux-ci étant pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie, ainsi que les conditions de facturation de ces rendez-vous et la possibilité de facturer des actes ou prestations supplémentaires à l'occasion de ces rendez-vous de prévention.

Article 21 : Mieux articuler les droits à la complémentaire santé solidaire avec le bénéfice de certains minima sociaux

- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a simplifié l'accès à la complémentaire santé solidaire (C2S) de certains publics bénéficiaires de minima sociaux. Les bénéficiaires du RSA se voient automatiquement attribuer la C2S sans participation financière, sauf refus de leur part.
- L'attribution simplifiée de la C2S est étendue à une partie des bénéficiaires de quatre minima sociaux : l'allocation adulte handicapé (AAH), l'allocation supplémentaire d'invalidé (ASI), l'allocation de solidarité spécifique (ASS) et l'allocation du contrat d'engagement jeune (CEJ).

Article 22 : Inscription dans le droit commun des expérimentations article 51

- L'article 51 de la LFSS pour 2018 avait permis le lancement d'expérimentations d'organisations de soins dont les conditions de financement pouvaient déroger au droit commun.
- Les premières expérimentations arrivent à leur terme dès la fin de l'année 2023.
- Les expérimentations portant sur les « parcours coordonnés renforcés » et leurs rémunérations forfaitaires au parcours de soins seront intégrées dans la loi sous la forme d'un cadre générique légal assorti d'un catalogue de parcours fixé par **arrêté**.
- Les professionnels pourront choisir un parcours adapté parmi cette liste, lorsque la prise en charge d'une personne le nécessite.
- Les modalités d'organisation de chaque parcours ainsi que des prestations couvertes par ceux-ci seront également prévues par **arrêté**.
- « Chaque professionnel intervient dans le parcours dans le cadre de ses conditions habituelles d'exercice, et répond des actes professionnels qu'il accomplit selon les règles qui lui sont applicables dans ce cadre » - la délégation de tâches est donc a priori exclue.
- Le parcours choisi par les professionnels doit être organisé par une structure responsable de leur coordination, désignée parmi une liste de catégories de structures pouvant assurer ces fonctions, liste fixée par **décret**.
- Les professionnels intervenant dans un tel parcours doivent formaliser leur organisation dans un « projet de parcours coordonné renforcé », conforme à un **modèle fixé par arrêté** et comportant les dispositions prises pour assurer la continuité des soins, les engagements de bonnes pratiques pour chaque catégorie de professionnels et les modalités de répartition du forfait.

Article 23 : Réforme des financements MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) des établissements de santé

- Réduction de la part des financements issus de la tarification à l'activité pour évoluer vers un modèle de financement s'appuyant sur trois compartiments : « financement à l'activité » ; « dotation sur objectifs de santé publique » ; « dotation sur missions spécifiques »
- Sur la tarification à l'activité :
 - l'échelle des tarifs pour la tarification à l'activité sera revue et entrera en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2026
 - elle réunira les financements liés aux facturations à l'acte, au séjour ou à la séance
 - application annuelle des tarifs nationaux de ces prestations au 1^{er} janvier
 - application de la mesure au 1^{er} janvier 2026
- Sur la dotation sur objectifs de santé publique :
 - elle concernera certaines activités de soins aigus ou certaines prises en charge

- elle sera fondée sur une logique de charges fixes des établissements concernant ces activités de soins
- ce dispositif financera les activités de soins critique afin de garantir les capacités d'accueil dans les réanimations et les soins intensifs : un financement mixte avec une dotation déterminée sur les capacités d'accueil des établissements et un financement à l'activité. Application en 2026
- les enveloppes abondant cette dotation proviendront des MIGAC¹, des FIR², d'IFAQ³ et de CAQES⁴
- expérimentation du modèle de financement sur objectifs de santé publique en 2025 et généralisation à partir de 2026
- évolution du modèle de financement à la qualité et pertinence IFAQ et application à partir de 2025
- Sur la dotation la dotation sur missions spécifiques :
 - elle concernera les soins non programmés. D'un côté elle bénéficiera aux établissements ayant une forte part d'activité non programmée, de l'autre elle constituera un outil incitatif pour favoriser l'engagement des établissements dans ce type de soins
 - elle sera abondée par les enveloppes issues de la MIGAC et de la MERRI⁵, des aides à la contractualisation, des forfaits MRC⁶, FAI et Greffe-PO, et d'une nouvelle dotation socles « urgences et soins critiques » et d'une nouvelle dotation « soins non programmables »
 - d'autres activités seront intégrées dans ce forfait
 - application de cette dotation à partir de 2025
- Mise en place d'un financement dérogatoire pour 2024 et 2025 pour accompagner les établissements de santé en difficulté dans la transition vers le nouveau modèle
- Suppression du cadre expérimental prévu par l'article 57 de la loi n°2020-1576 et qui visait à créer un droit à une dotation socle pour les établissements volontaires
- Dans certaines situations, le directeur général de l'ARS peut étendre le délai de transmission des données d'activité des établissements de santé au-delà d'un an
- Les modalités d'application des présentes mesures, notamment celles relatives à la définition et à l'application du financement mixte et celles relatives à modalités d'application des nouveaux compartiments de financement, sont fixées par décrets en Conseil d'Etat

Article 24 : Régulation permanence des soins dentaires

- Actuellement, une permanence des soins dentaires est organisée dans chaque département les dimanches et jours fériés.
- Permettre aux chirurgiens-dentistes d'assurer la régulation de la permanence des soins dentaires dans les centres de réception et de régulation des appels des SAMU-Centre 15.
- Fixation par voie conventionnelle, et non plus par les ARS, de la rémunération de la participation à la permanence des soins des professionnels de santé non-médecins.

¹ MIGAC : Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

² FIR : Fonds d'intervention régional

³ IFAQ : Incitations financières à l'amélioration de la qualité

⁴ CAQES : Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins

⁵ MERRI : Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation

⁶ MRC : Maladie rénale chronique. FAI : Forfait annuel d'activités isolées. PO : Prélèvement d'organes

Article 25 : Élargir les compétences des pharmaciens en matière de prescription d'antibiotiques après un test rapide d'orientation diagnostique – « TROD » (angine ou cystite)

- Ouverture de la possibilité aux pharmaciens d'officine, pour les patients en cas d'angine ou de cystite aiguë simple, de réaliser l'entretien d'orientation, de prescrire et de dispenser les traitements, y compris lorsqu'il s'agit d'antibiotiques, sur la base des résultats des tests.

Article 26 : Pérennisation et généralisation de l'expérimentation de délégation des médecins du travail aux infirmiers de l'examen périodique des salariés agricoles bénéficiaires du suivi individuel renforcé

- Pérennisation de l'expérimentation prévue par l'article 66 de la LFSS 2021 prévoyant la possibilité pour les médecins du travail de déléguer, sous leur contrôle, certaines tâches aux infirmiers qualifiés en santé au travail, du service de santé au travail en agriculture.
- Pérennisation en particulier du suivi individuel renforcé, afin de développer la prévention en santé au travail.

Chapitre 2 : Garantir la soutenabilité de notre modèle social, via la maîtrise des dépenses et la poursuite de l'investissement dans le système de santé

Article 27 : Diminuer les arrêts de travail non justifiés en améliorant et en facilitant les contrôles sur les prescripteurs et les assurés

- Renforcement des capacités de contrôle des caisses primaires d'assurance maladie et des employeurs, et d'accentuer les sanctions en cas d'arrêt de travail indu.
- Suspension des indemnités journalières à compter du rapport du médecin contrôleur délégué par l'employeur et concluant au caractère injustifié de l'arrêt
- Mise en place de pénalités en cas d'arrêts successifs non justifiés.
- Intensification de l'accompagnement des médecins présentant un taux important de prescription d'arrêts.
- Des **dispositions réglementaires** sont prévues pour notamment fixer les modalités de la contre-visite employeur.

Article 28 : Limitation de la durée des arrêts de travail prescrits en téléconsultation et limitation de la prise en charge des prescriptions aux téléconsultations et vidéoconsultation

- Limitation à trois le nombre de jours d'indemnités journalières pouvant être prescrits en téléconsultation, quand elle n'a pas lieu avec son médecin traitant.
- Des exceptions sont prévues pour prendre en compte les difficultés d'accès aux médecins.
- Obligation de vidéoconsultation pour permettre le remboursement de la prescription.

Article 29 : Réduire l'impact environnemental sur le secteur des dispositifs médicaux

- À titre expérimental et pour une durée de 2 ans, autorisation du retraitement de certains dispositifs médicaux à usage unique (DMUU) :
 - La liste des établissements hospitaliers participant à l'expérimentation sera fixée par **arrêté**.
 - Les hôpitaux concernés pourront acheter ou faire retraiter par une entreprise externe des DMUU, mais ne pourront pas les retraiter eux-mêmes.

- Les entreprises qui retraiteront les DMUU seront considérées comme le fabricant du DM qui sera commercialisé après retraitement.
- Les patients seront informés et pourront refuser l'utilisation d'un DMUU retraité.
- Un décret en Conseil d'État déterminera notamment les DMUU pouvant être retraités.
- Création de remises pour les dispositifs médicaux (DM) à impact environnemental négatif :
 - Les avis de la CNEDiMTS devront préciser dans quelle mesure les modèles, références et conditionnements sont adaptés aux conditions de prescription ou modalités d'utilisation prévues, ainsi que, le cas échéant, des éléments relatifs à la quantité et à la typologie des déchets de soins supplémentaires générés.
 - L'exploitant versera des remises lorsque les modèles, références et conditionnements ne sont pas adaptés aux conditions de prescription ou modalités d'utilisation ou sont générateurs de déchets de soins supplémentaires par rapport aux produits, actes ou prestations comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires.

Article 30 : Inciter au recours aux transports partagés

- Déploiement des transports partagés, dans le cadre des transports programmés uniquement.
- En cas de refus de la part du patient (dans le cas d'un état de santé compatible et de la capacité du transporteur de proposer ce mode de transport), il doit faire l'avance de frais et ne sera remboursé par l'assurance maladie que sur la base du tarif de transport partagé.
- Permet de poursuivre un triple objectif :
 - l'amélioration de la réponse aux besoins de transport en permettant, de fait, une augmentation de l'offre de transports sanitaires à nombre de véhicules constant
 - la réduction de l'empreinte écologique de ce secteur d'activité
 - la maîtrise des dépenses d'assurance maladie - En 2022, les transports partagés ont ainsi permis de réduire de 34 M€ les dépenses de l'assurance maladie.
- Des mesures incitant les transporteurs à développer les transports partagés ont déjà été prévues dans les avenants 10 et 11 à la convention des transporteurs sanitaires privés.

Chapitre 3 : Garantir et sécuriser l'accès des Français aux médicaments du quotidien et aux produits de santé innovants

Article 31 : Réforme du financement de l'établissement français du sang (EFS)

- Évolution du financement de l'EFS vers un modèle mixte :
 - une partie correspondant au financement à l'activité
 - une autre partie correspondant à ses missions de service public ou à des activités ne pouvant être valorisées au travers d'une tarification dédiée, par le biais d'une dotation de l'assurance maladie qui complétera le financement via les tarifs de cession des produits de l'activité de l'établissement.

Article 32 : Utilisation des préparations officinales spéciales dans le cadre du plan blanc

- La LFSS 2022 a créé un nouveau statut dit de « préparations hospitalières spéciales » pour permettre aux établissements de santé, sur autorisation spéciale du ministre chargé de la santé ou du directeur général de l'ANSM, d'avoir une capacité de production alternative en cas de pénuries marquées de médicaments utilisés à l'hôpital.

- Renforcement de ce cadre de réponse d'urgence à des situations de retrait de commercialisation de certains produits ou de ruptures d'approvisionnement.
- Création d'un cadre des préparations officinales spéciales, qui sont réalisées suivant les modalités fixées par l'ANSM, et qui sont remboursées par l'assurance maladie suivant un tarif fixé par **arrêté** ministériel.

Article 33 : Renforcement des leviers d'épargne de médicaments en cas de rupture d'approvisionnement

- Introduction dans le code de la santé publique la définition de la rupture d'approvisionnement comme « l'incapacité pour une pharmacie d'officine ou une pharmacie à usage intérieur de dispenser un médicament à un patient dans un délai donné [...] ». Ce délai, ainsi que les diligences que le pharmacien doit accomplir pour dispenser le médicament, sont définis par **décret** en Conseil d'État.
- Possibilité de rendre obligatoire, par **arrêté** du ministre chargé de la santé, le recours à l'ordonnance dite de dispensation conditionnelle (conditionnée à la réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique) ou la délivrance de médicaments à l'unité.
- Possibilité de limiter, par **arrêté** du ministre chargé de la santé, la prescription de certains médicaments concernés par une rupture d'approvisionnement réalisée par un acte de télémédecine.

Article 34 : Faciliter la création d'un acte à la classification commune des actes médicaux lorsqu'il prévoit l'utilisation d'un dispositif médical

- Ajout à la liste des demandeurs, en mesure de déposer directement une demande d'évaluation d'actes à la HAS, les entreprises exploitant des dispositifs médicaux à usage collectif ou des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro porteurs d'une action diagnostique et susceptibles de pouvoir bénéficier d'une prise en charge au titre de l'acte correspondant.
- Jusqu'à maintenant, seuls les conseils nationaux professionnels (CNP), les associations de patients agréées, le ministère de la santé ou l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie peuvent le faire.
- Création d'une commission spécialisée de la HAS, en charge de procéder à l'évaluation du service attendu et de l'amélioration du service attendu des actes.

Article 35 : Améliorer les dispositifs d'accès dérogatoires aux produits de santé innovants (accès précoce et compassionnel)

- Le dispositif d'accès dérogatoire pour les médicaments a été rénové par la LFSS 2021 afin de prévoir des délais administratifs plus courts, des critères d'éligibilité plus précis et le recueil de données observationnelles.
- Deux nouveaux dispositifs d'accès et de prise en charge par l'assurance maladie ont été créés : l'accès précoce et l'accès compassionnel.
- Afin d'améliorer l'accès des dispositifs d'accès précoces et compassionnels :
 - mise en place d'un nouveau financement, dérogatoire et temporaire, en mesure de couvrir la période entre la fin de prise en charge au titre de l'accès précoce et le nouvel avis d'évaluation médico-technique de la commission de la transparence
 - sollicitation de l'engagement contractuel de l'industriel à approvisionner le marché français dans le cadre de l'accès précoce

- assouplissement des critères d'octroi des accès compassionnels par l'ANSM
- adaptation des critères d'entrée en accès précoce pour les vaccins.

Article 36 : Soutien au maintien sur le marché des médicaments matures

- Obligation pour l'exploitant, s'il décide de suspendre ou de cesser la commercialisation d'un MITM ne faisant plus l'objet d'une protection au titre des droits de propriété intellectuelle ou industrielle, de préciser à l'ANSM les incidences prévisibles sur la couverture des besoins de la population française.
- Si les alternatives disponibles ne permettent pas de couvrir le besoin de manière pérenne, l'Agence informe le titulaire qui doit alors rechercher une entreprise assurant la reprise effective de l'exploitation du médicament, selon le processus suivant :
 - Le titulaire informe, par tout moyen approprié, les entreprises pharmaceutiques susceptibles de reprendre la commercialisation de son intention de leur concéder l'exploitation ou de leur transférer l'autorisation de mise sur le marché du médicament concerné.
 - Le titulaire répond de façon motivée à chaque offre reçue.
 - Le titulaire et l'exploitant donnent accès à toutes informations nécessaires aux entreprises candidates à la reprise, exceptées les informations dont la communication serait de nature à porter atteinte aux intérêts de l'entreprise. Les entreprises candidates sont tenues à une obligation de confidentialité.
- Dès que le titulaire envisage de retenir une offre de reprise, ou au plus tard 9 mois après la notification de l'ANSM s'il n'en a retenu aucune, il remet à l'ANSM un rapport indiquant les actions engagées pour rechercher un repreneur, les offres reçues, ainsi que, pour chacune, les raisons qui l'ont conduit à l'accepter ou la refuser, notamment au regard du niveau de sécurité d'approvisionnement que l'entreprise candidate a la capacité d'assurer. Cette capacité peut être appréciée en prenant en compte la localisation des sites de production.
- En l'absence de repreneur ou après expiration du délai de 9 mois, le titulaire concède à titre gracieux à un établissement pharmaceutique détenu par une personne morale de droit public l'exploitation et la fabrication du médicament pour le marché français pour une durée de deux ans reconductibles.
- Les modalités d'application de cet article seront fixées par **décret** en Conseil d'État.
- Ne pas mettre en œuvre ces obligations sera considéré comme un manquement assorti d'une amende.

Article 37 : Accompagner les départements volontaires pour renforcer le soutien financier aux EHPAD

- Le modèle actuel de financement des EHPAD repose sur un système de répartition des charges et des financements en trois sections : ARS pour les soins, conseil départemental pour la perte d'autonomie, aide sociale pour l'hébergement.
- Simplification du mode de financement des établissements. Dans les départements volontaires, les dépenses liées à la prise en charge de la dépendance et celles liées à la prise en charge des soins seront regroupés dans une section unique relevant d'un financement par la cinquième branche de la sécurité sociale.
- La future section soins et entretien de l'autonomie prendra en charge les dépenses de prévention.
- Cette fusion doit donner lieu à des transferts financiers entre les départements optant pour ce régime de financement adapté, l'État et la cinquième branche. Les modalités seront précisées dans le cadre de la loi de finances pour 2025.

Article 38 : Créer un service de repérage et d'orientation précoce pour toutes les situations de handicap

- Fait suite à l'annonce du Président de la République de mettre en place un service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce pour tous les enfants jusqu'à 6 ans présentant un handicap (en particulier trouble du neurodéveloppement).
- Coordination des ressources des structures (centres d'action médico-sociale précoce – CAMSP- et les plateformes de coordination et d'orientation – PCO) ainsi que recours aux professionnels de santé libéraux et aux psychologues.
- Le service s'appuie sur la complémentarité des acteurs médico-sociaux, sanitaires et des professionnels libéraux, et des méthodes de repérage qu'ils ont déjà déployées.
- Le service sera mis en œuvre d'ici la fin de l'année 2024.

Article 39 : Renover les modalités d'indemnisation du déficit fonctionnel permanent et des besoins d'assistance par tierce personne en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle

- Le régime de la réparation des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) se fonde sur une logique de réparation forfaitaire rapide et automatique, décorrélée de la notion de faute.
- Modification du régime d'indemnisation AT-MP en garantissant la nature duale de la rente AT-MP :
 - Elle doit couvrir à la fois le préjudice économique et une part des préjudices extra-professionnels de la victime.
 - Les victimes AT-MP percevront de manière certaine ces deux types de préjudice.
 - En cas de faute inexcusable de l'employeur, l'employeur ne sera pas seul à supporter la charge financière d'un préjudice fonctionnel.

Article 40 : Adaptation de la réforme des retraites à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon

- La loi de financement rectificative de la sécurité sociale (LFRSS) pour 2023 a prévu une évolution de l'âge d'ouverture de droits à retraite pour les assurés nés à compter du 1er septembre 1961.
- Décalage de la montée en charge de l'âge d'ouverture des droits d'une génération pour Mayotte et de deux pour Saint-Pierre-et-Miquelon.

- Extension également à Saint-Pierre-et-Miquelon des dispositions relatives à l'assurance-vieillesse des aidants (AVA), créée par la LFRSS pour 2023 à compter du 1er janvier 2024.

TITRE II : DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DEPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES REGIMES OBLIGATOIRES

Article 41 : Dotation de l'Assurance Maladie au Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS), à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM), de la CNSA aux ARS

- Le montant de la contribution de la branche autonomie aux ARS au titre de l'exercice 2024 est fixé à 190 millions d'euros.
- Cela afin de financer des dispositifs d'appui aux politiques de soutien à la perte d'autonomie : groupements d'entraide mutuelle (GEM), maisons pour l'intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer (MAIA), centres régionaux d'études et d'actions d'information (CREIA) en faveur des personnes en situation de vulnérabilité ou encore l'habitat inclusif.
- L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) est financé par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour sa mission d'indemnisation des accidents médicaux et des préjudices résultant de contaminations par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites B et C (VHB et VHC) et du virus T-lymphotropique humain (HTLV).
- Le montant de cette dotation est fixé à 160,2 millions d'euros.

Article 42 : Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

- Les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés à 251,9 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Article 43 : ONDAM et sous-ONDAM

- L'objectif national des dépenses d'assurance-maladie pour 2024 est fixé à 254,9 milliards d'euros, en incluant 0,2 milliard d'euros au titre des dépenses de crise.
- Évolution de +2,9% par rapport à 2023, hors dépenses de crise.

Article 44 : Dotation au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), transfert compensation sous-déclaration accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité

- Fixation des montants des dotations versées par la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT/MP) du régime général au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), à la branche maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des AT/MP
- Fixation du montant correspondant aux dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et par le compte professionnel de prévention.
- Concernant le FIVA, le montant total des dépenses est évalué à 431,5 millions d'euros, dont 363 millions d'euros au titre des seules dépenses d'indemnisation.
- La dotation de la branche AT/MP est fixée à 335 millions d'euros.

- La dotation du FCAATA est fixée à 355 millions d'euros.
- Le transfert de la branche AT-MP vers la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles est maintenu à 1,2 milliard d'euros.
- Le montant total des deux dispositifs (retraite anticipée pour incapacité permanente et compte professionnel de prévention) est évalué pour la branche AT/MP du régime général à 191,7 millions d'euros en 2024.

Article 45 : Objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP)

- Les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés à 16,0 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité

Article 46 : Objectif de dépenses de la branche vieillesse

- Les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés à 293,7 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Article 47 : Objectif de dépenses de la branche famille

- Les objectifs de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale sont fixés à 58,0 milliards d'euros.

Article 48 : Objectif de dépenses de la branche autonomie

- Les objectifs de dépenses de la branche autonomie de la sécurité sociale sont fixés à 39,9 milliards d'euros.

Article 49 : Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)

- Les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées à 20,6 milliards d'euros.
- Les dépenses du Fonds de solidarité vieillesse devraient augmenter de 0,9 milliard d'euros par rapport à 2023.