



Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 après adoption du texte en première lecture par le Sénat

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 ».
- Création d'un « statut temporaire adapté » pour le cannabis à usage médical.
- Ouverture de la possibilité d'un remboursement intégral pour les fauteuils roulants inscrits sur la Liste des Produits et Prestations, dans le prolongement du « 100 % santé » mis en place par la LFSS pour 2019.

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.

Sont surlignées en **bleu** les modifications apportées par le Sénat en première lecture.

Les suppressions effectuées par le Sénat sont ~~surlignées et barrées en bleu.~~

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.
- **Augmentation du seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux pour l'année 2023 de 2,21 milliards d'euros à 2,35 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.

Article 4 bis : Réduction du taux de contribution sur les ventes en gros (CVEG) à 1 % (au lieu de 1,5 %)

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.

Article 6 bis : Extension du principe de transmission annuelle, par la Direction Générale des Finances Publiques (DGFiP), des données issues des plateformes de services et marketplace, à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)

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 7 bis : Extension de l'exonération de taxe sur les salaires aux établissements publics de coopération environnementale (EPCE)

Article 7 ter : Création d'un délit spécifique de facilitation de la fraude sociale

- Permettre d'incriminer les agissements tendant à faire la promotion, notamment sur internet, les réseaux sociaux et les applications de messagerie, de la fraude commise au préjudice des organismes de protection sociale.
- Création d'un délit spécifique de facilitation de la fraude sociale afin de permettre de poursuivre les concepteurs et complices de schémas frauduleux (mise à disposition de procédés et instruments destinés à outiller, faciliter ou dissimuler la fraude), indépendamment des poursuites à l'encontre des professionnels, assurés ou allocataires, ayant commis la fraude sociale. **La réalisation de la fraude sociale en bande organisée est une circonstance aggravante.**

Article 7 quater : Exemption de l'assiette de contributions et cotisations sociales de l'allocation en faveur des lycéens de la voie professionnelle dans le cadre de la valorisation des périodes de formation en milieu professionnel.

~~**Article 7 quinquies : Communication des directeurs des organismes locaux d'assurance maladie vers les ordres professionnels des informations recueillies sur des faits à caractère frauduleux commis par un professionnel de santé inscrit à cet ordre**~~

Article 7 sexies : Abrogation d'un article du code rural et de la pêche qui faisait coexister deux dispositifs et avait pour conséquence d'appliquer un traitement différent au cotisant coupable de travail dissimulé selon son régime d'affiliation

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.
- **La collecte des contributions conventionnelles de dialogue social et de formation professionnelle par les Urssaf et les caisses de la MSA reste possible pour les branches professionnelles qui le souhaitent, de manière encadrée et sur une base optionnelle.**

Article 8 bis A : Offrir l'opportunité aux cotisants ultramarins, durant uniquement deux années, de négocier avec les caisses de recouvrement compétentes des plans d'étalement de la dette de 6 à 60 mois en fonction des situations

Article 8 bis : Exonération de taxe sur les salaires au bénéfice des membres d'un assujetti unique

- Introduction d'une exonération de taxe sur les salaires au bénéfice des membres d'un assujetti unique qui :
 - ne serait pas soumis à cette taxe s'ils n'étaient pas membres d'un tel assujetti
 - rejoignent un assujetti unique dont l'activité est très largement soumise à la TVA.

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.
- **Suppression des dispositions prévoyant une contribution de l'Agirc-Arrco au titre de la solidarité financière du système de retraite.**
- **Principe d'une convention pluriannuelle entre la Cnav et l'Agirc-Arrco plutôt que de les contraindre à renégocier chaque année le montant des sommes dues.**
- **Remise par le Gouvernement d'un rapport présentant les modalités de compensation intégrale par l'État, chaque année, des conséquences, pour le régime général, de l'adossement des régimes spéciaux fermés.**

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.

Article 10 bis A : Exonération de l'ensemble des non-résidents -sans distinction géographique- du paiement de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) sur les revenus du patrimoine qu'ils perçoivent en France

Article 10 bis : Affiliation en tant que chef d'exploitation ou d'entreprise agricole des personnes qui exercent une activité agricole

- Modification des dispositions relatives à l'affiliation au régime social des non-salariés des professions agricoles du code rural et de la pêche maritime pour permettre l'affiliation en tant que chef d'exploitation ou d'entreprise agricole des personnes qui exercent une activité agricole répondant à plusieurs critères.
- Permettre l'obtention de la qualité de chef d'exploitation ou d'entreprise agricole et de bénéficiaire d'une couverture sociale complète et adaptée à la nature agricole des activités.

Article 10 ter : Réforme des assiettes des cotisations et contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants

- Réforme des assiettes des cotisations et contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants afin de renforcer l'équité de leurs prélèvements sociaux avec les salariés et d'augmenter leurs droits à la retraite.
- Le nouveau calcul de l'assiette résultera sur une baisse des prélèvements sociaux. Les barèmes de cotisations seront revus afin de garantir la neutralité financière de la réforme sur les finances publiques : ~~les cotisations de sécurité sociale affectées à la retraite de base et à la maladie seront renforcées par décret.~~ Les partenaires sociaux devront mettre en œuvre les mesures nécessaires à la garantie de la neutralité financière de la réforme pour les finances publiques. Le Gouvernement remet une évaluation des conséquences financières de la réforme sur la trajectoire financière de régimes et sur les prélèvements sociaux acquittés par leurs affiliés.
- La réforme s'appliquera aux cotisations et contributions versées à compter de 2026.

Article 10 quater : Inscription de l'outil TESA-S (titre emploi simplifié agricole) dans l'environnement DSN (déclaration sociale nominative)

- Procéder aux modifications législatives nécessaires afin d'inscrire officiellement l'outil TESA-S (titre emploi simplifié agricole) dans l'environnement DSN (déclaration sociale nominative), permettant ainsi de pérenniser cet outil déclaratif simplifié. (L'outil TESA-S vise à permettre aux employeurs dépourvus de logiciel de paie de répondre à leurs obligations déclaratives)

Article 10 quinquies : Revalorisation des plafonds de rémunération applicables à différents dispositifs

- Permettre une revalorisation maîtrisée des plafonds de rémunération applicables à différents dispositifs (réduction des cotisations patronales dégressive, réduction de cotisations d'assurance maladie pour les revenus, réduction de cotisations d'allocations familiales) à partir de 2024.

- Un décret doit déterminer ces plafonds.
- Fixation dans la loi d'un niveau minimum, exprimé en multiple du Smic de l'année concernée, des seuils du « bandeau maladie » et du « bandeau familial ».

Article 10 *sexies* A : Assujettissement de l'ensemble de la masse salariale des Groupements d'Employeurs (GE) aux mêmes taux que les entreprises de moins de 11 salariés, pour ce qui concerne les déclarations sociales

Article 10 *sexies* B : Extension de la prise en charge par l'employeur aux remboursements des frais de location de services privés de vélo et non des seuls services publics de location aujourd'hui inclus dans les obligations de l'employeur

Article 10 *sexies* C : Maintien à hauteur de 75% de la part d'exonération possible de cotisations et contributions sociales des frais d'abonnements souscrits par les salariés

Article 10 *sexies* D : Possibilité pour les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) de bénéficier de l'exonération de cotisations patronales de sécurité sociale sur les rémunérations des aides à domicile

Article 10 *sexies* E : Pour la filière vitivinicole, exonération de la part patronale des cotisations sociales des salariés pour 2024

- 100% pour les entreprises qui ont constaté une baisse de chiffre d'affaires en 2023 d'au moins 60% par rapport à l'année précédente ; - 50% pour les entreprises qui ont constaté une baisse de chiffre d'affaires en 2023 d'au moins 40% par rapport à l'année précédente ; - 25% pour les entreprises qui ont constaté une baisse de chiffre d'affaires en 2023 d'au moins 20% par rapport à l'année précédente.

Article 10 *sexies* F : Intégration des entreprises de Guadeloupe, de Martinique et de La Réunion du secteur du bâtiment et des travaux publics dans le barème renforcé du régime d'exonération de charges sociales patronales applicable aux entreprises ultramarines pour une durée de deux années s'étalant du 1^{er} janvier 2025 au 31 décembre 2026

Article 10 *sexies* G : Pérennisation définitive du dispositif des travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi occasionnels agricoles (TO-DE)

Article 10 *sexies* H : Extension aux coopératives agricoles de fruits et légumes et leurs unions, le bénéfice du dispositif des travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi occasionnels agricoles (TO-DE)

Article 10 *sexies* I : Intégration des employeurs publics dans le champ des bénéficiaires potentiels du mécanisme de réduction des cotisations patronales accordé en contrepartie de la mise à disposition de leurs employés sapeurs-pompiers volontaires au profit des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS)

Article 10 *sexies* : Précision des dispositions encadrant le nouveau régime social des indemnités de rupture conventionnelle et des indemnités de mise à la retraite d'office par l'employeur créé par la LFSS 2023

Article 10 *septies* : Affiliation des commissaires aux comptes aux régimes d'assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales

Article 10 *octies* : Expérimentation de la modulation en temps réel par les travailleurs indépendants des cotisations et contributions dont ils sont redevables

- La LFSS 2018 a prévu une expérimentation de la modulation des cotisations des travailleurs indépendants en temps réel. Ce dispositif permet à un travailleur indépendant qui le souhaite d'ajuster au mois le mois (ou au trimestre) le niveau de ses acomptes de cotisation en fonction de son activité. Ainsi, il peut payer davantage de cotisations les mois de forte activité et en payer moins lors de périodes creuses.
- Prolongation de l'expérimentation de la modulation en temps réel par les travailleurs indépendants des cotisations et contributions dont ils sont redevables jusqu'en décembre 2027.
- Extension de l'expérimentation aux psychomotriciens.
- Report de trois ans de la remise du rapport d'évaluation intermédiaire de cette expérimentation.

Article 10 *nonies* : Habilitation du Gouvernement à prendre, par voie d'ordonnance, dans un délai de dix-huit mois à compter de la promulgation de la présente loi, toute mesure relevant du domaine de la loi visant à assurer la complète mise en œuvre de la réforme des retraites

~~**Article 10 *decies* : Rapport sur les difficultés rencontrées par les travailleurs indépendants pour rembourser leurs dettes envers l'ancien régime social des indépendants en Outre-Mer**~~

- ~~▪ Remise d'un rapport d'évaluation de l'article 15 de la LFSS 2018 avant le 1^{er} avril 2024.~~
- ~~▪ Il doit évaluer les difficultés persistantes rencontrées par les travailleurs indépendants pour rembourser leurs dettes envers l'ancien régime social des indépendants en Outre-Mer et en particulier à La Réunion.~~
- ~~▪ Il doit proposer des pistes de solution permettant un règlement amiable de la situation.~~

Article 10 *undecies* : Réforme de la « taxe soda » en passant à trois tranches et en augmentant les taux d'accise, sur le même modèle que la taxe britannique

Article 10 *duodecies* : Instauration d'une taxe sur les sucres ajoutés dans les produits alimentaires transformés destinés à la consommation humaine

- Le produit de cette taxe comportementale serait affecté à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Article 10 *terdecies* : Création d'une unique catégorie fiscale pour le tabac à chauffer (contre trois actuellement)

Article 10 *quaterdecies* : Instauration d'une taxe sur les publicités de jeux d'argent et de hasard

- L'abondement des caisses de la Sécurité sociale par les opérateurs de jeu doit permettre de contribuer financièrement aux coûts liés aux dommages inhérents à leur secteur d'activité tout en finançant la prévention.

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 calcul de la clause de sauvegarde reposant sur un chiffre d'affaires net, il convient que ce plafond soit pérennisé sur du CA net (i.e. minoré des remises), et non du CA brut.
- L'assurance maladie et le Comité économique des produits de santé doivent transmettre à l'ACOSS, avant le 15 juillet de l'année n+1, les informations permettant la liquidation de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux. Ces dernières sont transmises sans délai par l'ACOSS aux entreprises concernées.
- 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).~~ Le montant Z (pour les DM) pour 2024 est porté à 2,45 milliards d'euros.
- Lorsque le dépassement du montant Z est constaté, l'Assurance Maladie transmet, dans un délai de trois mois, aux ministres chargés de la sécurité sociale et au Parlement, un rapport identifiant et analysant les facteurs de ce dépassement.
- 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.

Article 11 bis A : Rédaction d'un rapport de l'Assurance Maladie pour chaque décision de radiation de la liste en sus, afin d'évaluer leur impact sur la continuité de traitement des patients et l'impact financier pour les établissements de santé et l'assurance maladie

- Ces rapports, remis aux ministres chargés de la sécurité sociale et au Parlement, dans un délai de deux ans à compter de la décision de radiation, doivent notamment permettre, lorsque nécessaire, la mise en place de mécanismes correctifs au niveau réglementaire, en concertation avec l'ensemble des parties prenantes.

Article 11 bis : Suppression d'une exclusion d'assiette réservée à certains médicaments dérivés du plasma (MDP)

- Suppression du dispositif spécifique qui prévoit un régime dérogatoire d'autorisation de mise sur le marché pour les médicaments préparés à partir de sang ou de composants de sang prélevés dans des conditions non conformes aux critères éthiques prévus par le code de la santé publique.
- La suppression des AMM dérogatoires nationales vise à faciliter l'accès au marché français des MDP produits à partir de sang issu de dons rémunérés, afin de mieux assurer l'accès aux traitements des patients.

Article 11 *ter* : Montant de la contribution en cas de déclenchement de la clause de sauvegarde du dispositif médical (DM)

- Le montant total de la contribution en cas de déclenchement de la clause de sauvegarde du DM est égal à 90 % de la différence entre le montant remboursé par l'assurance maladie et le montant Z, sur le modèle de l'évolution introduite par l'article 11 pour la clause du médicament.
- Objectif d'alignement des taux de reversement des clauses applicables aux secteurs du DM et du médicament.

Article 11 *quater* : Prorogation du droit d'option pour les pédicures-podologues de déroger au régime des praticiens auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) pour s'affilier à la sécurité sociale des indépendants (SSI)

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

- Généralisation d'une campagne de vaccination HPV dans les collèges ainsi que dans les établissements médico-sociaux accueillant des enfants en situation de handicap.
- 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 de deuxième et troisième cycles en médecine et retraités mobilisés pour la vaccination via des vacations dont les tarifs seront fixés par arrêté.
- Instauration de la possibilité pour l'assurance maladie de rémunérer directement les centres de santé participant à la campagne de vaccination, et mettant à disposition, sur leur temps de travail, leurs professionnels de santé salariés ou agents qui ne sont pas habituellement en charge d'une activité de vaccination, via des vacations versées directement par organismes d'assurance maladie, sur la base de tarifs déterminés par **arrêté. Les organisations syndicales représentatives des professionnels de santé concernés doivent être consultés dans le cadre de l'élaboration de cet 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.
- Rédaction d'un rapport dans un délai d'un an par le Gouvernement sur la mise en place de la campagne de vaccination HPV. Il analyse l'opportunité de réaliser cette campagne dans des lieux qui ne relèvent pas de l'éducation nationale, tels que les clubs sportifs et de loisirs, les associations ou les maisons des jeunes et de la culture.
- **Organisation d'actions d'information dans les collèges et les établissements sociaux et médico-sociaux concernés, pour permettre aux enfants et à leur famille de prendre des décisions éclairées quant à cette vaccination.**

Article 17 bis : Extension, par décret en Conseil d'État, de l'obligation de vaccination contre les autres sérogroupes du méningocoque qui seront concernés le cas échéant par les recommandations de la HAS

- **Actuellement le code de la santé publique prévoit uniquement la vaccination obligatoire contre le méningocoque de sérotype C.**
- **Actualisation du dispositif de suivi de la réforme de 2018 sur l'extension des obligations vaccinales des nourrissons.**

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 internes et externes 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 ainsi que les catégories feront notamment l'objet d'un décret.

Article 19 : Lutte contre la précarité menstruelle

- Remboursement des différentes catégories de protections hygiéniques réutilisables pour toutes les personnes assurées ayant leurs menstruations de moins de 26 ans.
- Prise en charge de ces protections également pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire.
- Les protections périodiques réutilisables retenues pour faire l'objet d'une prise en charge devront répondre à des critères de respect de la santé des personnes qui y ont recours ainsi que de l'environnement.

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.
- Modification des tranches d'âge auxquelles seront proposés les bilans de prévention à l'âge adulte : Les rendez-vous prévention se dérouleront donc sur les tranches d'âges : 18-25 ans (et non plus 20-25 ans), 45-50 ans (et non plus 40-45 ans), 60-65 ans et 70-75 ans.
- Possibilité du recours au télésoin dans le cadre de ces rendez-vous (le recours à la télémédecine 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. Les kinésithérapeutes doivent être inclus à la liste des professionnels de santé qui auront la charge des rendez-vous de prévention.
- 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. Les conditions de mise en œuvre du dispositif s'appliqueront aussi bien aux professionnels de santé salariés des centres de santé qu'aux professionnels de santé libéraux.
- Au plus tard le 1^{er} janvier 2026, les règles de rémunération des professionnels de santé et les conditions de facturation des rendez-vous de prévention seront fixées dans le cadre d'une négociation conventionnelle avec les professionnels de santé concernés.
- L'organisation des rendez-vous doit être faite en lien et en coordination avec le médecin traitant, qui doit bénéficier d'une vision globale du parcours de l'utilisateur.

Article 20 bis A : Prise en charge, sous forme d'expérimentation et en s'appuyant sur le fonds d'intervention régional des ARS (FIR), de la réalisation de programmes d'activité physique adaptée (APA) pour les patients traités pour un cancer

Article 20 bis : Relèvement du plafond du budget du Régime Local d'assurance maladie Alsace-Moselle consacré à la prévention

- Sans augmenter la cotisation salariale qui le finance, le Régime Local d'assurance maladie Alsace-Moselle relève le plafond de son budget qu'il peut consacrer à la prévention en santé publique. Actuellement plafonné à 0,5 % des dépenses de prestations (2,3 milliards d'euros en 2023), le plafond est augmenté à 3 %.

Article 20 ter : Programme de dépistage prénatal du cytomégalovirus (CMV)

- Autorisation de la mise en place par l'Etat, après avis de la Haute Autorité de santé, d'un programme de dépistage prénatal du cytomégalovirus (CMV) de façon systématique et précoce chez la femme enceinte. Il s'agit d'une infection materno-foetale la plus fréquente et la principale source d'handicaps neurosensoriels
- Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai d'un an après sa mise en place, un rapport sur l'évaluation du programme.

Article 21 : Mieux articuler les droits à la complémentaire santé solidaire avec le bénéfice de certains minimas 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'invalidité (ASI), l'allocation de solidarité spécifique (ASS) et l'allocation du contrat d'engagement jeune (CEJ).
- Intégration dans le dispositif de présomption de droit des allocataires d'une AAH différentielle en complément d'une pension d'invalidité, d'une pension de retraite ou d'une rente d'accident du travail.
- Suppression de la notion de « non-cumul du Complément de Ressources et d'allocations logements ».

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. La consultation des représentants des professionnels de santé concernés est obligatoire avant publication d'un arrêté fixant les modalités d'organisation et de rémunération d'un parcours.
- La complémentarité entre l'offre de soins territoriale existante et le dispositif expérimental en voie de pérennisation doit être recherchée dans chaque territoire. Développer une meilleure coordination des différents acteurs autour de ces parcours et renforcer les équilibres locaux de chaque filière d'offre de soins régionale.
- Les avis du conseil stratégique de l'innovation en santé (CSIS) relatifs à la généralisation des expérimentations doivent être formulés, au plus tard, trois mois avant leur échéance.

Article 22 bis A : Facilitation de l'installation libérale de l'ensemble des professionnels de santé libéraux en leur donnant accès à la négociation d'une aide financière conventionnelle complémentaire, dans le cas d'une interruption d'activité pour cause de maternité ou paternité (actuellement réservée aux seuls médecins)

Article 22 bis : Inscription de la prévention comme un objectif à part entière du dispositif d'innovation en santé

- Afin de favoriser les innovations organisationnelles en matière de prévention en santé, le gouvernement rend possibles, dans le cadre du dispositif d'innovation en santé, des dérogations aux règles de compétences, d'organisation et de financement de différentes structures de prévention.

Article 22 ter : Autorisation des professionnels de santé travaillant dans les établissements scolaires à adresser au dispositif MonSoutienPsy

- Favoriser l'accès à un suivi psychologique pour les élèves, notamment ceux victimes de harcèlement scolaire.
- Cette extension concerne également les établissements de l'enseignement agricole et militaire.
- Les professionnels de santé de l'établissement informent le médecin traitant ou le médecin impliqué dans la prise en charge de l'élève.
- La faculté d'adressage s'inscrit dans une logique de parcours de soins coordonnés, avec une coopération étroite des médecins et des personnels de santé scolaire d'une part et des professionnels de santé scolaire avec les professionnels de santé de ville d'autre part.

Article 22 quater : Inscription dans la loi du principe d'un financement de l'activité de traitement du cancer par radiothérapie

- Les forfaits sont déterminés notamment au regard de la technique de radiothérapie utilisée et des caractéristiques des patients.
- Ces dispositions entreront en vigueur au plus tard au 1er janvier 2026.
- Le Gouvernement remet au Parlement avant le 1^{er} septembre 2024 le bilan de l'expérimentation relative au financement de l'activité de traitement du cancer par radiothérapie.
- La disposition proposée est codifiée afin de permettre une prise en charge pérenne.

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 »
- Les objectifs de dépenses en MCO, des dotations MIGAC et des activités de psychiatrie, d'USLD et de soins médicaux et de réadaptation sont définies, chaque année, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.
- 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 2028
 - 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 2028
- Inscription dans la loi la mise en place d'un financement forfaitaire des séances de dialyse (qui font aujourd'hui l'objet d'un financement à l'activité). Ces forfaits seraient déterminés au regard des modes de prise en charge et des caractéristiques des patients. Entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2026 en 2028.
 - Définition de forfaits au regard des spécificités de certains traitements, au premier rang desquels les dialyses et la radiothérapie oncologique.
- 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 Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), des Fonds d'intervention régional (FIR), Incitations financières à l'amélioration de la qualité (IFAQ) et de Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiences des Soins (CAQES)
 - 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
 - prise en compte des besoins en santé du territoire. La dotation relative aux objectifs de santé publique doit répondre le plus possible aux enjeux territoriaux en santé (prise en compte de l'âge de la population, de la prévalence de maladies chroniques, d'enjeux environnementaux, de contraintes physiques (ruralité, éloignement, insularité...)).
- 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 Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI), des aides à la contractualisation, des forfaits

Maladie rénale chronique (MRC), Forfait annuel d'activités isolées (FAI) et Greffe-Prélèvement d'organes, 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 différentes mesures seront fixées **par décrets en Conseil d'Etat**
- Le nouveau modèle de financement proposé sera testé "en vie réelle" à partir de 2025, à l'issue d'une phase de réflexion préservée pour 2024. La fin de l'année 2027 permettra sur cette base les ajustements nécessaires à l'entrée en vigueur en 2028.
- Consultation chaque année de la Fédération Hospitalière de France (FHF) en vue de déterminer les réels besoins d'évolution du coefficient géographique pour les territoires ultramarins. Ce dispositif existe dans certaines zones afin de tenir compte des facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle les prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée. Le taux est fixé par voie réglementaire.
- Remise d'un rapport annuel dressant le bilan de l'utilisation de la dotation populationnelle dans le domaine des activités de psychiatrie.

Article 23 bis : Expérimentation du versement d'un forfait aux établissements MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) autorisés au traitement du cancer, dans le cas d'un adressage en chimiothérapie à domicile

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.

Article 25 : Élargissement des 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 **de plus de 10 ans** 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.
- Dans l'attente de l'entrée en vigueur de nouvelles dispositions conventionnelles entre l'assurance maladie et les représentants des pharmaciens titulaires, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent, sur proposition du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, par arrêté conjoint, la tarification des prestations effectuées par les

pharmaciens. Cela doit permettre l'accélération de l'entrée en vigueur de la délivrance d'antibiotiques par le pharmacien (dès début 2024).

Article 25 bis : Limitation de la délivrance de dispositifs médicaux et autres petits équipements aux besoins effectifs en termes de soins, afin de rationaliser la délivrance du petit matériel médical et de réduire le gaspillage

Article 25 ter : Prévision d'une possibilité de substitution pleine et entière de tous les biosimilaires

- Possibilité pour le pharmacien de substituer un médicament biologique de référence prescrit par un médecin par son biosimilaire, deux ans après la commercialisation du premier biosimilaire du même groupe biosimilaire.
- Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise, après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, les situations médicales dans lesquelles la substitution ne peut pas être effectuée par le pharmacien au sein d'un groupe biosimilaire.

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.

Article 26 bis A : Clarification du cadre d'application de la charte de la visite médicale présente sur le champ de la liste des produits et prestations pour une certification obligatoire pour l'ensemble des entreprises soumises à la dite- charte

Article 26 bis B : Expérimentation de 3 ans qui permettra la montée en compétences et la reconnaissance du rôle des manipulateurs en électroradiologie médicale (MEM) dans les traitements de radiothérapie, avant une éventuelle généralisation de cette évolution quant aux délégations de tâches

Article 26 bis : Possibilité aux services d'accès aux soins (SAS) de mettre en place des organisations spécialisées permettant d'apporter des réponses adéquates sur des problématiques spécifiques en psychiatrie et en pédiatrie

- Le service d'accès aux soins (SAS) offre des solutions en cas de besoin de soins urgents ou de besoin de soins non programmés. Il met en relation tout appelant avec un professionnel pour lui apporter une solution adaptée.

Article 26 ter : Correction d'une erreur rédactionnelle dans l'article 33 de la LFSS pour 2023 permettant la facturation des vaccinations en laboratoire de biologie médicale

Article 26 quater : Report de la mesure prévue dans la LFSS 2023 relative à l'intégration des produits de contraste dans le périmètre des charges financées par les forfaits techniques en imagerie médicale

- La mesure devait initialement entrer en vigueur le 1^{er} juillet 2023, elle est reportée au 1^{er} mars 2024 en raison de contraintes opérationnelles.
- Revalorisation des actes associés à l'utilisation des produits de contraste pour lesquels il n'existe pas de forfait technique.

Article 26 quinquies : Application des dispositions relatives aux centres de santé à Mayotte

Article 26 sexies : Mise en place d'un parcours « dépression post-partum »

- Mise en place à titre expérimental et pour une durée de trois ans, par l'ARS, d'un parcours « dépression post-partum » associant des professionnels médicaux et des psychologues hospitaliers et libéraux, des sage-femmes et des puéricultrices.
- Prendre en charge le plus précocement possible les femmes diagnostiquées, de développer la formation des professionnels médicaux sur les conséquences psychologiques du post partum, d'améliorer l'orientation de ces femmes, de faciliter leur accès à un suivi psychologique et d'améliorer le suivi médical des femmes qui vivent une dépression post partum.
- Un décret détermine les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation.
- La liste des territoires participant à cette expérimentation, dans la limite de six régions sera fixé par arrêté ministériel.
- Au plus tard trois mois après le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport d'évaluation, qui se prononce notamment sur la pertinence d'une généralisation.

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 A : Consultation systématique des commissions des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat sur tout projet de texte réglementaire modifiant les montants de la participation forfaitaire ou de la franchise annuelle

Article 27 B : Mise à la charge des assurés n'honorant pas un rendez-vous en soins de ville une somme forfaitaire fixée par décret, au bénéfice de l'assurance maladie

Article 27 C : Modulation de la rémunération des professionnels de santé dans les conventions professionnelles conclues entre l'assurance maladie et les professionnels de santé

- Deux critères pour cette modulation :
 - le degré d'utilisation du dossier médical partagé
 - la participation à l'effort de maîtrise des dépenses d'assurance maladie et aux mesures destinées à garantir la pertinence des soins.
- Les conditions dans lesquelles ces deux critères seront appréciés pourront être librement fixées par les partenaires conventionnels et varier selon la profession concernée.
- L'objectif est d'inciter les professionnels de santé à contribuer au développement du DMP, à la limitation des actes inutiles et redondants et à la maîtrise des dépenses.

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.
- **Maintien de l'avis obligatoire de la commission des pénalités financières avant le déclenchement de la procédure de mise sous accord préalable (MSAP) des prescriptions des praticiens.**
- **Maintien d'une demande expresse du service du contrôle médical pour la suspension des indemnités journalières pour des pathologies déterminées par décret en Conseil d'Etat.**
- **Les services du contrôle médical des caisses primaires d'assurance maladie effectuent systématiquement un nouvel examen de la situation de l'assuré concerné en cas d'arrêt de travail jugé injustifié par un médecin contrôleur si l'arrêt de travail a été prescrit en lien avec une affection de longue durée.**

Article 27 bis : Permettre aux femmes ayant subi une interruption médicale de grossesse de pouvoir bénéficier d'une indemnisation pendant leur arrêt de travail sans délai de carence

- Création d'un régime d'indemnisation spécifique pour permettre aux femmes concernées de pouvoir être en arrêt de travail sans perte d'indemnisation pendant le délai de carence, même si elles ne bénéficient pas d'une couverture au titre de la prévoyance.

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 vidéotransmission

- 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 vidéotransmission pour permettre le remboursement de la prescription.
- **Sont exclus du périmètre de l'article les personnes atteintes d'une ALD, d'une maladie chronique, présentant des facteurs de risques ou en perte d'autonomie.**
- **Exclusion des territoires ultramarins de la mesure limitative des arrêts de travail par téléconsultation.**

Article 29 : Réduction de 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 CNEDiMITS 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.
- La HAS rend son avis sur la base d'un référentiel publié et accessible à tous. La mesure n'entre en vigueur que douze mois après la publication de ce référentiel.

Article 29 bis : Prolongation de la prise en charge pour des solutions de télésurveillance

- Concerne les solutions de télésurveillance précédemment inscrites à la Liste des Produits et Prestations grâce à la mise en place d'un certificat de conformité provisoire avant de pouvoir être définitif ou non pour une prise en charge au titre de la Liste des Activités de Télésurveillance Médicale.

Article 29 ter : Suppression de l'obligation de déclaration du prix d'achat entre un exploitant et son fournisseur

- Suppression de l'obligation de déclaration du prix d'achat (déduction faite des remises et taxes en vigueur) entre un exploitant et son fournisseur d'un produit pris en charge à la Liste des Produits et Prestations, dans le cadre de la déclaration de l'accord de distribution, lorsque cette déclaration porte sur des sociétés d'un même groupe.

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.
- Facilitation de la réalisation de transports partagés par les taxis par les taxis conventionnés par des mesures incitatives.

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.
- L'exécution de ces préparations peut également être confiée, sous la responsabilité des pharmacies à usage intérieur et des établissements pharmaceutiques habilités, à des pharmacies d'officine autorisées à exercer une activité de sous-traitance.
- 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.
- Association des organisations représentatives des pharmaciens à la définition des prix de cession des préparations officinales spéciales et, lorsqu'elles font l'objet d'une dispensation en officine, des préparations hospitalières spéciales.

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.
- Autorisation du directeur général de l'ANSM à décider de mesures de police sanitaire visant à garantir un approvisionnement approprié et continu en cas de rupture ou risque de rupture de vaccins ou de médicaments d'intérêt thérapeutique majeur. L'ANSM disposera ainsi d'une base

légale pour limiter les ventes directes des laboratoires aux officines, et imposer lorsque les circonstances le nécessitent, un circuit de distribution exclusif par les grossistes-répartiteurs.

- Un décret en Conseil d'État fixe les seuils à respecter et les conditions dans lesquelles les stocks constitués doivent être utilisés pour assurer un approvisionnement approprié et continu du marché en situation de rupture ou de risque de rupture d'approvisionnement.
- Un décret fixe la liste des mesures de police sanitaire que peut prendre l'ANSM en situation de rupture ou de risque de rupture, ainsi que les conditions dans lesquelles elle peut le faire.

Article 33 bis : Création d'une procédure permettant de faire correspondre la prise en charge par l'assurance maladie de médicaments ou de dispositifs médicaux avec les indications de prescription, pour éviter qu'ils ne soient prescrits à des patients non concernés par ces produits

- Un téléservice pourra être mis en place pour alléger la procédure.
- Cette procédure est limitée aux seules primo-prescriptions d'un médecin spécialiste.

Article 34 : Facilitation de 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.
- Suppression des délais renouvelables pour les évaluations complexes à trois étapes du processus : l'évaluation médicale de l'acte par la HAS (suppression du renouvelable de 6 mois), la remise du rapport de hiérarchisation du HCN à l'UNCAM, et la description et hiérarchisation par le HCN pour les actes innovants (suppression du renouvelable de 3 ans).
- Exception à la suppression du renouvelable de 3 ans : maintien d'une possibilité de renouvellement de 18 mois pour la description et la hiérarchisation par le HCN.
- Maintien du délai supplémentaire dont dispose la Haute Autorité de santé (HAS) pour rendre son avis sur l'inscription d'un acte aux nomenclatures, lorsque l'évaluation présente une complexité.

Article 34 bis : Modalités de recueil des données en vie réelle

- L'article 54 de la LFSS 2023 a introduit la notion de paiement à la performance pour les médicaments de thérapie innovante (MTI). Ce nouveau modèle de financement est corrélé au suivi de l'efficacité du médicament pendant au moins 5 ans, via un recueil de données en vie réelle des patients traités par MTI effectué par les équipes médicales.
- Actuellement, le recueil de données d'efficacité visant à évaluer la performance du MTI est assuré par les industriels, ce qui peut empêcher la mobilisation des bases de données existantes et induire une difficulté de transmission des données d'intérêt aux administrations.
- Mise en place d'une possibilité de recueillir les données en vie réelle, soit dans un registre existant, soit dans le set de données minimum traitement (SDM-T) de l'outil BaMaRA (application web mise

à disposition gratuitement par l'AP-HP pour chaque établissement de santé partenaire du projet de la Banque nationale de données maladies rares (BNDMR)).

- Les modalités de recueil des données seront fixées par des textes réglementaires
- Organisation de la transmission des données aux administrations concernées, dont le CEPS ou l'Assurance Maladie au même titre qu'aux industriels.
- Les industriels participent toujours au financement du recueil des données sur ce nouvel outil spécifique.

Article 34 *ter* : Communication du rapport annuel du Comité économique des produits de santé (CEPS) au Parlement avant l'examen du PLFSS

Article 35 : Amélioration des 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.
- Simplification des modalités de fixation de l'indemnité à laquelle la spécialité sera prise en charge par l'assurance maladie lors de la période de prise en charge temporaire. Maintient comme seule référence l'indemnité libre demandée par le laboratoire pour cette spécialité à laquelle sera appliquée un mécanisme de décote défini par voie réglementaire.

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.
- Possibilité pour l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de désigner des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM) devant faire l'objet d'un plan de gestion des pénuries dans le cas où l'entreprise exploitante ne les aurait pas identifiés comme tels.
- Publication par l'ANSM de la liste des MITM.
- Prévoir l'information des établissements pharmaceutiques susceptibles d'assurer la reprise de l'exploitation ou de la fabrication, en vue de leur permettre d'anticiper éventuellement l'organisation de celle-ci avec les façonniers.

Article 36 bis : Création d'un statut temporaire adapté pour le cannabis à usage médical

- Une expérimentation sur le cannabis à usage médical avait été engagée à la suite de la LFSS pour 2020. Elle visait à évaluer la sécurisation de la prescription et de la dispensation de médicaments à base de cannabis et à obtenir les premières données françaises d'efficacité et de sécurité.
- L'expérimentation prendra fin au 26 mars 2024. Les médicaments utilisés dans ce cadre ne peuvent actuellement pas prétendre aux statuts existants.
- Organisation de la sortie de l'expérimentation par la création d'un statut temporaire adapté, restreint à des indications limitées.
- Les médicaments seront soumis à une autorisation temporaire limitée à une durée de cinq ans, renouvelable par période de cinq ans, délivrée par l'ANSM.
- Les critères de qualité et de sécurité ainsi que les indications thérapeutiques seront définis par arrêté ministériel.
- Conditionnement de la délivrance à une obligation de suivi des patients traités, avec mise en place d'un recueil de données de bénéfiques, de sécurité et de bon usage. Ces données pourront alimenter les travaux européens en cours.
- Restriction de l'accès au cannabis à usage médical à la dernière ligne de traitement, sur prescription hospitalière initiale, tout en proposant un parcours patient bien défini dans des filières de soins, dans des indications et situations cliniques pour lesquelles l'efficacité pourrait être présumée. Ces indications seront limitativement fixées par **arrêté** ministériel sur proposition de l'ANSM suite à l'évaluation du rapport bénéfice-risque. Ces modalités seront définies par **décret en Conseil d'Etat**.
- Conditionnement de la prise en charge de ces médicaments à un avis préalable de la HAS. En cas d'avis favorable, les prix seront déterminés par arrêté ministériel.

- Organisation d'une période de transition pour les patients ayant été inclus dans l'expérimentation avant le 26 mars 2024. Les médicaments utilisés pour les patients actuellement inclus dans l'expérimentation seront pris en charge par l'assurance maladie sur la base d'un montant fixé par **arrêté ministériel**.
- Remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement au plus tard le 30 juin 2024.
- Un avis de la Haute Autorité de santé viendra compléter l'évaluation de l'expérimentation qui sera présenté par le Gouvernement au Parlement sous la forme d'un rapport.

Article 36 ter : Garantie immédiate à toute personne qui revient de l'étranger le bénéfice d'une prise en charge de ses frais de santé par un **décret pris en Conseil d'État pour adapter les dispositions**

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.
- Transmission par les départements des informations nécessaires au calcul de la compensation financière résultant de l'adaptation du régime adapté de financement de la dépendance au sein des EHPAD et des USLD du département concerné.
- 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.
- **Faire de cette mesure une véritable expérimentation : déployée, sur une durée de trois ans à compter du 1^{er} janvier 2025, dans un maximum de dix départements volontaires. Les départements pourront se porter candidats pour y participer jusqu'au 30 juin 2024. Cette expérimentation donnera lieu à une évaluation par la CNSA et à la remise au Parlement, six mois avant son terme, d'un rapport envisageant les conditions de sa pérennisation et de sa généralisation.**

Article 37 bis : Création d'un droit renouvelable à l'allocation journalière de proche aidant (AJPA)

- Possibilité pour les aidants de renouveler leur droit à l'AJPA, dans les mêmes conditions d'ouverture de droit qu'aujourd'hui, soit 66 jours d'indemnisation par aidé, et jusqu'à la durée maximale du congé de proche aidant.

Article 37 ter : Structuration de l'offre de « relayage » à domicile

- La dernière stratégie pour les aidants (2023-2027) entendait « structurer l'offre de relayage à domicile ». Le relayage est une solution d'accueil sécurisée offrant une solution de répit de longue durée. Une dérogation expérimentale a permis la mise en œuvre du relais, et donc du répit du proche aidant d'une personne en perte d'autonomie, par l'intervention continue d'un professionnel unique, de 36 heures au moins jusqu'à 6 jours consécutifs, à domicile ou en lieu de séjour.
- Prolongation d'un an de l'expérimentation destinée à affiner son évaluation, préciser la nature des contrats de travail, en l'attente du rapport de la Direction générale de la cohésion sociale, cela afin d'apporter une solution aux familles qui pourraient se trouver sans solution.

Article 37 quater : Mise en œuvre du mécanisme de remboursement entre institutions des Etats membres de l'UE

- En application du règlement européen, les prestations en nature servies par l'institution d'un Etat membre pour le compte de l'institution d'un autre Etat membre donnent lieu à remboursement intégral

- Après remboursement par les institutions des autres Etats, la CNAM, par l'intermédiaire du centre national des soins à l'étranger (CNSE), reversera ainsi à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), chargée de la gestion de la 5ème branche relative à l'autonomie, les sommes attribuées au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap. La CNSA les reversera ensuite aux départements concernés.

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.
- Obligation d'articuler le nouveau service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce avec le bilan de santé obligatoire dans les structures de protection de l'enfance, pour les mineurs accompagnés par les services de l'aide sociale à l'enfant ou par la protection judiciaire de la jeunesse.
- Le service sera mis en œuvre d'ici la fin de l'année 2024.
- Ajouter à la liste des contributeurs du nouveau service les services de l'aide sociale à l'enfance.
- Inscrire dans la loi la limite d'âge de douze ans, actuellement prévue par décret, du parcours de bilan et intervention précoce pour l'accompagnement des enfants présentant un trouble du neurodéveloppement (TND).
- Le nouveau service pourra être organisé par les acteurs existants, notamment les plateformes de coordination et d'orientation (PCO).

Article 38 bis A : Adaptation à Saint-Martin, d'une part, la composition du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie, et d'autre part, le statut juridique du service exerçant les missions d'une maison départementale des personnes handicapées

Article 38 bis : Remboursement intégral de fauteuils roulants

- Ouverture de la possibilité au remboursement intégral pour les fauteuils roulants pris en charge par la Liste des Produits et Prestations, dans le prolongement du « 100 % santé » mis en place par la LFSS pour 2019.
- Extension de la prise en charge renforcée pour des catégories et des modalités de fauteuils roulants prévue pour 2024.

Article 38 ter : Renforcement dès 2024 le soutien financier que la branche autonomie apporte aux départements en permettant à la CNSA de verser aux départements un complément au concours APA (allocation personnalisée d'autonomie)

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 39 bis : Sécurisation des versements de l'Etablissement national des invalides de la marine de l'indemnité journalière de nourriture et de l'allocation exceptionnelle au titre de l'amiante

- Par suite d'une décision de la Cour des comptes, le versement par l'ENIM de l'indemnité journalière de nourriture et de l'allocation exceptionnelle au titre de l'amiante, a été suspendue.
- Sécurisation des versements effectués avant les 1^{er} et 11 mai 2023 respectivement au titre de l'allocation exceptionnelle au titre de l'amiante et de l'indemnité journalière de nourriture, de manière à éviter les reversements d'indus par les assurés.
- Possibilité pour l'ENIM de verser aux assurés, soit par l'intermédiaire des employeurs, soit directement aux marins, les indemnités journalières de nourriture dues entre le 11 mai et le 31 décembre 2023, ainsi que les allocations exceptionnelles pour maladie professionnelle liée à l'amiante dues entre le 1^{er} mai et le 31 décembre 2023.
- Autoriser l'ENIM à poursuivre les versements aux assurés ayant été concernés ces dernières années pour l'allocation exceptionnelle pour maladie professionnelle liée à l'amiante.

Article 39 ter A : Permission à ce que les périodes pendant lesquelles les femmes enceintes sont déclarées inaptes à la navigation soient prises en compte, sous réserve de versement des cotisations, au titre de l'assurance vieillesse du régime des marins

Article 39 ter : Renforcement des moyens du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante pour lutter contre le non-recours

- Renforcement des moyens dont dispose le Fonds pour détecter les personnes qui sont susceptibles de bénéficier des droits à l'indemnisation de ces préjudices et lutter ainsi contre le non-recours à la réparation intégrale de préjudices en lien avec l'amiante.
- Transmission de données, relatives aux victimes de pathologies liées à une exposition à l'amiante, par les organismes de gestion des prestations sociales et les administrations intervenant dans le domaine de la santé.
- Un décret d'application doit encadrer les organismes, administrations et établissements concernés, ainsi que les modalités de recueil, d'usage et de destructions des données personnelles des personnes concernées.
- **Inclure les organismes de sécurité sociale dans la liste des entités desquelles le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) peut requérir des informations ou des données en vue de l'identification de bénéficiaires potentiels.**
- **Les bénéficiaires potentiels identifiés par le Fiva sont systématiquement avisés de leur droit de s'opposer à la poursuite du traitement des données.**

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.
- Ouvrir le bénéfice de la surcote accordée en raison de la parentalité aux fonctionnaires qui ont été placés en congé parental.

Article 40 bis B : Mettre fin à la faculté de cumul de la surcote de droit commun et de la surcote accordée en raison de la parentalité, pour les fonctionnaires occupant un emploi classé en catégorie active et appartenant aux générations nées entre 1964 et 1972 et les fonctionnaires occupant un emploi super-actif et appartenant aux générations nées entre 1964 et 1977

Article 40 bis C : Mettre fin à la situation où, pour une même carrière, des périodes sont prises en compte à la fois dans le calcul du minimum contributif (Mico) majoré et du minimum garanti (Miga)

Article 40 bis : Extension des conditions de rachat de trimestres d'étude supérieures à la fonction publique

- La loi du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale a assoupli, au régime général, les conditions de rachat de trimestres d'études supérieures pour acquérir des droits à retraite. Autorisation de ce rachat au cours d'une période qui n'est plus restreinte aux 10 années après les études, mais qui court désormais jusqu'à l'âge de 40 ans.
- Extension de cette possibilité à la fonction publique.

Article 40 ter : Prise en compte de la pénibilité à laquelle sont exposés les agents contractuels de la fonction publique

- Les périodes effectuées sur des emplois de la catégorie « active » ou « super-active » comme agents contractuels seront, lorsque les agents concernés seront titularisés, prises en compte dans la limite de 10 ans pour le décompte de la condition de durée en services actifs (17 ans) ou super actifs (27 ans en général) à remplir pour bénéficier d'un droit au départ anticipé.

Article 40 quater : Clarification du dispositif de retraite progressive

- Extension du dispositif de retraite progressive aux assurés qui doivent respecter une certaine quotité de travail, comme les mandataires sociaux.
- Distinguer clairement la retraite progressive des dispositifs de « pré-retraite » du secteur privé. Les dispositifs de pré-retraite relèvent directement de l'entreprise.
- Remédier à un problème d'articulation entre les dispositions du code de la sécurité et du code du travail relatives à la retraite progressive, afin d'effectivement permettre aux salariés de bénéficier d'une retraite progressive à l'âge où cette possibilité leur est offerte par la loi.

Article 40 quinquies : Correction d'une erreur matérielle de la loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 en rétablissant la condition d'avoir accompli 27 années de services effectifs en qualité de policier pour bénéficier de la bonification du cinquième de la durée des services et de bonifications de la police

Article 40 *sexies* : Fin de la clause d'achèvement pour les sapeurs-pompiers et possibilité de liquidation de la prime de feu

- Les sapeurs-pompiers professionnels bénéficient pour leur pension de retraite de la prise en compte de la prime de feu perçue pendant qu'ils étaient en activité en tant que tels. La liquidation en pension de la prime de feu est acquise sous réserve de terminer son activité professionnelle sur un emploi de sapeur-pompier.
- Fin de cette clause d'achèvement en permettant la liquidation de la prime de feu en faveur des anciens sapeurs-pompiers professionnels.

Article 40 *septies* : Inclusion des agents chimiques dangereux des facteurs de pénibilité pris en compte dans le cadre du compte professionnel de prévention (C2P)

Article 40 *octies* : Intégration des délégués des collectivités territoriales membres des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) à la liste des élus locaux pouvant désormais cotiser au régime général sur leurs indemnités sur simple demande auprès de leur collectivité

Article 40 *nonies* : Elargissement de la reconnaissance du taux de handicap afin qu'en cas de décès d'un ou des deux parents ; l'enfant ou le jeune adulte handicapé puisse bénéficier d'une pension de réversion ayant pour but d'assurer son autonomie

- Ouverture des critères d'éligibilité aux orphelins en situation de handicap présentant un taux d'incapacité compris entre 50% et 79% et qui se sont vu reconnaître une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi.

Article 40 *decies* : Extension de la pension d'orphelin aux non-salariés agricoles, aux artisans, aux commerçants, aux professions libérales non réglementées ainsi qu'aux assurés du régime des cultes

Article 40 *undecies* : Obligation de la justification de l'existence (document demandé aux retraités résidant à l'étranger) par le biais de la biométrie à compter du 1^{er} janvier 2027

Article 40 *duodecies* : Etablissement des références d'un domicile social nécessaire au contrôle

Article 40 *terdecies* : Possibilité aux agents habilités par le Président du Conseil départemental de pouvoir échanger tous renseignements et tous documents utiles à l'accomplissement des missions de recherche et de constatation de fraudes sociales

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.
- Fixer par la loi, c'est-à-dire en pratique par la LFSS, le montant des dotations de la sécurité sociale, et en premier lieu de l'assurance maladie, à l'ensemble des fonds et organismes qu'elle subventionne.

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 43 bis A : Précision de l'exigence de « retour devant le Parlement » en cas d'écart constaté en cours d'exercice par rapport aux trajectoires de recettes ou de dépenses votées

- Un dépassement de l'ordre de 2,5 milliards d'euros conduirait le Gouvernement à venir présenter à la commission des affaires sociales une trajectoire actualisée sur laquelle celle-ci serait chargée d'émettre un avis.

Article 43 bis : Suspension de l'obligation de proposer des mesures de redressement en cas de risque de dépassement de l'ONDAM 2024 imputable à des dépenses en lien avec la crise sanitaire

- ~~Aménagement, dans le contexte sanitaire, de la procédure d'alerte en cas de risque de dépassement de l'ONDAM 2024 dû à la crise sanitaire.~~
- ~~De la même façon qu'en 2022 et 2023, cet aménagement permet que des mesures de redressement ne soient pas automatiquement proposées en cas de dépassement de l'ONDAM.~~

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~~ 1 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 46 bis : Facilitation de la prise effective du congé de paternité par les non-salariés agricoles

- Le congé de paternité est composé d'une partie qui doit être prise obligatoirement par le père ou la personne qui vit avec la mère, dès la naissance de l'enfant (7 jours) et d'une autre partie non obligatoire qui peut être prise de manière fractionnée selon des modalités définies par décret (18 jours en cas de naissance simple ou 25 jours en cas de naissances multiples).
- Mise en place d'un délai maximal à compter de la naissance, par décret, pour que les intéressés soient remplacés par du personnel salarié dans leurs travaux et cessent leur activité professionnelle et bénéficient de l'allocation prévue.

Article 46 ter : Modifications relatives au complément de libre choix du mode de garde (CMG), prestation familiale qui solvabilise la garde d'un enfant jusqu'à ces six ans

- Suppression du respect d'un plafond horaire de rémunération des salariés pour bénéficier du CMG.
- Remplace l'exclusion par un plafond : dès que le plafond horaire est dépassé, le CMG sera versé sur la base de ce plafond.
- Fait coïncider la date d'entrée en vigueur de la réforme du CMG avec le début de l'année scolaire, plutôt que le début de l'été.
- Opère une coordination légistique relative à l'articulation entre le CMG dans sa version à venir et la Prépare (qui indemnise le congé parental) à taux partiel.
- Report de la date d'entrée en vigueur du mécanisme de tiers payant pour le CMG « structure », dans l'attente des résultats d'une mission IGAS/IGF sur le financement des modes d'accueil collectif ouvrant droit au CMG « structure ».
- **Maintien de la prise en compte des périodes de garde ou d'accueil dans les critères du nouveau barème du CMG**

Article 46 ~~quater~~ : Remise d'un rapport sur la mise en œuvre de la prestation partagée d'éducation de l'enfant par le Gouvernement

- ~~Il étudie l'hypothèse d'une réforme de l'indemnisation du congé parental au cours de la première année de l'enfant afin qu'elle soit mieux rémunérée, partagée entre les parents et qu'elle ne contribue pas à éloigner les parents de l'emploi.~~

Article 46 *quinquies* : Autorisation de cumul des allocations pour enfant handicapé et de la présence parentale afin de faciliter la mobilité des familles résidant dans les territoires d'Outre-mer ou en Corse, qui sont confrontées à la maladie incurable d'un enfant sur leur territoire et qui doivent s'installer en France métropolitaine pour le faire soigner

Article 47 : Objectif de dépenses de la branche famille sont fixés à 58,0 milliards d'euros

Article 48 : Objectif de dépenses de la branche autonomie de la sécurité sociale sont fixés à ~~40 39,9~~ milliards d'euros

Article 49 : Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV) de sécurité sociale sont fixées à 20,6 milliards d'euros et les dépenses du Fonds de solidarité vieillesse devraient augmenter de 0,9 milliard d'euros par rapport à 2023