

Plan large sur ...

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2024

Date de rédaction : 25 / 01 / 2024

Dernière mise à jour : ... / ... / ...

Introduction

La loi n°2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024 a été publiée au Journal Officiel du 27 décembre 2023.

Adoptée après plusieurs recours à l'article 49 alinéa 3 de la Constitution ayant eu pour effet de limiter les débats, elle apparaît dans un contexte de déficits issus de la crise sanitaire des dernières années et de poussée de l'inflation.

Le budget de la Sécurité sociale pour 2024 est fixé à 640 milliards d'euros. Pour 2023, le déficit social est estimé à 8,7 milliards d'euros (contre 19,7 milliards en 2022). En 2024, le déficit toutes branches confondues atteindrait 10,5 milliards d'euros. Des économies d'un montant de 3,5 milliards d'euros dans les dépenses d'Assurance Maladie sont prévues : 600 millions d'euros dans les dépenses hospitalières, 1,3 milliard d'euros sur les produits de santé (par des baisses de prix des médicaments principalement), 300 millions sur les soins de ville et les laboratoires d'analyses et 1,25 milliard au titre de la responsabilisation des professionnels et des patients.

La LFSS est construite sur une base d'augmentation de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) de 3,2 % en 2024.

Le texte repose sur les mesures phares suivantes : renforcement de la prévention et de l'accès aux soins, transformation du financement et de l'organisation du système de santé, lutte contre la fraude et poursuite des politiques de soutien à l'autonomie.

Calendrier législatif

- ✓ 27 septembre 2023 : présentation du PLFSS en Conseil des ministres et dépôt devant l'Assemblée nationale
- ✓ Semaine du 16 octobre : examen en commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale
- ✓ 24 au 30 octobre : examen en séance plénière à l'Assemblée nationale
- ✓ 30 octobre 2023 : adoption sans vote du volet « recettes » du texte en première lecture, après recours à l'article 49 alinéa 3 de la Constitution
- ✓ Semaine du 6 novembre : examen en commission des affaires sociales du Sénat
- ✓ Semaine du 13 novembre : examen en séance plénière au Sénat
- ✓ 21 novembre : commission mixte paritaire - Echec d'élaboration d'un texte commun
- ✓ 21 au 22 novembre : nouvelle lecture en commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale
- ✓ 23 au 29 novembre : nouvelle lecture en séance publique à l'Assemblée nationale et adoption en nouvelle lecture
- ✓ 29 novembre : nouvelle lecture en commission des affaires sociales au Sénat et adoption du volet « dépenses » et de l'ensemble du PLFSS sans vote, après recours à l'article 49 alinéa 3 de la Constitution
- ✓ 1^{er} décembre : nouvelle lecture en séance publique au Sénat et rejet du texte
- ✓ 4 décembre : lecture et adoption définitive devant l'Assemblée nationale
- ✓ 4 et 5 décembre : saisine du Conseil Constitutionnel par les députés de Gauche et Républicains
- ✓ 21 décembre : décision n°2023-860 DC du Conseil Constitutionnel de conformité partielle
- ✓ 27 décembre 2023 : publication au Journal Officiel de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la Sécurité sociale pour 2024

1. Renforcement de la prévention et de l'accès aux soins

1.1 Vaccination contre les infections à papillomavirus humains (article 37 LFSS)

Pour favoriser l'accès à la vaccination des garçons comme des filles contre les infections à papillomavirus humains (HPV), la LFSS met en place des campagnes de vaccination dans les collèges (dans près de 7 000 collèges à partir du mois d'octobre 2023). Tous les élèves en classe de 5^{ème} pourront se faire vacciner gratuitement, après autorisation parentale. Les professionnels de santé susceptibles d'être mobilisés sont listés dans la LFSS : médecins, pharmaciens, sage-femmes, infirmiers, étudiants en médecine, médecins retraités, etc.

L'article 37 de la LFSS ouvre la possibilité à l'Assurance Maladie de rémunérer directement les professionnels de santé, quel que soit leur statut, qui vaccineront dans les établissements scolaires, par des vacances, comme cela avait déjà été fait lors des vaccinations contre la Covid-19. Cette rémunération sera effectuée à hauteur d'un montant forfaitaire défini par arrêté ministériel (par dérogation au champ conventionnel).

Une prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) est prévue. Cette mesure entre en vigueur le 1^{er} janvier 2024, la campagne ayant toutefois déjà été lancée.

Les modalités d'affiliation à la Sécurité sociale de certains professionnels de santé mobilisés pour cette campagne nationale de vaccination dans les établissements scolaires sont précisées et le traitement social des rémunérations perçues au titre de cette activité clarifié.

Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi, le Gouvernement devra remettre un rapport au Parlement concernant l'application du dispositif et analysant l'opportunité de réaliser une campagne plus large, dans des lieux ne relevant pas de l'éducation nationale (notamment clubs sportifs, de loisirs, associations ou maisons des jeunes et de la culture).

1.2 Accès aux préservatifs (article 39 LFSS)

La LFSS instaure la prise en charge intégrale et sans ordonnance des préservatifs, déjà mise en œuvre par les caisses d'Assurance Maladie depuis le 1^{er} janvier 2023, pour tous les jeunes de moins de 26 ans.

La délivrance sera limitée aux seuls préservatifs internes et externes inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP). Les modalités de délivrance des préservatifs et en particulier le nombre maximal de préservatifs délivrés seront déterminés par un décret.

1.3 Lutte contre la précarité menstruelle (article 40 LFSS)

L'article 40 de la LFSS prévoit le remboursement des culottes et des coupes menstruelles pour les personnes assurées ayant leurs menstruations, âgées de moins de 26 ans, ainsi que pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) sans limite d'âge, dès 2024.

Afin de s'assurer de la qualité des produits, une procédure de référencement s'appuyant sur un cahier des charges précis sera mise en œuvre. Les critères qui seront retenus dans le cahier des charges, les modalités de la mise en œuvre de cette mesure, ainsi que le prix maximal des produits devront être précisés par voie réglementaire.

La mise à disposition des produits sera organisée dans un premier temps en pharmacie (des travaux seront par ailleurs engagés pour permettre une modalité de distribution alternative par le biais d'une plateforme de commande en ligne).

L'objectif est une entrée en vigueur effective de la mesure au 1^{er} septembre 2024.

Une prise en charge à 60% par l'AMO est instaurée, avec obligation pour les mutuelles de prendre en charge le ticket modérateur dans le cadre des contrats responsables pour les personnes âgées de moins de 26 ans. Les bénéficiaires de la C2S bénéficieront d'une prise en charge à 100 % par l'AMO.

1.4 Bilans de prévention (article 41 LFSS)

L'article 41 de la LFSS instaure le déploiement des bilans de prévention créés par la LFSS pour 2023. Ces bilans sont destinés aux assurés relevant des tranches d'âges suivantes : 18-25, 45-50, 60-65 et 70-75.

Il est prévu, par dérogation au cadre conventionnel, la détermination par arrêté :

- de la liste des professionnels qui peuvent réaliser les rendez-vous de prévention ;
- des tarifs qui pourront être pratiqués vis-à-vis de l'Assurance Maladie par ces professionnels ;
- des modalités de facturation de ces rendez-vous de prévention.



Les professionnels ne pourront pas pratiquer de dépassements d'honoraires à l'occasion de ces rendez-vous de prévention. Les conditions dans lesquelles ces rendez-vous peuvent être réalisés en télésoins seront précisées par décret, sur le même modèle que ce qui est prévu pour la télémedecine.

Une première phase test de déploiement de ces bilans a été lancée à l'automne 2023 pour la classe d'âge des 45-50 ans dans les départements des Hauts-de-France. Une généralisation sur tout le territoire est prévue dès janvier 2024.

Une prise en charge à 100% par l'AMO est instaurée.

1.5 Parcours d'accompagnement des personnes atteintes d'un cancer au traitement prolongé et dont la thérapeutique est particulièrement coûteuse (article 42 LFSS)

Expérimentation - À titre expérimental, pour une durée de deux ans, certaines Agences Régionales de Santé (ARS) pourront financer, par le biais du Fonds d'intervention régional, la mise en place d'un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les personnes traitées pour un cancer, atteintes d'une des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

Le parcours pourra notamment comprendre un ou plusieurs bilans de condition physique, ainsi que des séances d'activité physique adaptée.

Les conditions d'application de cet article (ARS concernées, contenu de ce parcours ...) seront précisées par décret. Un rapport d'évaluation du dispositif sera transmis au Gouvernement avant la fin de l'expérimentation.

1.6 Dépistage du cytomégalovirus (article 44 LFSS)

Cet article prévoit la possibilité pour l'Etat de mettre en place, après avis de la Haute Autorité de Santé, un programme de dépistage du cytomégalovirus de façon systématique chez la femme enceinte. Le cytomégalovirus représente l'infection materno-fœtale la plus fréquente et la principale source de handicaps neurosensoriels.

Un décret déterminera les modalités de mise en œuvre de ce programme. Le Gouvernement remettra au Parlement un rapport sur l'évaluation de ce programme au plus tard un an après sa mise en place.

1.7 Complémentaire santé solidaire (C2S) : articulation avec les minima sociaux (article 45 LFSS)

La LFSS étend l'attribution simplifiée de la C2S :

- aux bénéficiaires de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), à leur conjoint, leur concubin ou partenaire pacsé, dès lors qu'ils n'auraient pas exercé d'activité salariée ou indépendante pendant la période de référence ;
- aux bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) versée à taux plein, vivant seuls et sans enfant à charge ;
- aux bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique (ASS), vivant seuls et sans enfant à charge ;
- aux bénéficiaires de l'allocation du contrat d'engagement jeune (ACEJ), rattachés à un foyer fiscal non imposable à l'impôt sur le revenu.

Sous réserve de remplir certains critères, ces assurés bénéficieront d'une présomption de droits à la C2S avec participation financière. Une fois le minima social attribué, les caisses d'Assurance Maladie leur transmettront un courrier leur proposant le bénéfice de la C2S payante, sans qu'ils aient à déclarer leurs ressources, et sous réserve qu'ils retournent les documents nécessaires au paiement des participations. Cette présomption de droit à la C2S fera l'objet d'un renouvellement automatique à l'expiration d'un délai d'un an, sous réserve que les conditions ci-dessus soient toujours réunies à la date du renouvellement.

Cette mesure entrera en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} juillet 2024 pour les bénéficiaires de l'ASI, le 1^{er} juillet 2025 pour les bénéficiaires de l'AAH et le 1^{er} juillet 2026 pour les bénéficiaires de l'ASS et de l'ACEJ.

1.8 L'accès au dispositif « Mon soutien psy » dans le cadre du harcèlement scolaire, et au suivi psychiatrique et pédiatrique par les Services d'accès aux soins (articles 48 et 57 LFSS)

Intégrée dans la LFSS par un amendement du Gouvernement, la mesure prévue à l'article 48 de la LFSS s'inscrit dans le cadre du plan interministériel de lutte contre le harcèlement scolaire. Les professionnels de santé des



établissements scolaires pourront adresser des élèves vers le dispositif « Mon soutien psy » ; ils devront en informer le médecin impliqué dans la prise en charge du patient, le plus souvent le médecin traitant.

Les conditions d'adressage seront définies par décret.

Par ailleurs, l'article 57 de la LFSS pour 2024 ouvre la possibilité pour les Services d'accès aux soins de mettre en place des organisations spécialisées permettant d'apporter des réponses adéquates sur des problématiques spécifiques en psychiatrie et en pédiatrie, en cas de besoin de soins urgents ou non programmés.

1.9 Mise en place d'un parcours dépression post partum (article 61 LFSS)

Expérimentation - À titre expérimental et pour une durée de trois ans, un parcours « dépression post partum » sera mis en place par l'agence régionale de santé. Il associera des professionnels médicaux et des psychologues hospitaliers et libéraux, des sage-femmes et des puéricultrices, dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire visant à mieux accompagner les femmes confrontées à une dépression post partum.

Les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation seront déterminées par décret. Les frais relatifs à cette expérimentation seront pris en charge par le Fonds d'intervention régional.

1.10 Extension de la prise en charge renforcée des dispositifs médicaux (article 85 LFSS)

Cette mesure prévoit l'extension de la « prise en charge renforcée » pour des catégories et des modalités de dispositifs médicaux inscrits à la Liste des Produits et Prestations. Elle pourra servir de fondement aux modalités de prise en charge des véhicules pour personnes en situation de handicap.

Pour mémoire, l'élargissement de la réforme du 100 % santé aux véhicules pour personnes en situation de handicap avait été annoncé par le président de la République lors de la Conférence nationale du handicap en avril 2023, avec une entrée en vigueur courant 2024. La Mutualité Française a cependant fait part de réticences quant à l'entrée en vigueur d'une telle réforme en cours d'année, aussi bien pour des raisons de difficultés d'adaptation des systèmes d'information que de révisions des garanties, et en demande un report au 1^{er} janvier 2025.

2. Transformation du financement et de l'organisation du système de santé

2.1 Inscription des expérimentations « article 51 » dans le droit commun (article 46 LFSS)

La fin de l'année 2023 marque l'échéance des premières expérimentations dites « article 51 », rendues possibles par l'article 51 de la LFSS pour 2018, et permettant de proposer des organisations de soins dont les conditions de financement dérogent au droit commun. Ces expérimentations « article 51 » permettent ainsi d'essayer de nouvelles organisations qui contribuent à améliorer le parcours des usagers, l'efficacité du système de santé, l'accès aux prises en charge et la pertinence de la prescription des produits de santé.

Les expérimentations portant sur les « parcours coordonnés renforcés » et leurs rémunérations forfaitaires sont intégrées dans la loi sous la forme d'un cadre générique, assorti d'un catalogue de parcours fixé par arrêté. Ainsi, lorsque la prise en charge d'une personne le nécessite, les professionnels de santé peuvent choisir un parcours adapté parmi cette liste. 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, fixée par décret.

Les modalités d'organisation de chaque parcours ainsi que les prestations couvertes par ceux-ci seront quant à elles prévues par arrêtés. Ces arrêtés devront ainsi préciser le contenu et les différentes briques constitutives (patients et pathologies ciblées, étapes et interventions nécessaires, professionnels indispensables, etc.) de chacun des parcours en s'appuyant sur la définition du parcours coordonné donnée par l'étude d'impact.

L'article 46 de la LFSS crée ainsi le cadre permettant la mise en place de « parcours coordonnés renforcés », pour l'obésité, certains cancers, certaines maladies chroniques ou la santé mentale.

La mesure :

⇒ prévoit les modalités de prise en charge de ces parcours par l'AMO et le principe d'une participation des organismes complémentaires ainsi que le recours obligatoire au tiers payant ;



- ⇒ définit les fonctions, missions et obligations des structures pilotes ou porteuses des parcours en tant que garantes de l'effectivité du parcours, ainsi que comme ordonnateur et coordinateur administratif et clinique du parcours. Il pourra notamment s'agir des structures d'exercice coordonné comme les maisons de santé pluriprofessionnelles, les centres de santé, les cabinets de groupe, les établissements de santé, certains établissements médico-sociaux ou les communautés territoriales professionnelles de santé ;
- ⇒ ouvre un cadre juridique dérogatoire sur une période définie afin de sécuriser les actuels porteurs d'expérimentation le temps de leur transition juridique vers les structures autorisées à déployer ces parcours dans le droit commun s'ils en ont besoin ;
- ⇒ renvoie enfin à des textes d'application la déclinaison précise des modalités d'inscription dans le droit commun, y compris pour la valorisation des forfaits associés.

Les textes réglementaires à paraître devraient préciser les modalités de tarification permettant de définir plus précisément les impacts de cette mesure pour les OCAM.

2.2 Réforme du financement des établissements MCO (article 49 LFSS)

La réforme attendue des établissements de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) est mise en œuvre par l'article 49 de la LFSS, dont l'objectif est de réduire la part financée par la tarification à l'activité (T2A), et d'évoluer vers un modèle s'appuyant sur trois compartiments : le « financement à l'activité », la « dotation sur objectifs de santé publique » et la « dotation sur missions spécifiques ».

Concernant la tarification à l'activité, l'échelle des tarifs sera revue et entrera en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2026. Elle réunira les financements liés aux facturations à l'acte, au séjour ou à la séance.

Concernant la dotation sur objectifs de santé publique, elle concernera certaines activités de soins aigus ou certaines prises en charge, et notamment les activités de soins critiques : pour les soins intensifs et la réanimation, un financement mixte avec une dotation déterminée sur les capacités d'accueil, et un financement à l'activité. Cette dotation devra par ailleurs répondre aux enjeux territoriaux de santé. L'expérimentation du modèle sera menée en 2025, pour une généralisation à partir de 2026.

Concernant la dotation sur missions spécifiques, elle concernera particulièrement les soins non programmés, en bénéficiant aux établissements ayant une forte activité non programmée, et en constituant un outil incitatif permettant de favoriser l'engagement des établissements dans ce type de prise en charge. D'autres activités seront cependant intégrées dans ce forfait. Cette dotation sera applicable à partir de 2025.

Les établissements en difficulté pourront bénéficier d'un accompagnement dérogatoire durant la phase transitoire pour 2024 et 2025.

Les modalités d'application des différentes mesures seront fixées par décret.

Enfin, l'article 49 de la LFSS pose le principe, introduit par amendement gouvernemental, d'un financement de l'activité de traitement du cancer par radiothérapie et des prestations d'hospitalisation pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale par forfaits, déterminés au regard des techniques utilisées, des modes de prise en charge et des caractéristiques des patients.

Cette mesure entrera en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2026.

2.3 Participation des chirurgiens-dentistes à la régulation et à la permanence des soins (article 51 LFSS)

L'article 51 de la LFSS généralise l'intégration des chirurgiens-dentistes à la régulation des SAMU-Centre 15 pour la permanence des soins dentaires, ce qui permet d'apporter une réponse adaptée à un besoin urgent de soins dentaires et une meilleure répartition géographique des rendez-vous d'urgence entre les différents secteurs de garde, de diminuer le temps d'attente des patients et de désengorger la régulation du SAMU-15 des appels portant sur l'odontologie.

Cette disposition vient valider les expérimentations « urgences dentaires » en cours dans plusieurs régions.

Les modalités de rémunération des praticiens y participant seront fixées par voie conventionnelle avec l'Assurance Maladie.



2.4 Prise en charge à domicile des patients nécessitant des traitements médicamenteux systémiques du cancer (article 50 LFSS)

Expérimentation - Afin d'accompagner le développement de la prise en charge en hospitalisation à domicile des patients nécessitant des traitements médicamenteux systémiques du cancer, notamment la chimiothérapie, certains établissements de santé, autorisés au traitement du cancer par traitements médicamenteux systémiques du cancer, pourront, à titre expérimental, être autorisés à percevoir une rémunération forfaitaire pour la mise à disposition d'une expertise et l'appui à la prise en charge dans le cadre d'un adressage vers une hospitalisation à domicile.

Un décret précisera les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de cette expérimentation, prévue pour une durée de trois ans à compter de la publication dudit décret.

Le Gouvernement adressera un rapport d'évaluation au Parlement à l'issue de cette expérimentation.

2.5 Evolution des compétences des pharmaciens d'officine (article 52 LFSS)

Afin d'éviter le recours à des médecins dans certaines situations, la LFSS pour 2024 fait évoluer les compétences des pharmaciens d'officine, qui peuvent dispenser, sans ordonnance, certains médicaments à prescription médicale obligatoire, dont des antibiotiques, après réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique (TROD), notamment pour les cystites simples et les angines.

La liste des médicaments concernés, des indications associées, des TROD à réaliser et les résultats à obtenir pour délivrer ces médicaments sans ordonnance seront fixés par arrêté.

Les modalités de rémunération des pharmaciens d'officine lors de la délivrance de ces médicaments suite à un TROD seront fixées par voie conventionnelle avec l'Assurance Maladie. Dans l'attente, les ministres 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 de ces prestations.

2.6 Délivrance de médicaments par les pharmaciens d'officine (articles 53 et 54 LFSS)

Les articles 53 et 54 de la LFSS facilitent la délivrance de médicaments par les pharmaciens d'officine et leur rationalisation. Ainsi, la délivrance de certains médicaments, dispositifs médicaux et produits de santé en officine, lorsque leur forme thérapeutique ou leur conditionnement le permet, peut se faire à l'unité ou se limiter aux besoins nécessaires à la durée du traitement (article 53 LFSS).

La liste des médicaments, dispositifs médicaux et produits de santé concernés sera fixée par arrêté, et les modalités particulières de conditionnement et d'étiquetage, d'information de l'assuré et de traçabilité des délivrances de ces médicaments, dispositifs médicaux et produits de santé seront fixés par décret.

L'article 54 de la LFSS prévoit quant à lui la possibilité d'une substitution pleine et entière de tous les biosimilaires, deux ans après la commercialisation du premier biosimilaire du même groupe, sauf avis contraire de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) publié avant la fin de cette période. Cet article permet, par ailleurs, l'inscription automatique des médicaments biosimilaires sur la liste des biosimilaires substituables par les pharmaciens d'officine deux ans après leur commercialisation, sauf avis contraire de l'ANSM, qui s'appuiera sur la consultation des associations de patients concernées et des professionnels de santé.

2.7 Suppression du délai de carence lorsqu'une femme subit une interruption médicale de grossesse (article 64 LFSS)

Afin de permettre une meilleure indemnisation des femmes ayant subi une interruption de grossesse pratiquée pour motif médical, les indemnités journalières sont versées dès le 1^{er} jour d'incapacité de travail, sans délai de carence, à l'instar du régime récemment instauré pour les femmes ayant subi une interruption spontanée de grossesse. Jusqu'alors, les indemnités journalières n'étaient versées qu'à partir du 4^e jour, comme pour les arrêts maladie de droit commun.

Ce dispositif bénéficie aux assurées salariées ou non salariées, relevant du Régime général ou du Régime agricole, y compris les femmes exerçant leur activité en outre-mer.



Lorsqu'un accord collectif impose un maintien de salaire pour les arrêts de travail inférieurs à 4 jours, le nouveau dispositif allège la charge de l'employeur puisque ce maintien s'effectue en déduction des indemnités journalières versées par l'Assurance Maladie.

Il sera applicable aux arrêts de travail prescrits à compter d'une date prévue par décret, et au plus tard à compter du 1^{er} juillet 2024.

2.8 Renforcement du cadre de la prescription des arrêts de travail et des prescriptions par téléconsultation (article 65 LFSS)

Ce renforcement passe par un nouvel encadrement des arrêts de travail prescrits par téléconsultation :

- jusqu'alors non limitée dans le temps, la prescription ou le renouvellement d'un arrêt de travail par téléconsultation ne peut excéder 3 jours (sauf s'il est prescrit ou renouvelé par le médecin traitant ou la sage-femme référente) ;
- la prolongation d'un arrêt de travail par téléconsultation ne peut avoir pour effet de porter sa durée à plus de 3 jours (sauf impossibilité dûment justifiée par le patient de consulter en présentiel un médecin pour prolonger son arrêt de travail).

Les règles de versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale sont adaptées en conséquence. La méconnaissance de la limitation à 3 jours de la durée totale d'un arrêt de travail prescrit ou prolongé par un acte de télémédecine fait obstacle au versement de l'indemnité journalière au-delà des 3 premiers jours, y compris en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle (sauf dérogations précitées).

Par ailleurs, l'article 65 de la LFSS renforce les pratiques des plateformes en ligne de téléconsultation ou de télésoins permettant de prescrire des produits, prestations et actes pris en charge par l'Assurance Maladie. La prise en charge de ces produits, prestations ou actes est désormais subordonnée à la condition d'avoir fait l'objet d'une communication orale, en vidéo-transmission ou téléphonique, entre le prescripteur et le patient.

2.9 Retraitement de certains dispositifs médicaux (article 66 LFSS)

Expérimentation - Le Règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux prévoit que les États membres peuvent autoriser la réutilisation de dispositifs médicaux à usage unique, ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent en France. L'article 66 de la LFSS pour 2024 permet, à titre expérimental et pour une durée de deux ans à compter d'une date fixée par un décret devant être pris au plus tard le 1^{er} novembre 2024, le retraitement de certains dispositifs médicaux à usage unique, leur mise à disposition sur le marché et leur utilisation.

Seuls les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du Code de la santé publique désignés par arrêté du ministre chargé de la santé peuvent participer à cette expérimentation. Ces établissements de santé ne sont pas autorisés à retraiter eux-mêmes leurs dispositifs médicaux à usage unique ; les dispositifs médicaux à usage unique qu'ils utiliseront devront être achetés sur le marché ou retraités, pour leur compte, par une entreprise de retraitement externe.

Aucun dispositif médical à usage unique retraité ne pourra être utilisé sans l'information préalable du patient, qui pourra s'y opposer.

Les modalités de ce dispositif seront précisées par décret en Conseil d'Etat.

2.10 Incitation à recourir aux transports partagés (article 69 LFSS)

Les dispositions de l'article 69 s'appliqueront dès lors qu'un patient refuse le transport partagé que lui propose une entreprise de transport sanitaire ou une entreprise de taxi conventionnée, alors que son état n'est pas incompatible avec une telle solution de transport et que la proposition répond à des conditions de mise en œuvre du transport, tenant en particulier aux caractéristiques du trajet et à l'organisation de la prise en charge sur le lieu de soins.

L'article 69 met en place une double mesure :

- ⇒ une disposition « tiers payant contre transport partagé » qui vise à conditionner le bénéfice du tiers payant à l'acceptation par les patients d'un transport partagé lorsque celui-ci leur est proposé et est compatible avec leur état de santé. Les patients qui refuseraient ce type de transport devraient procéder à l'avance des frais, puis adresser une feuille de soins papier à leur caisse de rattachement pour obtenir le remboursement de leur trajet.



⇒ Une disposition « transport individuel remboursé au prix du transport partagé » qui conduira l'Assurance Maladie à rembourser le transport sur la base du tarif du transport partagé et non du transport individuel, plus onéreux, lorsqu'un patient a refusé le transport partagé qui lui était proposé.

La différence entre le coût du transport individuel dont il souhaite bénéficier et le coût du transport partagé qu'il refuse sera donc à la charge du patient, sans possibilité de prise en charge par l'Assurance Maladie complémentaire dans le cadre des contrats responsables (le plafonnement de la base de remboursement de l'Assurance Maladie entraîne de fait un reste à charge que les complémentaires, dans le cadre des contrats responsables, ne pourront pas prendre en charge).

2.11 Dispensation en cas de rupture d'approvisionnement (articles 71 et 72 LFSS)

La LFSS crée un nouveau statut dit de « préparations hospitalières spéciales » et de « préparations officinales spéciales » afin de permettre aux établissements de santé ainsi qu'aux officines, sur autorisation spéciale du Ministère ou du directeur général de l'ANSM, d'avoir une capacité de production alternative en cas de pénuries marquées de médicaments ou de retrait de commercialisation.

La « rupture d'approvisionnement » est définie par le code de la santé publique comme étant « 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, seront définis par décret.

En cas de rupture d'approvisionnement, un arrêté peut rendre obligatoire le recours à l'ordonnance dite de dispensation conditionnelle (conditionnée à la réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostic) ou la délivrance de médicaments à l'unité.

Enfin, en cas de rupture ou de risque de rupture de vaccins ou de médicaments d'intérêt thérapeutique majeur, l'ANSM peut décider de mesures de police sanitaire visant à garantir un approvisionnement approprié et continu.

2.12 Accès précoce et compassionnel aux produits de santé innovants (article 76 LFSS)

La LFSS pour 2021 avait rénové le dispositif d'accès dérogatoire pour les médicaments afin de prévoir des délais administratifs plus courts, des critères d'éligibilité plus précis et le recueil de données observationnelles, et avait institué deux nouveaux dispositifs d'accès et de prise en charge par l'Assurance Maladie : l'accès précoce et l'accès compassionnel.

L'article 76 de la LFSS pour 2024 vient améliorer l'accès à ces dispositifs, notamment par la mise en place d'un nouveau financement, dérogatoire et temporaire, permettant 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, ainsi que par la simplification des modalités de fixation de l'indemnité pour laquelle la spécialité sera prise en charge par l'Assurance Maladie lors de la période de prise en charge temporaire.

2.13 Création d'un statut temporaire pour le cannabis médical (article 78 LFSS)

L'expérimentation engagée à la suite de la LFSS pour 2020, qui avait pour objet d'évaluer la sécurisation de la prescription et de la dispensation de médicaments à base de cannabis prendra fin en mars 2024. La LFSS pour 2024 prévoit un cadre de sortie de cette expérimentation par un statut temporaire adapté, restreint à des indications limitées.

Les modalités seront définies par décret, et les indications limitativement fixées par arrêté.

3. Lutte contre la fraude sociale

3.1 En cas de fraude, annulation de la participation de l'Assurance maladie à la prise en charge des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux (article 7 LFSS)

L'article L.162-14-1 CSS permet la participation par l'Assurance Maladie au financement des cotisations des médecins conventionnés, au titre :

- des activités non salariées réalisées dans le cadre de la permanence des soins,

- et des activités exercées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des praticiens.

L'article 7 de la LFSS pour 2024 permet aux organismes d'Assurance Maladie de réclamer à un professionnel de santé conventionné coupable de fraude le remboursement, en plus des sommes qui lui ont été versées par la caisse, des cotisations sociales qu'ils ont payées directement à l'URSSAF pour son compte. Ce remboursement sera dû par le professionnel de santé dans les situations dans lesquelles la caisse aura prononcé à son encontre une sanction administrative (pénalité pour fraude), ou lorsqu'il aura été condamné au pénal (pour une escroquerie à l'Assurance Maladie par exemple).

Cette mesure sera applicable aux revenus perçus à compter du 1^{er} janvier 2024.

3.2 Renforcement des sanctions pénales pour lutter contre les incitations à la fraude sociale (article 9 LFSS)

Dans le cadre de l'intensification de la lutte contre les fraudes sociales, formalisée notamment par le Plan national de lutte contre le travail illégal pour la période 2023-2027, l'article 9 de la LFSS pour 2024 renforce les moyens de lutte contre les fraudes sociales, au travers de trois mesures :

- la création d'un nouveau délit de facilitation de la fraude sociale. Il vise notamment :
 - à permettre d'incriminer le fait, pour toute personne physique ou morale, de mettre à disposition des moyens en vue de faciliter ou de dissimuler la fraude sociale ;
 - à mieux appréhender les fraudes en masse comme les fraudes aux indemnités journalières, les trafics de médicaments rendus possibles par la vente de fausses ordonnances, la perception de prestations sociales ou d'allocations chômage grâce à la mise à disposition de « kits » de création de « faux auto-entrepreneurs » ou de « faux salariés ».
- La redéfinition du délit d'incitation à la fraude sociale. Les dispositions se rapportant au délit déjà existant d'incitation à la fraude sociale sont également modifiées, dans l'objectif de sanctionner le fait de promouvoir la fraude via les réseaux sociaux ou les messageries en ligne ou sur internet. Le délit est ainsi défini comme le fait d'inciter autrui, par quelque moyen que ce soit, à :
 - se soustraire à l'obligation de s'affilier à un organisme de sécurité sociale ;
 - se soustraire à la déclaration et au paiement des contributions et cotisations sociales ;
 - obtenir frauduleusement le versement de prestations, allocations ou avantages servis par un organisme de protection sociale ;
 - refuser de se conformer aux prescriptions de la législation en matière de sécurité sociale.
- Le renforcement des pouvoirs d'enquête des agents de l'État et des organismes de protection sociale. Les dispositions actuelles du Code de la sécurité sociale sont complétées afin d'étendre le champ d'action des agents de contrôle des URSSAF, qui seront désormais habilités à mener des actions de recherche en vue de constater le délit d'incitation à la fraude sociale, le délit de facilitation de la fraude sociale ainsi que le délit de refus d'affiliation à un régime de protection sociale. Par ailleurs, les actions des agents des organismes de protection sociale et de Pôle Emploi ne sont plus limitées à des échanges d'informations ou de documents, mais pourront donner lieu à des enquêtes en ligne, sous pseudonymes si nécessaire.

Ces mesures entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

4. Soutien à l'autonomie

4.1 Expérimentation - fusion des sections « soins » et « dépendance » de la tarification des EHPAD (article 79 LFSS)

Expérimentation - A titre expérimental, pour une durée de quatre ans, les conseils départementaux qui se porteront volontaires pourront bénéficier d'une nouvelle forme de tarification des EHPAD, petites unités de vie et unités de soins de longue durée. Cette tarification, née de la fusion des sections « soins » et « dépendance », permettra la mise en place d'un forfait global unique relatif aux soins et à l'autonomie.

Ce forfait pourra :

- inclure des financements complémentaires en fonction de modalités d'accueil particulières ;

- 
- tenir compte de l'activité réalisée, de l'atteinte des objectifs du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens ainsi que de l'existence de surcoûts géographiques ;
 - financer des actions de prévention ou des mesures de revalorisations salariales.

4.2 Allocation journalière des proches aidants (article 80 LFSS)

Le régime actuel permet le versement de l'allocation journalière du proche aidant (AJPA) au salarié qui cesse temporairement son activité professionnelle pour s'occuper d'une personne handicapée ou faisant l'objet d'une perte d'autonomie en limitant cette indemnisation à 66 jours pour l'ensemble de la carrière du salarié aidant.

Le nouveau régime permet une amélioration de cette indemnisation, qui pourra bénéficier au salarié venant en aide à plusieurs proches au cours de sa carrière. La LFSS 2024 instaure un droit renouvelable de cette AJPA : la durée maximale d'indemnisation pourra être renouvelée lorsque le bénéficiaire du congé de proche aidant est ouvert successivement au titre de différentes personnes aidées, sans pouvoir toutefois excéder la durée maximale du congé de proche aidant, soit une durée maximale d'un an, renouvellement compris.

Cette mesure entrera en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2025.

4.3 Prolongation de l'expérimentation « relayage » (article 81 LFSS)

Cette expérimentation, mise en place par l'article 53 de la loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance, permet des dérogations au droit du travail dans le cadre de la mise en œuvre de prestations de suppléance à domicile du proche aidant ou dans le cadre de séjours de répit aidant-aidé.

L'article 81 de la LFSS pour 2024 prolonge d'une année l'expérimentation (nouveau terme : 31 décembre 2024) ainsi que son éventuelle globalisation, dans l'attente de la remise du rapport d'évaluation.

4.4 Mise en place d'un service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce pour les enfants de moins de 6 ans (article 83 LFSS)

Un service de repérage mis en place par le biais d'un parcours alliant sanitaire, médico-social, acteurs de la ville, services départementaux de protection maternelle et infantile et services de l'éducation nationale devra permettre d'assurer le repérage des enfants de moins de 6 ans susceptibles de présenter un trouble de santé à caractère durable et invalidant.

Les prestations se feront par le biais d'un parcours de bilan, de diagnostic et de prise en charge. La rémunération des prestations liées à ce parcours sera financée sous la forme d'un forfait, dont les modalités seront définies par voie réglementaire, avec un cofinancement par l'AMO et les OCAM dans le cadre des contrats responsables. Le ticket modérateur n'a pas encore été précisé.

La date de mise en œuvre de cette mesure sera fixée par décret, et est prévue au plus tard pour la fin d'année 2024.

4.5 Renforcement du soutien financier aux départements (article 86 LFSS)

Dès 2024, un financement, versé par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), pourra être octroyé à certains départements en complément au concours à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

Un décret précisera les modalités de mise en œuvre de cet article.

A NOTER :

La présente note a été établie en collaboration avec les équipes juridiques Assurance Harmonie Mutuelle



Contacts DJG :

Alice LECLUSE (alice.lecluse@groupe-vyv.fr) et Olivier AYZAC (olivier.ayzac@groupe-vyv.fr)