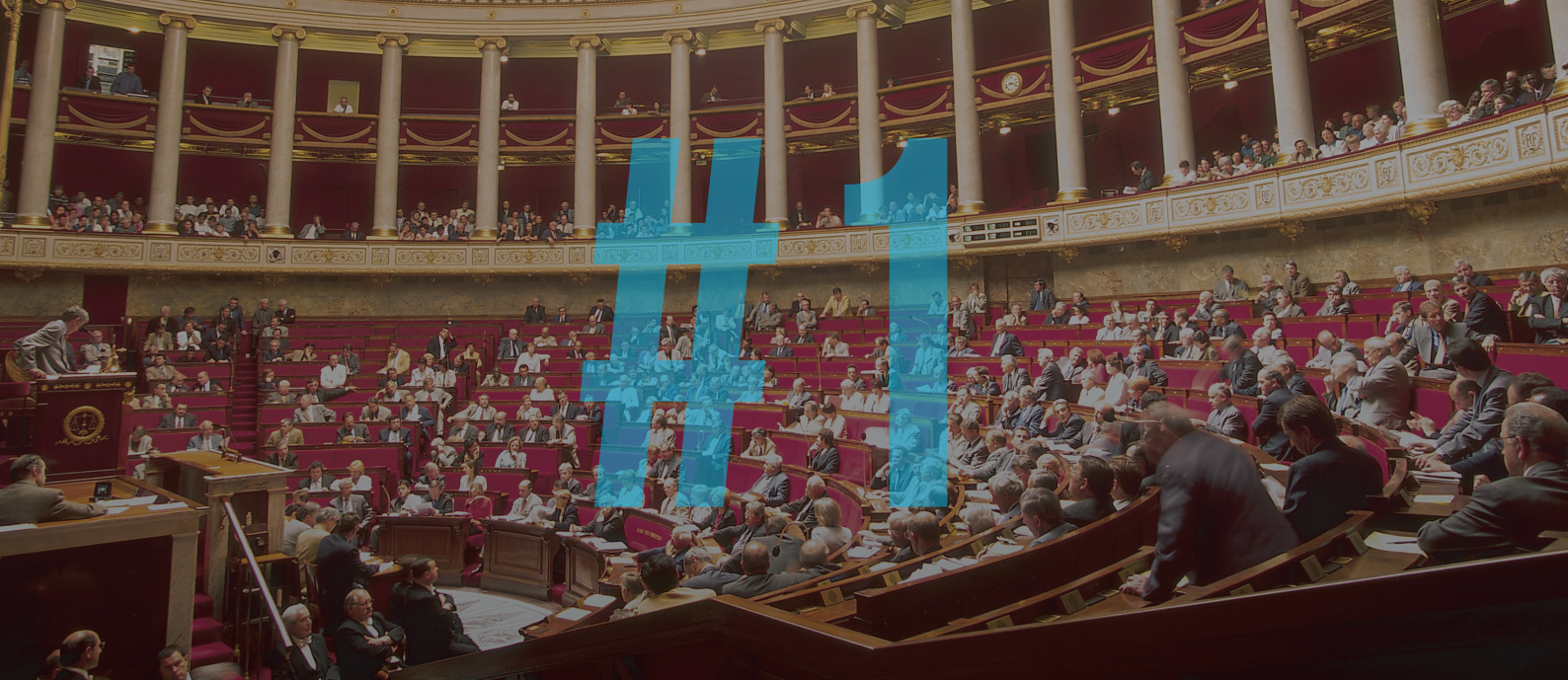




# LETTRE DU PLFSS 2024

LE POINT SUR LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2024

LETTRE #1



## INTRODUCTION

Cette 1<sup>ère</sup> lettre retrace les **chiffres clés des ONDAM 2023 et 2024**, présente les **articles du PLFSS pour 2024** les plus emblématiques pour les établissements de santé, les établissements pour personnes âgées et handicapées ainsi que les priorités et propositions de la FHF :

- 1. LES CHIFFRES CLÉS DE L'ONDAM 2023 ET 2024**
- 2. LES PRINCIPALES MESURES DU PLFSS POUR 2024**
- 3. LES PRIORITÉS ET PROPOSITIONS D'AMENDEMENTS DE LA FHF POUR LE PLFSS 2024**

Selon **l'article 1**, en 2023, il est prévu que les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) cumulent un **déficit de 8,8 milliards d'euros**.

Selon **l'article 13**, en 2024, les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et le FSV cumuleraient un déficit de **11,2 milliards d'euros**.

**ONDAM 2023 : l'article 2** du PLFSS 2024 rectifie le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour l'année 2023 et le fixe à **247,6 milliards d'euros au lieu des 244,8 milliards d'euros prévus dans la LFRSS pour 2023**.

**ONDAM 2024 : l'article 43** du PLFSS 2024 fixe l'ONDAM pour 2024 à **254,9 milliards d'euros**. Ce montant est de **254,7 milliards d'euros hors dépenses de crise**, soit une évolution de +3,2% par rapport à 2023.

---

# PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE CADRAGE DU PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2024

---

## ■ 1. LES CHIFFRES CLÉS DE L'ONDAM 2023 ET 2024

### I RECTIFICATION ET AUGMENTATION DE L'ONDAM 2023

L'article 2 rectifie le montant de l'ONDAM pour l'année 2023 à 247,6 milliards d'euros au lieu des 244,8 milliards d'euros prévus dans la LFRSS pour 2023.

Cette progression résulte de l'augmentation des **dépenses constatées en ville** (lié aux indemnités journalières, du fait notamment du contexte d'inflation et de ses répercussions sur les salaires, et pour les honoraires médicaux et para médicaux) et d'un contexte de reprise plus forte qu'attendu de l'activité de soins en ville après trois années marquées par la crise sanitaire selon l'argumentaire employé.

Concernant les établissements de santé, cette progression est liée aux effets **des revalorisations des rémunérations des personnels en établissements sanitaires et médico-sociaux annoncées en juin 2023**, pour application **progressive dès juillet pour les premières d'entre elles, qui s'ajoutent aux effets en année pleine de la hausse du point d'indice de juillet 2022**. Le montant de l'ONDAM rectifié intègre les dépenses covid à hauteur de 1 milliard d'euros (niveau inchangé par rapport à la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023).

**Les dispositions relatives à 2023 sont mises à jour.** Ainsi, la contribution des régimes d'assurance maladie et de la branche autonomie au FMIS est rectifiée (en lien notamment avec le Ségur numérique) (**article 3**) et la **Clause de sauvegarde des médicaments (montant « M »)** est fixée à 24,9 Md€ au lieu de 24,6Md€ (contexte marqué par l'inflation et la hausse des dépenses de médicaments). Cette révision a pour contrepartie l'engagement des industriels à conduire en 2024 des efforts plus importants de **baisse de prix** et des actions de régulation des volumes de ventes sur le marché français (**article 4**).

### I LES CHIFFRES CLÉS DE L'ONDAM 2024

L'article 43 fixe l'ONDAM à **254,7 milliards d'euros, soit une évolution de +3,2% par rapport à 2023**, hors dépenses de crise. À ces dépenses s'ajoute une dépense prévisionnelle au titre des dépenses de crise estimée à **0,2 Md€**. Ainsi, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie y compris dépenses de crise est fixé à **254,9 milliards d'euros, en progression de 2,9% pour l'année 2024**.

Cette progression résulte notamment des **revalorisations salariales découlant des annonces du 12 juin 2023, mais également du financement des mesures d'attractivité à l'hôpital et des négociations conventionnelles, ainsi que de l'amélioration de l'accès aux produits de santé**. Des mesures de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude sont également prévues.

## SYNTHÈSE DE SUIVI DE L'ONDAM

(en Md€)

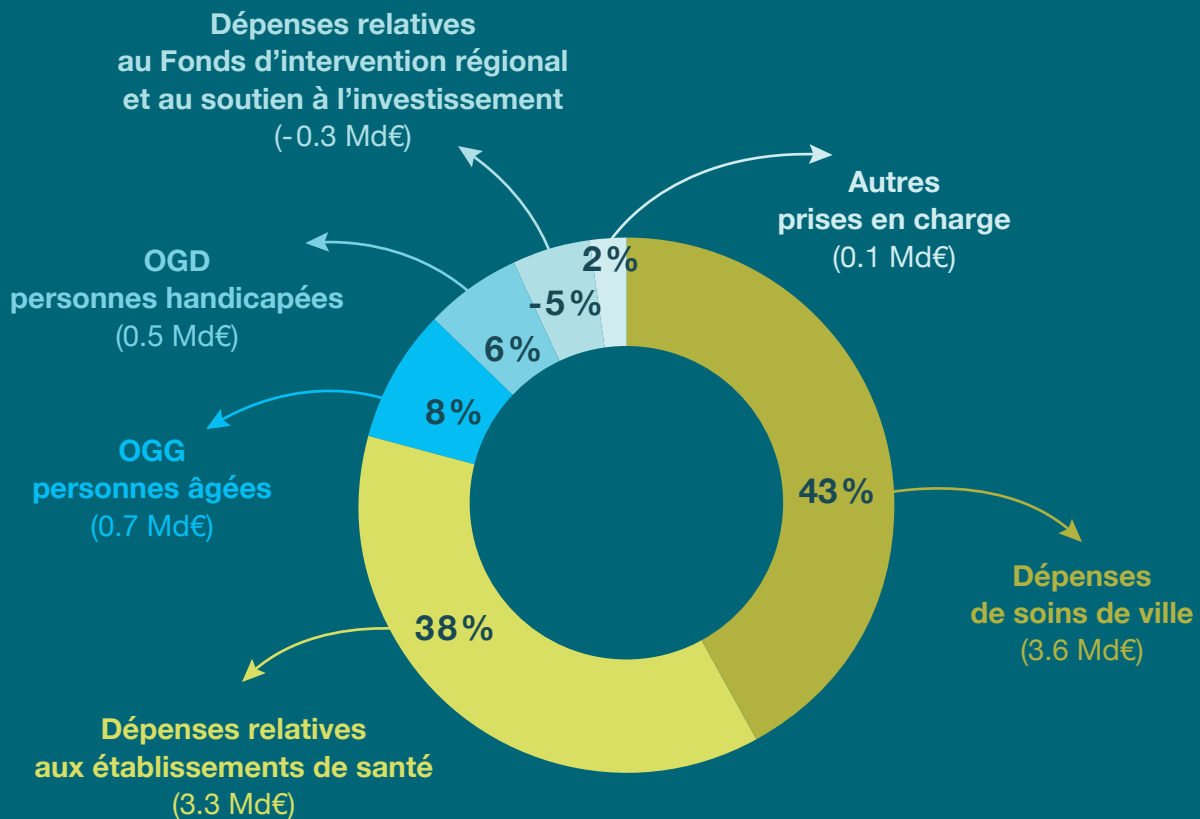
	Objectif de dépenses 2023	Objectif de dépenses 2023	Objectif de dépenses 2023	Objectif de dépenses 2024	Répartition de l'ONDAM 2024	Taux d'évolution des sous ONDAM (hors crise)
SOUS-OBJECTIFS	LFSS 2023	LFRSS 2023	PLFSS 2024	PLFSS 2024		
Dépenses de soins de ville	103.9	104.0	105.0	108.4	42.5 %	3.5 %
Dépenses relatives aux établissements de santé	100.7	101.3	102.5	105.6	41.4 %	3.2 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	15.3	15.3	15.5	16.3	6.4 %	4.6 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	14.6	14.6	14.7	15.2	6 %	3.4 %
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien à l'investissement	6.1	6.1	6.5	6.1	2.4 %	-4.7 %
Autres prises en charge	3.4	3.4	3.4	3.3	1.3 %	4.6 %
<b>TOTAL</b>	<b>244.1</b>	<b>244.8</b>	<b>247.6</b>	<b>254.9</b>	<b>100 %</b>	<b>3.2 %</b>

### I ÉLÉMENTS COMPLÉMENTAIRES D'EXPLICATION DE L'ÉVOLUTION DES MONTANTS DE L'ONDAM

Le PLFSS pour 2024 majore ainsi l'ONDAM 2023 de **2,8 Md€** supplémentaires par rapport au montant voté au printemps dernier en LFRSS. Le montant des dépenses de crise reste conforme à ce qui était prévu dans le précédent PLFSS, et devrait atteindre 0,9 Md€.

L'ONDAM poursuivra une progression dynamique en **2024** : **+ 3,2 %** hors dépenses en lien avec la crise sanitaire (avec une **inflation estimée à 2,5 %** au sens de l'indice des prix à la consommation hors tabac), soit une augmentation de **8 Md€** à champ constant par rapport à 2023. En raison de la baisse attendue des dépenses en lien avec la crise sanitaire, qui passerait à 0,2 Md€ sur l'ensemble du périmètre, l'évolution serait de **+ 2,9 %** par rapport à l'ONDAM rectifié 2023.

## RÉPARTITION PAR SOUS-OBJECTIF DES 8 MILLIARDS D'EUROS D'ACCROISSEMENT DES DÉPENSES AU SEIN DE L'ONDAM 2024



Source : dossier de presse (p. 36) [↗](#)

### I FOCUS ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES ET MÉDICO-SOCIAUX

Le **sous-objectif établissements de santé** de l'ONDAM présente une progression de **+ 3,2%** en 2024, tandis que les **établissements et services pour personnes âgées** et les **établissements et services pour personnes handicapées** présentent des évolutions de 4,6% et 3,4% respectivement.

Les nouveaux financements au sein des établissements de santé accompagnent les **mesures d'attractivité salariale pour les professionnels de santé**. Ils permettront également de soutenir le **rythme des évolutions tendanciennes**, ainsi que **diverses mesures nouvelles axées sur des actions de santé publique, la lutte contre les inégalités en santé et le renforcement de l'offre de soutien psychiatrique et psychologique de la population**.

Enfin, **l'article 16** présente l'approbation du rapport figurant en **annexe A** décrivant l'évolution pour les quatre années à venir (2024 à 2027) du financement de la sécurité sociale. Cette annexe **présente les sous-jacents économiques** qui ont permis la construction du projet de loi et des soldes des régimes de base jusqu'en 2027.

## ■ 2. LES PRINCIPALES MESURES DU PLFSS POUR 2024

Le PLFSS 2024 s'articule autour de différentes mesures phares :

- Renforcer la prévention et l'accès aux soins
- Transformer le financement et l'organisation du système de santé
- De nouveaux outils pour lutter contre la fraude
- La poursuite des politiques de soutien à l'autonomie

### ■ 2.1 LES PRINCIPAUX ARTICLES CONCERNANT LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

#### Réforme des financements médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements de santé selon 3 compartiments

**Article 23** (extraits du PLFSS 2024 et du dossier de presse)

#### I DÉFINITION DES COMPARTIMENTS

L'objectif général est de réduire la part des financements issus de la tarification à l'activité pour évoluer vers un modèle de financement mixte permettant de valoriser les trois grandes catégories de soins suivants :

- Les **soins** répondant à des **prises en charge « protocolées »**, organisées et standardisées, pour lesquels une **tarification à l'activité** est pertinente ;
- La **prévention et la coordination des parcours des patients**, relevant d'**objectifs de santé publique** qui peuvent être en partie propres à certains territoires, pour lesquels un financement par dotation apparaît nécessaire ;
- Les **soins aigus et les prises en charge spécifiques** dont le coût est substantiellement indépendant du volume de l'activité réalisée, pour lesquels un financement mixte par dotation, en complément d'une part de tarification à l'activité, est le plus indiqué.

Les établissements de santé seront ainsi financés **selon trois compartiments** :

#### I 1. « FINANCEMENT À L'ACTIVITÉ » (TARIFS AFFÉRENTS AUX PRESTATIONS)

Les activités standard demeurent financées à l'activité. Les règles de la T2A les concernant sont à maturité. **Il s'agit des activités de chirurgie ou médecine** qui se réalisent dans des conditions quasi-systématiquement comparables. Un décret définit notamment les catégories de prestations d'hospitalisations et les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation.

#### I 2. « DOTATION DE FINANCEMENT RELATIVES À DES OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE »

Les activités répondant à des objectifs de santé publique se verront nouvellement financées par des **dotations spécifiques**. Il s'agit ici de reconnaître les missions de santé publique comme des missions



à part entière des établissements de santé, en renforçant la prise en compte de la qualité et la pertinence, des organisations de soins fondées sur la coopération, la coordination des parcours de soins et la prévention.

Il s'agit d'une évolution majeure du système de financement des établissements de santé. En effet, un autre enjeu de cette réforme réside dans le **développement de la coopération et de la coordination des parcours de soins**. Ainsi, ces dotations concourent au financement des actions visant à promouvoir, protéger et améliorer la santé de la population, en particulier par la prévention, ou visant à développer la qualité, la pertinence et la sécurité des soins. Elles comprennent notamment les financements suivants :

- Dotations actuelles correspondant à des objectifs de santé publique issues des MIG ou du FIR ;
- Les dispositifs de financement à la qualité et à la pertinence : IFAQ, CAQES, dotations qualités (urgence).

Un décret fixe la liste des activités susceptibles de donner lieu à l'allocation de ces dotations. Un autre décret fixe les modalités de leur allocation par l'autorité compétente de l'État.

### 3. « DOTATIONS DE FINANCEMENT RELATIVES À DES MISSIONS SPÉCIFIQUES ET DES AIDES À LA CONTRACTUALISATION »

Les activités de soins aigus, spécifiques, se verront nouvellement financées par **un financement mixte alliant tarification à l'activité et dotation identifiées par activités**. L'objectif est de mieux valoriser certaines missions confiées aux établissements de santé en introduisant une part significative de dotation socle forfaitaire fondée sur une logique de couverture de charges fixes voire normées des établissements pour garantir l'accès aux soins sur ces activités partout sur le territoire et indépendamment du niveau d'activité réalisé. C'est le cas par exemple des missions d'intérêt général telles que les **urgences** ou les **soins critiques**.

Ces dotations concourent au financement :

- De missions spécifiques à certains établissements, notamment de recherche, de formation et d'innovation (MERRI, activités de recours et d'expertise) ;
- D'actions tendant à l'atteinte des objectifs inscrits au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique (aides à la contractualisation) ;
- Des prises en charge suivantes :
  - Forfaits (MRC, FAI, Greffes-PO) ;
  - Dotation populationnelle urgences ;
  - Activités de soins non programmables : elles feront l'objet d'une valorisation spécifique qui vocation à intégrer les coûts liés à la prise en charge de soins non programmables et à leur impact sur l'activité programmée.

Un décret fixe la liste des activités susceptibles de donner lieu à l'allocation de ces dotations. Un décret fixe les modalités de leur allocation par l'autorité compétente de l'État.

Lorsque des établissements de santé ont constitué un **groupement de coopération sanitaire**, le montant des dotations et des forfaits peut être versé directement au GCS.

## SYNTHÈSE DES COMPARTIMENTS

FINANCEMENT À L'ACTIVITÉ	DOTATION RELATIVE À DES OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE	DOTATION RELATIVE À DES MISSIONS SPÉCIFIQUES
<p><u>Tarifs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Financement au séjour, à la séance ou à la consultation</li> </ul>	<p><u>Dotations annuelles forfaitaires</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Prévention</li> <li>✓ Qualité et pertinence des soins</li> <li>✓ Coordination des parcours de soins</li> <li>✓ Objectifs nationaux ou régionaux de santé publique (exemples : santé de la femme et de l'enfant, addictions, douleurs chroniques)</li> </ul>	<p><u>Dotations annuelles forfaitaires</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Missions d'enseignement, de recherche et d'innovation</li> <li>✓ Activités de recours et d'expertise</li> <li>✓ Prise en charge de certaines maladies chroniques</li> <li>✓ Dotations forfaitaires complémentaires au financement par les activités : soins critiques, soins non programmables, établissements isolés</li> </ul>

Source : dossier de presse (p. 15) [🔗](#)

La mesure proposée définit d'ores et déjà l'architecture du nouveau modèle de financement dont **l'application se fera à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025**. L'année 2024 sera mise à profit pour finaliser les travaux techniques nécessaires à l'entrée en vigueur pleine et entière de la réforme en accompagnant les différentes parties prenantes (principalement ARS et établissements de santé) dans l'appropriation du modèle de financement et de ses conséquences.

**L'article 23** a pour principal objet de poser les fondements juridiques de ce nouveau modèle de financement en revoyant et en harmonisant l'architecture des différents articles du Code de la sécurité sociale.

### I DÉFINITION DES CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS (ET LES TYPES D'ACTIVITÉS)

Les établissements de santé sont classés selon les catégories définies ci-dessous :

- a) Les établissements publics de santé ;
- b) Les établissements de santé privés à but non lucratif participant au service public hospitalier ;
- c) Les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de financement ;
- d) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b et c ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de santé ;
- e) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b, c et d.

Les différents types d'activités sont aussi précisés.



## I DÉFINITION DU NOUVEAU PÉRIMÈTRE DE L'OD MCO

Chaque année, est défini un objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités MCO qui sont exercées par les établissements de santé. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes à ces activités au titre des soins dispensés au cours de l'année. Le contenu de cet objectif est défini par décret. Le montant de cet objectif est fixé chaque année par arrêté. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte les évolutions constatées en cours d'année.

## I ALIGNER LE CALENDRIER BUDGÉTAIRE SUR L'ANNÉE CIVILE

La date d'application des tarifs nationaux de prestations (y compris des TNJP) est ramenée du 1<sup>er</sup> mars au 1<sup>er</sup> janvier à compter de 2026. L'objectif est désormais d'aligner la publication des tarifs avec le calendrier budgétaire afin d'éviter une publication deux mois après le début de l'année civile telle que nous la connaissons. Cette ambition trouvera sa concrétisation à compter de l'exercice 2026.

## MODÈLE DÉROGATOIRE DE FINANCEMENT : RÉGIME TRANSITOIRE DE SORTIE DE LA GARANTIE DE FINANCEMENT PROLONGÉ JUSQU'À FIN 2025

L'article 23 prévoit la reconduction d'un dispositif de sortie de la Garantie de financement pour les exercices 2024 et 2025. Dès lors la Sécurisation modulée à l'activité (SMA) sera reconduite durant deux années. En revanche, son niveau de sécurisation (à ce jour fixé à 70%) et son périmètre de couverture (à ce jour l'ensemble des prestations liées à l'hospitalisation) peuvent être amenés à évoluer. Les paramètres seront fixés par arrêté.

## I AUTRES DISPOSITIONS PRISES DANS LE CADRE DE LA RÉFORME

**IFAQ : le relevé annuel des indicateurs de qualité et de sécurité des soins est remplacé par une « période sur laquelle est recueilli chaque indicateur, qui ne peut être inférieure à un an ».** Cette évolution est liée au "recueil biennal".

**Assouplir les règles en matière de transmission des informations en cas de force majeure.**

*« Dans les cas où un établissement de santé fait face à un évènement qui l'empêche d'accomplir de manière durable les obligations de transmission des informations relatives à son activité prévues, le délai peut être majoré proportionnellement à la durée et, le cas échéant, à l'intensité de l'incidence qu'a cet évènement sur la transmission des informations. Cette majoration, qui ne peut dépasser une période d'un an, est décidée par le directeur général de l'agence régionale de santé en tenant compte des causes de l'évènement ».*

**Abroger la disposition ouvrant la possibilité d'expérimenter un financement mixte en médecine.**

L'article 57 de la LFSS 2021, qui portait l'expérimentation d'un modèle mixte de financement des activités de médecine (dotation socle et activité), est abrogé. Cette expérimentation n'avait jamais été mise en œuvre.

**Article 22** (extrait de l'exposé des motifs) :

Cet article a pour objet de permettre une traduction dans le droit commun des expérimentations articles 51 ayant démontré leur intérêt. En effet, les premières expérimentations testées dans le cadre du dispositif « article 51 » arrivent à leur terme dès la fin de l'année 2023.

L'article crée ainsi un **cadre générique permettant la mise en place de parcours coordonnés renforcés**, au travers d'un financement collectif d'une équipe pour être adaptable aux besoins des patients et pouvant se déployer entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social.

Les premiers parcours coordonnés renforcés pourraient concerner la rééducation cardiaque en centre de ville en alternative à une hospitalisation en soins médicaux de réadaptation (SMR) à l'hôpital, la réhabilitation respiratoire à domicile, la prise en charge de l'obésité en appui à la médecine de ville et celle des troubles du langage et de l'apprentissage chez les enfants dès 2024.

## ■ 2.2 LES PRINCIPAUX ARTICLES CONCERNANT LES PRODUITS DE SANTÉ

### I LES DISPOSITIFS MÉDICAUX

#### PRENDRE EN COMPTE L'IMPACT ENVIRONNEMENTAL DES DISPOSITIFS MÉDICAUX

**Article 29** (extrait de l'exposé des motifs et du dossier de presse) :

*« La mesure permet le retraitement des dispositifs médicaux à usage unique. Les établissements de santé seront autorisés à titre expérimental pour deux ans, d'une part, à céder des dispositifs usagés et, d'autre part, à acheter des dispositifs à usage unique retraités auprès de fabricants de dispositifs médicaux, en vue de leur réutilisation. Par ailleurs, le Gouvernement élargit au secteur des dispositifs médicaux des dispositions existant pour les médicaments pour inciter les industriels à concevoir des dispositifs ayant un moindre impact environnemental, avec un système de malus pour les conditionnements inadaptés ».*

#### PERMETTRE LA CRÉATION D'UN ACTE À LA CCAM POUR LES ENTREPRISES EXPLOITANT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX

**Article 34** (extrait de l'exposé des motifs) :

*« Dans l'objectif de favoriser la diffusion de l'innovation et d'améliorer la pertinence des traitements, cette mesure permet d'ajouter à la liste des demandeurs les entreprises exploitant des dispositifs médicaux à usage collectif ou des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro susceptibles de pouvoir bénéficier d'une prise en charge au titre de l'acte correspondant ».*

### I LUTTE CONTRE LES PÉNURIES DE MÉDICAMENTS

#### RÉALISATION DE PRÉPARATIONS HOSPITALIÈRES ET OFFICINALES SPÉCIALES

**Article 32** (extrait du dossier de presse) :

Depuis la crise sanitaire de la Covid-19, il existe une possibilité pour les **établissements de santé** de produire certains médicaments utilisés à l'hôpital en situation de pénurie. Cet article étend cette autorisation, initialement limitée à la médecine d'urgence, aux situations de fin de commercialisation et/ou de ruptures d'approvisionnement.

Le gouvernement propose d'étendre l'autorisation de production de certains médicaments aux pharmacies d'officine en créant le cadre de « préparations officinales spéciales » et de permettre si besoin, dans des cas définis, de distribuer en officine des préparations hospitalières spéciales.

Ce cadre élargi de réponses alternatives en cas de ruptures majeures fera l'objet d'une coordination par l'établissement pharmaceutique de l'AP-HP.

## MESURES POUR LES MÉDICAMENTS À FORTS ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUE (exemple : les antibiotiques)

### Article 33 (extrait de l'exposé des motifs) :

Trois leviers sont mis en œuvre. Ainsi, la délivrance à l'unité (DAU) sera rendue obligatoire, le dispositif de test rapide d'orientation diagnostique (TROD) sera renforcé et la prescription d'antibiotiques par téléconsultation sera restreinte à des exceptions spécifiquement listées.

## AMÉLIORER LES DISPOSITIFS D'ACCÈS DÉROGATOIRES AUX PRODUITS DE SANTÉ INNOVANTS : L'ACCÈS PRÉCOCE ET L'ACCÈS COMPASSIONNEL

### Article 35 (extrait du dossier de presse) :

« Afin d'accompagner la croissance et le développement de ce dispositif, cet article prévoit une prise en charge financière en sus des tarifs hospitaliers, de manière dérogatoire et temporaire pour certains médicaments en fin de prise en charge au titre de l'accès précoce, afin de maintenir l'accès des patients aux traitements innovants. En contrepartie, il est demandé aux entreprises d'assurer l'approvisionnement du marché français pour leur spécialité en accès précoce ou dérogatoire ».

## I SOUTENIR LE MAINTIEN SUR LE MARCHÉ DES PRODUITS MATURES

### Article 36 (extrait du dossier de presse) :

Dans le cadre des pénuries et des tensions d'approvisionnement en médicaments dits matures, c'est-à-dire dont le brevet ne fait plus l'objet d'une protection au titre de la propriété intellectuelle, l'une des causes identifiées est la faible rentabilité de ces produits.

Afin d'inciter la reprise de droit de production, l'article incite les entreprises détentrices ou exploitantes d'AMM arrêtant la commercialisation de médicaments matures à mettre en œuvre tous les moyens à leur disposition pour trouver un repreneur, sous peine de pénalité financière.

## AMÉLIORER LA LISIBILITÉ DES MÉCANISMES DE LA RÉGULATION MACRO ÉCONOMIQUE DES PRODUITS DE SANTÉ : CLAUSE DE SAUVEGARDE

### Article 11 (extrait de l'exposé des motifs) :

« L'objectif de la clause de sauvegarde est de réguler les dépenses de produits de santé. Dès lors que les dépenses occasionnées par l'ensemble des laboratoires dépassent un montant fixé par la loi, une contribution fiscale est appelée auprès des entreprises du secteur. Le présent article propose de rapprocher le fonctionnement de ce mécanisme pour le secteur du médicament et pour celui du dispositif médical ».

## ■ 2.3 LES PRINCIPAUX ARTICLES QUI CONCERNENT LE SYSTÈME GÉNÉRAL DE SANTÉ ET POUVANT IMPACTER L'HÔPITAL

### I AMÉLIORER L'EFFICIENCE DE L'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS DENTAIRES

#### Article 24 (extrait de l'exposé des motifs) :

« Cette mesure permet 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**. La mesure permettra notamment d'améliorer la pertinence du recours aux soins aux horaires de permanence mais aussi de diminuer le temps d'attente pour la prise en charge si elle est nécessaire, et à désengorger la régulation médicale du SAMU-Centre 15 des appels relevant de l'odontologie ».

### I LE DÉPLOIEMENT DES TRANSPORTS PARTAGÉS

#### Article 30 :

La mesure concerne les transports programmés uniquement, et prévoit que, **lorsque le transport partagé est jugé compatible avec l'état de santé du patient et que le transporteur a été en capacité de proposer un transport partagé au patient, si le patient le refuse, il doit faire l'avance de frais et ne sera remboursé par l'assurance maladie** que sur la base du tarif de transport partagé. Cet article concerne uniquement les transports programmés effectués en véhicules sanitaires légers et en taxis conventionnés.

### I ÉVOLUTION DU FINANCEMENT DE L'EFS AFIN DE GARANTIR SA VIABILITÉ

#### Article 31 :

Afin de conforter les capacités opérationnelles de l'EFS dans un contexte de diminution durable de ses ressources traditionnelles, l'article fait évoluer son financement vers un modèle mixte : financement à l'activité et financement par dotation pour les missions de service public ou activités ne pouvant être valorisées.

### I VEILLER À LA PERTINENCE DES DÉPENSES LIÉES AUX ARRÊTS MALADIE

Face à la très forte dynamique des dépenses d'indemnités journalières, le PLFSS 2024 prévoit deux mesures **visant à mieux réguler les arrêts de travail prescrits**.

Il s'agit de **renforcer les modalités de contrôle** tant des prescripteurs que des assurés : **Article 27** et de **limiter à trois le nombre de jours d'indemnités journalières** pouvant être prescrits en téléconsultation quand elle n'a pas lieu avec son médecin traitant (sauf exceptions) ainsi qu'une obligation de vidéo-transmission pour permettre le remboursement de la prescription : **Article 28**.

### I LUTTE CONTRE LA FRAUDE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONVENTIONNÉS

**Article 7** qui permet aux organismes d'assurance maladie de réclamer à un professionnel libéral coupable de fraude le remboursement, en plus des sommes qui lui ont été versées par la caisse, des cotisations sociales qu'elle a payées directement à l'URSSAF pour son compte.

## I PRÉVENTION ET ACCÈS AUX SOINS

- Généralisation de la campagne nationale de vaccination gratuite contre les infections à papillomavirus humains (HPV) dans les collèges et suppression de participation des assurés pour certains vaccins : **Article 17**
- Accès aux préservatifs gratuit en pharmacie sans prescription pour les jeunes de moins de 26 ans : **Article 18**
- Mise en place d'un remboursement des protections hygiéniques réutilisables pour toutes les femmes de moins de 26 ans afin de lutter contre la précarité menstruelle : **Article 19**
- Les modalités de mise en œuvre et les montants des rendez-vous de prévention à des âges clés de la vie définis dans la LFSS 2023 seront fixés par arrêté : **Article 20**
- Attribution simplifiée de la Complémentaire Santé Solidaire à une partie des bénéficiaires de quatre minima sociaux : **Article 21**
- Mise en place d'un service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce pour tous les enfants jusqu'à 6 ans présentant un handicap, et en particulier un trouble du neuro-développement (TND) : **Article 38**

### ■ 2.4 LES ARTICLES CONCERNANT LE MÉDICO-SOCIAL

## I RENFORCER LES POLITIQUES DE SOUTIEN À L'AUTONOMIE

### Article 37 :

Cet article propose **une simplification des règles de financement des EHPAD et USLD**, en procédant dans les départements volontaires et à partir de 2025 à **une fusion des sections soins et dépendance au sein d'une nouvelle section relative aux soins et à l'entretien de l'autonomie**. Il prévoit une mise en œuvre à partir de 2025 pour les départements qui auront opté avant le 31 mars 2024.

Les départements ayant opté pour le régime adapté de financement resteront compétents en matière d'autorisation et de contrôle des EHPAD, en matière d'aide sociale et, pour les EHPAD qui en relèvent, de la tarification de la section hébergement. Ils resteront signataires des CPOM des établissements habilités à l'aide sociale. La tarification de cette nouvelle section fusionnée sera assurée par l'ARS.

La tarification sera la résultante de l'addition des équations tarifaires actuelles des deux sections. Il est cependant prévu de permettre que cette tarification puisse tenir compte de l'atteinte ou non des objectifs fixés par le CPOM, ainsi que d'éventuels surcoûts liés au lieu d'implantation de l'établissement. Ces dispositions seront encadrées par voie réglementaire. Sur le plan financier, la réforme donnera lieu à une compensation versée par les départements ayant opté pour le régime simplifié.

---

# LES PRIORITÉS ET PROPOSITIONS D'AMENDEMENTS DE LA FHF POUR LE PLFSS 2024

---

## ■ 3. LES PROPOSITIONS DE LA FHF

Comme chaque année, la FHF prépare des propositions d'amendements pour ajuster et faire évoluer le texte. Ces amendements sont présentés aux parlementaires dans le cadre des auditions de la FHF demandées par les différents groupes politiques.

### ■ 3.1 LES AMENDEMENTS DE RECTIFICATION DE L'ONDAM 2023 ET 2024 POUR SOUTENIR LES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES ET MÉDICO-SOCIAUX PUBLICS À HAUTEUR DE LEURS BESOINS ET SOUTENIR LEUR CAPACITÉ À REBONDIR

#### 1. Augmentation de l'ONDAM 2023 afin de garantir la couverture intégrale des surcoûts liés à l'inflation et le financement des mesures de soutien au pouvoir d'achat et de revalorisation des sujétions du secteur public

##### I POUR L'HÔPITAL PUBLIC

###### *Au titre de l'inflation*

Si l'ONDAM hospitalier a été abondé en 2022 de 740 M€ et en 2023 de 800 M€ au titre de l'inflation, force est de constater que l'impact pour les établissements publics de santé est beaucoup plus important. La FHF a créé un observatoire des prix, grâce auquel elle estime que les effets de l'inflation nécessitent un nouvel abondement de l'ONDAM hospitalier 2023 d'environ 1,5 Md€ pour l'ensemble des établissements de santé, dont un peu plus de **1 Md€** au titre des seuls établissements publics de santé. **Ce financement n'est à ce stade pas prévu au sein de l'ONDAM hospitalier.**

###### *Au titre des mesures salariales*

De même, les **mesures de soutien du pouvoir d'achat** dans la fonction publique, appliquées à compter du 1<sup>er</sup> juillet par les établissements publics de santé, doivent faire l'objet d'une compensation intégrale. Pour 2023, ce coût est estimé par la FHF à **1 Md€** dont 500 M€ au titre de mesures pérennes (revalorisation du point d'indice notamment) et 500 M€ au titre de mesures non reconductibles (prime pouvoir d'achat).

Enfin, la reconduction jusqu'au 31 décembre 2023 des mesures transitoires mises en place à l'été 2022 sur le **travail de nuit et les gardes** nécessite également un financement complémentaire. Un abondement de 600 M€ de l'ONDAM 2023 a déjà été réalisé en début d'année, à l'occasion du vote de la LFSS rectificative de 2023 afin de couvrir une première reconduction des mesures jusqu'au 31 août 2023. **La FHF estime que l'extension de ces mesures jusqu'au 31 décembre 2023 implique d'abonder à nouveau l'ONDAM hospitalier à hauteur de 400 M€.**



## I S'AGISSANT DE LA BRANCHE AUTONOMIE

Les EHPAD publics sont confrontés à une dégradation inédite de leurs équilibres budgétaires en raison d'un effet de ciseaux entre l'évolution de leurs charges – affectées par les mesures de revalorisations salariales et les effets de l'inflation – et celle de leurs recettes liées aux taux d'évolution des tarifs fixés par les conseils départementaux. Cette situation dégradée sur le plan budgétaire, et les difficultés de court terme (trésorerie) rencontrées par les établissements, ont conduit le gouvernement à mettre en place à l'été un fonds de soutien exceptionnel d'urgence de 100 M€ au bénéfice des ESMS les plus en difficulté.

Pour compléter cette mesure d'urgence et assurer un soutien durable au secteur médico-social, il est nécessaire de rectifier le montant de l'ONDAM 2023 « établissements et services pour personnes âgées » en relevant l'objectif de **200 M€ pour les ESMS personnes âgées afin de permettre la compensation des mesures de revalorisations salariales annoncées par le gouvernement** (relèvement du point d'indice, prime exceptionnelle de pouvoir d'achat et revalorisations des personnels travaillant la nuit et le week-end) mais aussi les impacts de l'inflation qui ne sont pas couverts par une hausse suffisante des tarifs hébergement ou dépendance.

### **2. Augmentation de l'ONDAM 2024 pour assurer la soutenabilité budgétaire des établissements sanitaires et médico-sociaux publics**

## I S'AGISSANT DES HÔPITAUX PUBLICS

En premier lieu, la FHF a retenu une hypothèse de taux d'évolution de base, hors mesures nouvelles exceptionnelles, de l'ONDAM Établissements de santé de 2,6%, taux annoncé par l'ancien Ministre de la Santé et de la Prévention lors d'une audition au Sénat cet été, sans considération de mesures nouvelles.

En second lieu, au titre des mesures nouvelles exceptionnelles, dont l'impact est trop important pour être absorbé dans le taux d'évolution de base, la FHF estime l'impact de l'effet année pleine des mesures de soutien au pouvoir d'achat de la fonction publique à **800 M€**.

En troisième lieu, à ce montant, il convient d'ajouter le financement des mesures de revalorisation pérennes des sujétions (travail de nuit, travail du dimanche et jours fériés, gardes et astreintes) annoncées par la Première Ministre et chiffrées à **1,6 Md€ par la FHF pour le seul hôpital public** dans l'attente de précision sur la nature des revalorisations des astreintes.

**La FHF considère donc que le taux d'évolution de l'ONDAM hospitalier 2024, présenté à 3,2%, ne répond pas aux besoins attestés.**

## I S'AGISSANT DE LA BRANCHE AUTONOMIE

Afin de retenir des perspectives réalistes d'évolution des prix, mais aussi pour assurer aux ESMS une compensation intégrale des effets des revalorisations salariales annoncées par le gouvernement et engager de manière décisive les plans de recrutement en EHPAD, les niveaux de dépenses prévisionnelles pour les OGD de la branche autonomie doivent être corrigés et augmentés de **700 M€ pour les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées** et de **100 M€ pour les ESMS pour personnes handicapées**.

## ■ 3.2 LES AMENDEMENTS VISANT À INSCRIRE LA SANTÉ DANS UNE APPROCHE PLURIANNUELLE ET À BÂTIR UN ONDAM PLUS JUSTE, PLUS EFFICACE

### Reconnaître le caractère hautement stratégique de la santé en organisant son financement à travers une loi de programmation pluriannuelle

Proposition d'une loi de programmation pluriannuelle pour la Santé, votée pour 5 ans, qui fixe les évolutions du système de santé et définit les Objectifs Nationaux de Dépenses de l'Assurance Maladie, dans le respect de la Stratégie nationale de Santé et des objectifs nationaux de santé publique, qui en donnent les grands axes.

### Donner de la visibilité aux établissements de santé sur leurs ressources pour une période de cinq ans à travers le renouvellement d'un protocole signé entre l'État et les fédérations – amendement interfédérations

#### ► Amendement proposé en commun par la FHF, la FHP, la FEHAP, Unicancer et la FNEHAD

Le premier protocole de pluriannualité, signé en février 2020 par les fédérations hospitalières et le Ministère de la Santé pour une durée de 3 ans, a pris fin le 31 décembre 2022. La FHF propose de renouveler ce protocole en fixant sa durée à 5 ans.

### I Garantir la restitution de la sous-exécution des crédits de l'ONDAM

Le protocole de pluriannualité ayant pris fin le 31 décembre 2022, **aucune disposition contractuelle écrite ne garantit désormais la restitution de cette sous-exécution**. Cet amendement propose de pérenniser le dispositif de garantie de restitution de la sous-exécution afin que les engagements relatifs aux paramètres de campagne budgétaire décidés en début d'année soient tenus à l'issue de l'année en cours, dans un contexte de fort dépassement de l'enveloppe de ville.

### Dans le cadre de la construction d'un ONDAM stratégique, concerter les acteurs de ville et les établissements sur les objectifs et leur mise en œuvre

### Créer un dispositif de mise en réserve prudentielle pluriannuelle pesant sur l'ensemble de l'ONDAM et de ses différents sous-objectifs

Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie a proposé, dans son rapport de 2021, de mettre en place une réserve prudentielle pluriannuelle couvrant l'ensemble des sous-objectifs de l'ONDAM et l'ensemble des enveloppes de financement des différents acteurs. Elle ne serait mobilisée qu'en cas de dépassement d'un ou plusieurs sous-objectifs. En cas de respect de l'ONDAM, qui doit évidemment demeurer l'objectif poursuivi par tous, elle serait reconduite l'année suivante.

### Matérialiser la création d'une réserve pluriannuelle transversale à l'ONDAM financée par des ressources nouvelles

### I Intégrer les remises sur chiffre d'affaire dans la construction de l'ONDAM hospitalier

### ■ 3.3 LES AMENDEMENTS QUI CONCERNENT LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

Financer les politiques de soutien à l'autonomie par l'affectation à la CNSA du produit de la croissance spontanée des droits de mutation et de donation à titre gratuit

Garantir la pérennité des financements de la branche autonomie dédiés à l'investissement au-delà de 2024

Créer une redevance solidaire abondant le budget « aides à l'investissement » de la CNSA

Harmoniser les allègements de cotisations sociales entre les ESMS et USLD des secteurs privé et public

Permettre aux établissements habilités à l'aide sociale accueillant moins de 50% de bénéficiaires de cette aide de bénéficier automatiquement du régime de la convention d'aide sociale

Garantir un tarif hébergement minimum aux EHPAD habilités à l'aide sociale ainsi qu'une évolution annuelle tenant compte de l'évolution des coûts

Ouvrir la voie au transfert de financement des EHPAD vers la branche autonomie à partir de 2025 pour les départements volontaires

Attribuer les financements du forfait relatif aux soins des EHPAD et des USLD dans un calendrier compatible avec les besoins en soins des résidents

Assurer un financement spécifique pour les molécules onéreuses pour les EHPAD en option tarifaire « avec PUI »

Améliorer la gestion et le financement des médicaments en EHPAD pour une plus grande efficacité et qualité de l'accompagnement des résidents

Garantir un temps de médecin traitant en EHPAD pour assurer le suivi médical dont les résidents ont besoin

Autoriser les services de soins infirmiers à domicile à réaliser des prestations d'aide et d'accompagnement dans le cadre de la réforme des services autonomie à domicile

- Le présent amendement vise à écarter le refus d'autorisation d'une activité d'aide à un SSIAD sur le seul motif financier

Habilitation à prendre par ordonnance les mesures pour transformer les soins de longue durée des établissements de santé en unité de soins prolongés complexes

## ■ 3.4 LES AMENDEMENTS QUI CONCERNENT LES ACTIONS SUR DES THÈMES MAJEURS

### ADAPTER LE CADRE LÉGAL DU FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ POUR PLUS D'ÉQUITÉ ET D'EFFICACITÉ

- **Supprimer la réforme de la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES)**, pour les prestations hospitalières facturables à l'assurance maladie obligatoire autres que les actes et consultations externes.
- Financer **équitablement les actes et consultations externes** entre la ville et l'hôpital.

### I SANTÉ PUBLIQUE

Faire de **l'espérance de vie en bonne santé** un objectif politique de premier rang.

### I LES PRODUITS DE SANTÉ

Renforcer les **leviers d'épargne de médicament** en cas de rupture d'approvisionnement.

- ▶ **Cet amendement vise à tenir compte des différences de gestion et de problématiques rencontrées par les pharmacies d'officine et les pharmacies à usage intérieur en contexte de pénuries**

### I LES RESSOURCES HUMAINES

Créer un **Fonds temporaire d'expérimentation** dans la perspective de la généralisation de la protection sociale complémentaire dans la FPH prévue par l'ordonnance du 17 février 2021.

## POURSUITE DU PROCESSUS

Les différentes étapes de l'examen du PLFSS 2024 sont les suivantes

SEMAINE DU 16 OCTOBRE 2023	Examen par la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale
DU 24 AU 30 OCTOBRE 2023	Examen en séance plénière à l'Assemblée nationale
SEMAINE DU 6 NOVEMBRE 2023	Examen par la Commission des affaires sociales du Sénat
SEMAINE DU 13 NOVEMBRE 2023	Examen en séance plénière au Sénat
AVANT LE 31 DÉCEMBRE 2023	Promulgation



### NOTRE PROCHAINE LETTRE PLFSS

retracera les discussions sur les différents amendements après l'examen par la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale et l'examen en séance plénière à l'Assemblée nationale

