

PLFSS 2024 Synthèse

07.12.2023

Calendrier du PLFSS

- Mercredi 27 septembre : présentation du texte en conseil des ministres
- Mercredi 27 septembre : dépôt du texte à l'Assemblée nationale
- Vendredi 30 septembre : 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
- : début d'examen en séance publique au Sénat
- Mardi 21 novembre : vote solennel sur le PLFSS pour 2023 au Sénat.
- Nouvelle lecture à l'Assemblée du 30 novembre 2023

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

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 11 : 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.

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

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

Article 38 : Gratuité des préservatifs pour tous les assurés âgés de moins de 26 ans sans prescription

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

Article 40 : Lutter contre la précarité menstruelle

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

Article 41 : 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 télémedecine était déjà prévu par la loi). Le télésoin correspond à la réalisation de soins à distance.
- La liste des professionnels pouvant les réaliser est fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé.

- L'arrêté doit également définir le montant des tarifs des rendez-vous de prévention, ceux-ci étant pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie, ainsi que les conditions de facturation de ces rendez-vous et la possibilité de facturer des actes ou prestations supplémentaires à l'occasion de ces rendez-vous de prévention.

Article 46 : Inscription dans le droit commun des expérimentations article 51

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

Article 47 : 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 48 : 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 49 : Réforme des financements MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) des établissements de santé

- Accélération de la transformation vers un modèle de financement mixte 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 :
 - compartiment « financement à l'activité »
 - compartiment « dotation sur objectifs de santé publique »
 - compartiment « dotation sur missions spécifiques ».

Sur la tarification à l'activité :

- l'échelle des tarifs pour la tarification à l'activité sera revue et entrera en vigueur à partir du 1er 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 1er janvier ▪ application de la mesure au 1er 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 1er janvier 2026 en 2028.
- Définition de forfaits au regard des spécificités de certains traitements, au premier rang desquels les dialyses et la radiothérapie oncologique.

Article 51 : 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 52 : Élargir les compétences des pharmaciens en matière de prescription d'antibiotiques après un test rapide d'orientation diagnostique – « TROD » (angine ou cystite)

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

Article 53 : 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 54 : 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.

Article 55 : 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 57 : 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

Article 61 : 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 63 : 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.
- 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

- Des dispositions réglementaires sont prévues pour notamment fixer les modalités de la contre-visite employeur.

Article 64 : 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

Article 65 : 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.

Article 66 : Réduire l'impact environnemental sur le secteur des dispositifs médicaux

- À titre expérimental et pour une durée de 2 ans, autorisation du retraitement de certains dispositifs médicaux à usage unique (DMUU) :
 - La liste des établissements hospitaliers participant à l'expérimentation sera fixée par arrêté.
 - Les hôpitaux concernés pourront acheter ou faire retraiter par une entreprise externe des DMUU, mais ne pourront pas les retraiter eux-mêmes.
 - Les entreprises qui retraiteront les DMUU seront considérées comme le fabricant du DM qui sera commercialisé après retraitement.
 - Les patients seront informés et pourront refuser l'utilisation d'un DMUU retraité.
 - Un décret en Conseil d'État déterminera notamment les DMUU pouvant être retraités.
- Création de remises pour les dispositifs médicaux (DM) à impact environnemental négatif :
 - Les avis de la 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.

Article 67 : 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 69 : Inciter au recours aux transports partagés

- Déploiement des transports partagés, dans le cadre des transports programmés uniquement.
- En cas de refus de la part du patient (dans le cas d'un état de santé compatible et de la capacité du transporteur de proposer ce mode de transport), il doit faire l'avance de frais et ne sera remboursé par l'assurance maladie que sur la base du tarif de transport partagé.
- Permet de poursuivre un triple objectif :

- l'amélioration de la réponse aux besoins de transport en permettant, de fait, une augmentation de l'offre de transports sanitaires à nombre de véhicules constant
- la réduction de l'empreinte écologique de ce secteur d'activité
- la maîtrise des dépenses d'assurance maladie - En 2022, les transports partagés ont ainsi permis de réduire de 34 M€ les dépenses de l'assurance maladie.
- Des mesures incitant les transporteurs à développer les transports partagés ont déjà été prévues dans les avenants 10 et 11 à la convention des transporteurs sanitaires privés.

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

Article 71 : Utilisation des préparations officinales spéciales dans le cadre du plan blanc

- La LFSS 2022 a créé un nouveau statut dit de « préparations hospitalières spéciales » pour permettre aux établissements de santé, sur autorisation spéciale du ministre chargé de la santé ou du directeur général de l'ANSM, d'avoir une capacité de production alternative en cas de pénuries marquées de médicaments utilisés à l'hôpital.
- Renforcement de ce cadre de réponse d'urgence à des situations de retrait de commercialisation de certains produits ou de ruptures d'approvisionnement.
- Création d'un cadre des préparations officinales spéciales, qui sont réalisées suivant les modalités fixées par l'ANSM, et qui sont remboursées par l'assurance maladie suivant un tarif fixé par arrêté ministériel.

Article 72 : Renforcement des leviers d'épargne de médicaments en cas de rupture d'approvisionnement

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

Article 73 : 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 74 : Faciliter la création d'un acte à la classification commune des actes médicaux lorsqu'il prévoit l'utilisation d'un dispositif médical

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

Article 76 : Améliorer les dispositifs d'accès dérogatoires aux produits de santé innovants (accès précoce et compassionnel)

- Le dispositif d'accès dérogatoire pour les médicaments a été rénové par la LFSS 2021 afin de prévoir des délais administratifs plus courts, des critères d'éligibilité plus précis et le recueil de données observationnelles.
- Deux nouveaux dispositifs d'accès et de prise en charge par l'assurance maladie ont été créés : l'accès précoce et l'accès compassionnel.
- Afin d'améliorer l'accès des dispositifs d'accès précoces et compassionnels :
 - mise en place d'un nouveau financement, dérogatoire et temporaire, en mesure de couvrir la période entre la fin de prise en charge au titre de l'accès précoce et le nouvel avis d'évaluation médico-technique de la commission de la transparence
 - sollicitation de l'engagement contractuel de l'industriel à approvisionner le marché français dans le cadre de l'accès précoce
 - assouplissement des critères d'octroi des accès compassionnels par l'ANSM
 - adaptation des critères d'entrée en accès précoce pour les vaccins.
- 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 77 : 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.

Chapitre IV : Renforcer les politiques de soutien à l'autonomie

Article 79 : Accompagner les départements volontaires pour renforcer le soutien financier aux EHPAD

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

Article 83 : 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.

Article 85 : 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.

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

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.

Sous-objectif	Objectif 2023 initial	Objectif 2023 révisé	Objectif 2024	Taux de progression par rapport à l'objectif corrigé (à champ constant, hors dépenses de crise)
Ondam soins de ville	103,9 Md€	105 Md€	108,4 Md€	3,5%
Ondam hospitalier	100,7 Md€	102,5 Md€	105,6 Md€	3,2%