

Avis relatif au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2024

Délibération n° CONS. – 39 – 4 octobre 2023 – Avis relatif au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2024

Par un courrier en date du 27 septembre 2023, notifié par voie électronique le même jour, la Direction de la Sécurité sociale (DSS) a saisi, en application de l'article L. 182-3 du code de la sécurité sociale, pour avis l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2024.

Conformément à l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, l'avis de l'UNOCAM doit être transmis à la DSS en vue de sa communication au Parlement dans un délai de 15 jours, soit au plus tard le 12 octobre 2023.

Lors de sa réunion du 4 octobre 2023, le Conseil de l'UNOCAM a adopté la délibération suivante qui, d'une part, porte un avis général sur le PLFSS pour 2024 et, d'autre part, formule des observations sur les principales mesures qui concernent les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) :

Après une amélioration conjoncturelle en 2023, l'UNOCAM constate que la situation des comptes sociaux reste préoccupante, et sans perspective rapprochée et durable de redressement. Malgré des prévisions de croissance et de dépenses¹ jugées optimistes², le PLFSS pour 2024 table sur le maintien d'un déficit élevé en 2024, sous l'effet d'un ralentissement des recettes du fait du recul de l'inflation et d'un fort dynamisme des dépenses.

Sur le champ de la maladie, l'UNOCAM observe que la branche ne reviendrait pas à l'équilibre et conserverait un déficit persistant autour de 10 Mds€, malgré les actions de régulation et la décision de transferts de dépenses vers les organismes complémentaires santé (OCAM). Face aux enjeux majeurs liés au vieillissement, à l'innovation ou encore à la pénurie de temps médical, il convient d'accélérer le déploiement de réformes structurelles permettant de prendre le « virage » préventif, d'améliorer la qualité et la pertinence des soins et des parcours et de favoriser la reconnaissance et l'attractivité des métiers de la santé et d'encourager les coopérations entre professionnels.

Dans ce cadre, l'UNOCAM note que le PLFSS pour 2024 prévoit quelques mesures porteuses de changements structurels des modes d'organisation comme l'évolution du financement des hôpitaux vers un modèle mixte T2A et dotations ou encore le nouveau cadre de financement de « parcours coordonnés renforcés ». Mais, elles restent, au-delà des principes, à construire rapidement et avec les organismes complémentaires santé qui seront très directement concernés. D'autres mesures vont dans le bon sens mais semblent encore trop ponctuelles, comme sur la prévention (campagne vaccination HPV, gratuité des préservatifs, lutte contre

¹ Annexe A du PLFSS pour 2024 – Hypothèses macroéconomiques retenues pour 2024 : 1,4% PIB contre 1% en 2023, 2,5% inflation contre 4,8% en 2023, masse salariale de 3,9% contre 4,8% en 2023 et fort dynamisme des prestations (5,2% pour les prestations de retraite revalorisées au 1^{er} janvier).

² Avis n° HCFP - 2023 - 8 relatif aux projets de lois de finances et de financement de la sécurité sociale pour l'année 2024 - 22 septembre 2023.

la précarité menstruelle) ou sur le partage de compétences entre professionnels (notamment élargissement des compétences des pharmaciens après tests cystite et angine).

Après une évolution revue à la hausse des dépenses d'assurance maladie en 2023 (+4,8%), l'UNOCAM note que la tendance devrait se poursuivre en 2024 avec un Ondam en progression de 3,2% et un sous-objectif « soins de ville » de 3,5% porté par le dynamisme des négociations conventionnelles avec les professionnels de santé. Elle s'interroge sur le cadrage financier pour tenir cet objectif qui repose sur un plan d'économies de 3,5 Mds€ dont 1,3 Md€ de mesures de transferts de dépenses et de responsabilisation des assurés. L'UNOCAM regrette la non disponibilité, à la date de la saisine, d'annexes obligatoires au PLFSS et mentionnés dans certains articles et plus largement de documentation sur ces économies (détail, chiffrages, impact pour les OCAM et les assurés).

Ce dynamisme des dépenses d'assurance maladie impacte fortement les organismes complémentaires santé (OCAM) qui contribuent à absorber une partie de la croissance de ces dépenses de santé dans un cadre mutualisé, confortant ainsi le haut niveau de protection qui caractérise notre système social. Ils ont vu leurs prestations croître de façon importante sous l'effet de la réforme du 100% Santé qu'ils ont financée majoritairement. Par ailleurs, les revalorisations décidées en 2023 dans le cadre conventionnel (règlement arbitral, convention dentaire et avenants « paramédicaux ») auront un impact fort en 2024. S'ajoute le transfert de l'AMO vers les AMC qui prend la forme d'une hausse du ticket modérateur sur les soins dentaires de 30% à 40%, pour un montant supérieur à ce qui avait été envisagé, et qui s'appliquera à partir d'octobre 2023 et principalement en 2024. Au-delà des mesures déjà décidées, d'autres échéances réglementaires ou conventionnelles, notamment avec la réouverture des discussions avec les syndicats de médecins libéraux, impacteront les OCAM.

Dans ce contexte, les organismes complémentaires santé réaffirment qu'ils sont prêts à accompagner les transformations nécessaires dès lors que ces évolutions sont pertinentes pour le système et donc apportent de la plus-value aux assurés tout en restant soutenables financièrement. Ils souhaitent pouvoir co-construire avec les pouvoirs publics des dispositifs pertinents, comme ce fut récemment le cas avec la convention dentaire. Cela doit permettre, s'agissant de la convention médicale, de s'entendre sur de nouvelles modalités permettant de sortir d'une logique de taxe pour financer la part OC du Forfait patientèle médecin traitant (FPMT).

Alors que les besoins de financement et de transformation du système de soins sont considérables, l'UNOCAM appelle à un partenariat renouvelé favorisant la meilleure articulation des interventions de l'AMO et des AMC, double étage qui garantit un reste à charge parmi les plus bas au monde, et permettant de construire de nouvelles coopérations sur les sujets de prévention et de gestion du risque.

Au regard des incertitudes très fortes qui pèsent sur le cadrage financier et en particulier sur les mesures susceptibles d'impacter les OCAM et les assurés, l'UNOCAM décide de rendre un avis défavorable sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2024.

Délibération adoptée à l'unanimité

Détail des principales mesures du PLFSS pour 2024 ayant un impact sur les organismes complémentaires santé et position UNOCAM

1) Mesures relatives aux recettes

L'article 10 modifie certaines affectations de recettes entre branches et en particulier précise les modalités de l'affectation de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) pour tenir compte des règles d'affectation des taxes prévues par loi organique n° 2021-1836 du 28 décembre 2021 relative à la modernisation de la gestion des finances publiques. La TSA est ainsi affectée directement à la branche maladie qui en reversera le produit aux fonds de financement de la C2S et de l'ASI.

⇒ *L'UNOCAM prend acte de cette mise en conformité mais rappelle, à cette occasion, que les organismes complémentaires financent intégralement, à travers la taxe de solidarité additionnelle (TSA), assise sur leur chiffre d'affaires, la complémentaire santé solidaire (C2S), dispositif essentiel de solidarité financé par les assureurs permettant l'accès de tous à une complémentaire santé. Elle réaffirme son opposition au principe d'une affectation du solde de TSA à la branche maladie, sans lien direct avec le financement de la C2S, pour un montant supérieur à 2 Mds€ chaque année.*

2) Mesures relatives à la prévention

Dans le cadre du déploiement de la **campagne de vaccination contre le HPV**, **l'article 17** ouvre la possibilité pour l'Assurance maladie de rémunérer directement les professionnels de santé mobilisés pour la vaccination dans les collèges (libéraux, salariés, agents publics, étudiants et retraités...) *via* des vacations dont les tarifs seront fixés par arrêté. De plus, il prévoit la prise en charge intégrale par l'Assurance maladie des frais d'acquisition du vaccin HPV (nouvel alinéa 29° du L. 160-14 du CSS). Il instaure aussi la suppression du ticket modérateur du vaccin contre la grippe pour les personnes concernées par le calendrier vaccinal et contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) pour les moins de 18 ans, en basculant le financement actuel assuré par le FNPEIS vers un financement sur le risque maladie (nouveaux alinéas 30° et 31° du L. 160-14).

Coût estimé³ : +46 M€ AMO pour la campagne HPV en 2024.

⇒ *L'UNOCAM prend acte de l'instauration d'exonérations de ticket modérateur dans le cadre des campagnes contre le HPV, la grippe et le ROR. Pour ces deux derniers, cette évolution sera sans changement sur les assurés déjà pris en charge à 100% par l'AMO. L'UNOCAM rappelle à cette occasion, qu'en dehors de ces campagnes nationales, les OCAM participent au co-financement des frais d'acquisition des vaccins et aux honoraires liés à l'injection et sont des relais actifs de la politique vaccinale.*

L'article 18 pose le principe de la prise en charge intégrale par l'Assurance maladie en pharmacie **des préservatifs pour tous les assurés âgés de moins de 26 ans** sans prescription et prévoit, pour ce faire, l'instauration d'une exonération de ticket modérateur pour les frais d'acquisition des préservatifs inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP), renvoyant à un décret les modalités et notamment le nombre de préservatifs délivrés (nouvelle rédaction de l'alinéa 21° de l'article L. 160-14 du CSS).

Coût estimé : +3,9 M€ AMO par an.

³ Toutes les estimations d'impact citées sont tirées de l'annexe 9 – PLFSS pour 2024.

- ⇒ *L'UNOCAM prend acte de cette exonération de ticket modérateur sur les préservatifs pour tous les assurés âgés de moins de 26 ans au regard de l'objectif poursuivi.*

L'article 19 pose le principe de la prise en charge ou du remboursement par l'Assurance maladie des **protections périodiques réutilisables** pour toutes les femmes de moins de 26 ans et celles bénéficiaires de la C2S quel que soit leur âge, sous réserve de leur inscription sur une liste définie par arrêté. Le tarif et le prix maxima de vente sont fixés par arrêté. L'article prévoit une participation de l'assurée par une modification de l'article L. 160-13 du CSS, qui serait fixée selon l'étude d'impact à hauteur de 40%. Enfin, il modifie l'article L. 871-1 du CSS, qui définit le contenu des contrats responsables de complémentaires santé, pour préciser que la prise en charge de ces prestations reste facultative. Les bénéficiaires de la C2S bénéficieront d'une prise en charge à 100%. L'entrée en vigueur pourrait intervenir au 1^{er} septembre 2024.

Coût estimé : + 156 M€ dont +93,7 M€ AMO la première année.

- ⇒ *L'UNOCAM prend note du dispositif proposé d'ouverture au remboursement de certaines protections périodiques réutilisables, avec un co-financement possible par les OCAM, sans obligation de prise en charge dans le cadre des contrats responsables. L'UNOCAM souhaite pouvoir échanger rapidement avec les pouvoirs publics sur les modalités envisagées (conditions, tarifs, ticket modérateur, impact).*

L'article 20 acte une évolution des **rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie** en prévoyant qu'ils peuvent être réalisés par différents professionnels de santé (liste par arrêté. médecins, infirmiers, sages-femmes, pharmaciens selon l'exposé des motifs), et non plus seulement par les médecins. Les modalités de rémunération et de facturation ainsi que les conditions de réalisation de ces rendez-vous qui seront fixées par arrêté, et non dans le cadre des négociations conventionnelles. Ces rendez-vous resteraient pris en charge à 100% par l'AMO.

Coût estimé : +7,6 M€ AMO en 2024 sur la base d'un tarif de rendez-vous à 30€ pour tous les professionnels de santé et sur la base d'un taux de recours de 10% la première année et 15% les années suivantes.

- ⇒ *L'UNOCAM constate que le dispositif voté en LFSS pour 2023 appelle, un an après, une reconfiguration importante pour permettre son déploiement. Elle regrette que l'évolution proposée des consultations vers des rendez-vous de prévention ne soit toujours pas l'occasion de prévoir un co-financement AMO-AMC et un co-portage de la mesure avec les OCAM. Une telle orientation serait pourtant cohérente avec la volonté des pouvoirs publics d'associer les complémentaires santé au nouveau dispositif d'examen bucco-dentaire (EBD), dans le cadre de l'ambition d'une « Génération sans carie » portée conjointement par l'Assurance maladie et les OCAM.*

L'article 21 prévoit de mettre en place une présomption de droit à la C2S avec participation financière à la majorité des nouveaux bénéficiaires de l'AAH, de l'ASS, de l'ASI et de l'ACEJ sous certaines conditions, à l'instar de ce qui est prévu pour les demandeurs de l'ASPA, ainsi qu'un renouvellement automatique du droit dès lors que leur situation reste inchangée.

Coût estimé : +10,72 M€ AMO à horizon 2027 avec une montée charge progressive.

- ⇒ *L'UNOCAM accueille favorablement cette mesure de simplification des démarches d'accès à la C2S et qui doit permettre d'accroître le recours au dispositif destiné aux publics les plus fragiles et d'éviter des renoncements aux soins. Elle rappelle à cette occasion le rôle des OCAM dans le financement du dispositif C2S à travers la TSA mais aussi dans sa gestion, traduisant ainsi l'engagement solidaire des OCAM en direction des publics les plus fragiles. Elle renouvelle son souhait d'un réexamen des frais de gestion accordés dont le niveau rend de plus en plus difficile cette implication.*

L'article 38 vise à mettre en place un **parcours de repérage et d'accompagnement précoce destiné à tous les enfants quels que soient leurs handicaps** ou suspicions de handicaps, comprenant un bilan, un diagnostic et une intervention pour les enfants de moins de 6 ans. La rémunération de tout ou partie des prestations liées à ce parcours sera financée sous la forme d'un forfait, selon des modalités définies par voie réglementaire. La prise en charge des frais sera assurée par l'Assurance maladie et les complémentaires santé dans le cadre des contrats responsables. Pour ce faire, un nouvel alinéa est ajouté à l'article L. 160-13 du CSS prévoyant une participation de l'assuré proportionnelle ou forfaitaire dont le montant est défini par arrêté après avis de l'UNCAM et de l'UNOCAM.

Coût estimé : +169 M€ sur l'ONDAM soins de ville à horizon 2028, avec une montée en charge progressive avec une hypothèse de taux de recours à 80 %, sans prendre compte la part qui sera à la charge des complémentaires.

- ⇒ *L'UNOCAM prend connaissance de cette mesure visant à déployer un parcours de repérage et d'accompagnement des enfants atteints de handicap ou suspicions de handicap dans une logique de prévention. Elle n'a pas été informée de cette mesure alors même que les organismes complémentaires participeront au financement de ce parcours selon des modalités à définir. Elle s'interroge sur l'articulation de ce dispositif avec les nouveaux parcours coordonnés renforcés. Elle souhaite être rapidement associée par les pouvoirs publics aux travaux visant à définir les modalités de participation des OCAM à ce forfait.*

Enfin, l'UNOCAM souhaiterait que ce PLFSS permette de **poser le cadre législatif du nouveau dispositif « Génération sans carie »** qui prévoit notamment un co-financement de l'examen bucco-dentaire (EBD) AMO-AMC, tel que défini dans la convention dentaire conclue cet été 2023. Cela enverrait un signal fort aux différents acteurs pour préparer la mise en œuvre opérationnelle au 1^{er} janvier 2025.

3) Mesures relatives à la réorganisation du système de soins

L'article 22 vise à favoriser l'**inscription dans le droit commun de certaines expérimentations dites « article 51 » pour des « parcours coordonnés renforcés »** :

- Il pose le cadre de prise en charge d'une personne impliquant plusieurs professionnels de santé et prévoit qu'un arrêté détermine, pour chaque parcours, « les modalités d'organisation » ainsi que « les prestations couvertes ». Le parcours est organisé par une « structure responsable de la coordination » des interventions des professionnels. Ces professionnels « exercent une profession libérale ou exercent au sein d'un établissement de santé, d'un établissement ou service médico-social, d'un centre de santé, d'une maison de santé ou d'une maison sport-santé. » Ensuite, il définit les conditions de prise en charge de ces parcours avec des interventions « exclusivement financées par un forfait » dont le montant fixé par arrêté couvre l'ensemble du coût des prestations du parcours et celui de la coordination, sans possibilité de dépassement. La structure coordinatrice pratique le tiers-payant et transmet à la CPAM les informations nécessaires à la couverture. Il lui revient aussi de déterminer la part du forfait dû à chaque professionnel puis de verser les sommes à chacun d'entre eux. La structure peut, le cas échéant, percevoir les sommes versées par les assurés.
- Enfin, l'article complète l'article L. 160-13 du CSS concernant la participation de l'assuré en prévoyant que la participation de l'assuré aux frais peut être proportionnelle à tout ou partie de ces frais ou forfaitaire et dont le montant est défini par arrêté, après avis de l'UNCAM et l'UNOCAM. La participation de l'assuré pourra être limitée ou supprimée selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat.

Coût estimé : + 16 M€ en 2024, +21 M€ en 2025, +42 M€ en 2026 et +84 M€ en 2027.

- ⇒ *Face au développement des maladies chroniques et au besoin accru de coordination entre professionnels exerçant en ville, à l'hôpital ou dans le secteur médico-social, l'UNOCAM juge indispensable d'envisager, de façon durable, de nouvelles formes de*

rémunération autour du patient. C'est pourquoi, elle accueille avec intérêt le dispositif proposé visant à créer un cadre générique permettant d'inscrire dans le droit commun les expérimentations dites « article 51 » les plus concluantes, qui préfigure une évolution structurelle de l'organisation des soins et des rémunérations des professionnels. Elle estime intéressant de travailler en première intention à la construction de « parcours coordonnés renforcés » financés par un forfait par patient et salue le souhait d'associer les OCAM à leur financement, en ouvrant la possibilité d'une participation de l'assuré et donc de la prise en charge d'un ticket modérateur. En revanche, elle juge indispensable d'engager rapidement des échanges techniques sur le circuit de facturation et de remboursement et la mise en œuvre de la dispense d'avance de frais. L'UNOCAM rappelle son attachement au principe d'un « éclatement des flux à la source » et serait opposée à un mécanisme de paiement intégral par l'Assurance maladie et de remboursement a posteriori par les OCAM.

A la suite des annonces du Président de la République en janvier 2023 sur la réforme du financement des hôpitaux, **l'article 23** pose les **fondements d'un nouveau modèle de financement mixte des établissements de santé** pour les activités médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). L'objectif est de réduire la part des financements issus de la tarification à l'activité (T2A) pour évoluer vers un modèle de financement s'appuyant sur trois compartiments permettant de valoriser les 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 (compartiment « Financement à l'activité ») ;
- 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 (« Dotation sur missions spécifiques ») ;
- la prévention et la coordination des parcours des patients, relevant d'objectifs de santé publique, en partie propres à certains territoires, pour lesquels un financement par dotation apparaît nécessaire (« Dotation sur objectifs de santé publique »).

Les travaux de préfiguration de nouvelle architecture de financement doivent s'engager en 2024 en vue d'une mise en œuvre à compter du 1^{er} janvier 2025 qui sera étalée jusqu'à 2026. Impact estimé : aucun élément communiqué, excepté une enveloppe de 12 M€ dédiée à la coordination et à la prise en charge des populations vulnérables en 2024.

Par ailleurs, l'article comporte une mesure de cohérence budgétaire : les tarifs nationaux de prestation à la charge de l'assurance maladie (séjours, séances et consultations) et les tarifs nationaux journaliers de prestation (TNJP) servant de base au calcul de la participation des assurés seront désormais applicables au 1^{er} janvier de chaque année (contre le 1^{er} mars actuellement). Cette disposition prendra effet au 1^{er} janvier 2026.

- ⇒ *L'UNOCAM prend acte d'un nouveau cadre de financement des établissements de santé vers un système mixte, T2A et dotations, qui doit permettre, sans remettre en cause les acquis de la T2A, de mieux valoriser certaines missions des hôpitaux. Au-delà des grands principes, elle s'interroge sur les modalités d'une telle réforme qui pourrait avoir un impact majeur sur le financement par les OCAM des soins hospitaliers. S'agissant d'une réforme aussi majeure, elle juge indispensable d'engager très rapidement une concertation avec les parties prenantes et en particulier les fédérations d'OCAM (définition des modèles et simulations, textes d'application). Il doit s'agir d'une véritable concertation et non de simples « sessions d'information » telles que mentionnées dans l'étude d'impact. Le calendrier avancé lui semble très ambitieux au regard de l'ampleur des travaux à engager.*
- ⇒ *De manière plus générale, l'UNOCAM souhaite être davantage associée aux paramètres d'évolution des dépenses hospitalières, notamment des campagnes tarifaires annuelles et des mesures Ségur qui impactent directement les OCAM.*

L'article 24 ouvre la possibilité pour les chirurgiens-dentistes d'assurer la régulation de la **permanence des soins dentaires (PDS)** dans les centres de réception et de régulation des appels des SAMU-Centre 15 et d'assurer la régulation des appels relevant de l'odontologie dans les locaux du SAMU-Centre 15, dans des conditions fixées par un décret en Conseil d'Etat. Il précise que la rémunération de la participation à la permanence des soins des sages-femmes, chirurgiens-dentistes et auxiliaires médicaux est fixée par voie conventionnelle.
Coût estimé : 5,3 M€ pour l'AMO à partir de 2025 sur la base d'une hypothèse d'un forfait de régulation de 70€ par heure de régulation, pour le volet chirurgiens-dentistes.

⇒ *L'UNOCAM prend acte de cette mesure qui généralise une pratique expérimentée pendant la crise COVID et qui doit permettre de favoriser l'accès aux soins dentaires non programmés pour les patients. Elle note que cette mesure nécessitera la conclusion d'un avenant à la convention nationale des chirurgiens-dentistes pour en préciser l'organisation et la rémunération.*

L'article 25 élargit les **compétences des pharmaciens** en matière de prescription et de délivrance sans ordonnance de certains médicaments après réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique (TROD) notamment pour les angines simples et les cystites sans complication, selon des modalités définies par un décret en Conseil d'Etat et par arrêté.
Economie estimée : +40 M€ à horizon 2027 voire +80M€ (du fait de moindres consultations, moindres actes de biologie, moins d'antibiotiques)

⇒ *L'UNOCAM accueille positivement cette mesure, issue d'une expérimentation article 51 « PharmaOsys », qui doit permettre une prise en charge plus rapide des patients souffrant de l'une de ces pathologies dans un cadre sécurisé et protocolisé, tout en réalisant des gains d'efficacité. Elle note que les modalités de tarification relèveront des prochaines négociations conventionnelles.*

4) Mesures relatives aux produits de santé

A la suite du rapport « Borne » sur le financement et la régulation des produits de santé, **l'article 11** simplifie les mécanismes de régulation macroéconomique des produits de santé, en prévoyant :

- d'asseoir désormais le calcul de la clause de sauvegarde applicable au secteur du médicament sur les dépenses effectivement remboursées par l'Assurance maladie et non plus sur le chiffre d'affaires déclaré par les industriels – évolution qui pourrait être mise en œuvre en 2026 pour un appel de la contribution 2025 ;
- d'uniformiser le calendrier et les mécanismes d'appel et de recouvrement de la contribution due au titre de la clause de sauvegarde par les exploitants de dispositifs médicaux, avec ceux de la contribution due au titre de cette clause par les laboratoires pharmaceutiques ;
- fixer les montants de déclenchement en 2024 des clauses de sauvegarde « M » à 26,4 Mds€ pour les médicaments⁴ et « Z » à 2,31 Mds€ les dispositifs médicaux.

⇒ *L'UNOCAM relève que cet article prévoit plusieurs évolutions visant à simplifier les mécanismes de régulation et à donner davantage de visibilité aux industriels, répondant ainsi à une demande forte de leur part. Elle note la volonté des pouvoirs publics de « garantir une stricte équivalence de rendement de la clause de sauvegarde malgré le changement d'assiette » et donc le maintien du degré de régulation économique du secteur découlant de l'existence de la clause. Sur l'évolution de l'assiette de la clause de sauvegarde, elle s'interroge sur les effets possibles à moyen/long termes de ce*

⁴ Il est prévu que le montant de la clause de sauvegarde pour les médicaments est maintenu constant à 1,6 Md€ en 2023 (montant de la clause de sauvegarde corrigé à l'article 4 du PLFSS pour 2024) et en 2024 (article 11) et qu'en contrepartie il serait demandé aux entreprises des efforts de baisses de prix de 1 Md€ dont 850 M€ sur les médicaments mais aussi de participer de manière très active à la maîtrise des volumes de médicaments prescrits en 2024.

changement, avec une assiette calculée sur les montants remboursés et donc plus dépendante du taux de prise en charge par l'Assurance maladie.

L'UNOCAM relève que le PLFSS pour 2024 prévoit par ailleurs plusieurs mesures visant à :

- Favoriser l'accès aux soins des patients atteints de maladie grave et rare, en améliorant les dispositifs d'accès dérogatoires aux produits de santé innovants (accès précoce et compassionnel) (**article 35**). Coût estimé : +66,9 M€ en 2024 AMO.
- Favoriser le maintien sur le marché des médicaments matures, en responsabilisant l'entreprise détentrice ou exploitante de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dont la commercialisation serait arrêtée (**article 36**). Economies estimées : 10 M€ par an pour les années 2024 à 2027 sur la base d'hypothèses maximalistes.

Il conviendra d'évaluer si ces mesures ont permis d'atteindre les objectifs poursuivis.

5) Mesures de lutte contre la fraude et les abus et d'efficience

Face à l'augmentation forte des dépenses d'indemnités journalières, le PLFSS pour 2024 propose d'actionner de **nouveaux leviers afin de renforcer les contrôles d'IJ** :

- **L'article 27** renforce les capacités de contrôle des CPAM et des employeurs et alourdit les sanctions en cas d'arrêt de travail indu. Le versement des IJ serait être suspendu à compter du rapport du médecin contrôleur délégué par l'employeur et concluant au caractère injustifié de l'arrêt. Des pénalités pourraient être aussi imposées en cas d'arrêts successifs non justifiés. L'accompagnement des médecins présentant un taux important de prescription d'arrêts sera renforcé.

Economie estimée : 27 M€ par an (par l'automatisation de la suspension de l'IJ suite à une contre-visite employeur concluant au caractère injustifié de l'arrêt).

- **L'article 28** vise à garantir une consultation en présence du patient pour tout arrêt de travail d'une durée supérieure à trois jours ou pour tout renouvellement d'un arrêt de travail, en prévoyant des exceptions (médecins traitants et impossibilité d'obtenir une consultation en présentiel pour le renouvellement de son arrêt de travail.

Economie estimée : 100 M€ par an dès 2024.

⇒ *Face à la hausse des indemnités journalières, l'UNOCAM juge nécessaire de renforcer les leviers d'action en direction de l'ensemble des acteurs concernés : vérification du versement des prestations à bon droit auprès des assurés, accompagnement des professionnels de santé prescripteurs, prévention des risques en entreprise dans un contexte de vieillissement de la population active. Pour répondre à ces enjeux, l'UNOCAM estime qu'il serait utile de travailler avec les OCAM qui participent au financement des prestations complémentaires dans le cadre des contrats prévoyance.*

L'article 30 vise à inciter au recours aux **transports partagés entre plusieurs patients** : pour les transports programmés, 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 (« tiers-payant contre transport partagé ») et ne sera remboursé par l'assurance maladie que sur la base du tarif de transport partagé (« transport individuel remboursé au prix du transport partagé »). La minoration de cette base de remboursement ne pourra être prise en charge dans le cadre des contrats responsables.

Economie estimée : +50 M€ pour 2024 et 100 M€ pour les années suivantes.

⇒ *L'UNOCAM est favorable au développement du transport partagé qui doit permettre de réguler les dépenses de transports sanitaires en forte croissance (5,5 Mds€ en 2022 en hausse de 7,2%). La disposition législative proposée permettra d'amplifier les mesures déjà prévues dans les avenants n°10 et 11 à la convention nationale avec les transporteurs sanitaires.*
