



Loi de financement de la Sécurité sociale 2023

L'ESSENTIEL



GRUPE
vyv

— SANTÉ ASSURANCES & RETRAITE — SOINS & ACCOMPAGNEMENT — LOGEMENT —

Programme

Financement de la Sécurité sociale et son évolution	4
Mesures de prévention	14
Reconduction des mesures prises pendant la crise sanitaire	16
Rendez-vous de prévention	17
Contraception d'urgence.....	18
Dépistage	18
Vaccination	19
Expérimentations	20
Transports urgents préhospitaliers	24
Dispositifs médicaux	26
Substitution par le pharmacien	28
Prothèses capillaires 100 % santé	29
Maîtrise des dépenses.....	30
Liste des produits et prestations remboursables.....	32
Imagerie médicale	33
Biologie médicale.....	33
Lutte contre la fraude	34
Offreurs de soins et prestataires de services	36
Complémentaire santé solidaire	38
Grand âge et autonomie	40
Réformer la tarification des soins à domicile	42
Lutter contre l'isolement	42
Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.....	43
Financement des indemnités journalières au titre du congé maternité	44
Retour sur les mesures de la loi de financement de la Sécurité sociale 2022.....	46



Financement de la Sécurité sociale et son évolution

Pourquoi une loi spécifique ?

La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS), mise en place pour la première fois en 1996, est « une adaptation » du modèle historique de la loi de finances (LF). La LFSS vise à maîtriser les dépenses sociales et de santé. Elle détermine les conditions nécessaires à l'équilibre financier de la Sécurité sociale et fixe les objectifs de dépenses en fonction des prévisions de recettes.

Elle permet au Parlement d'être informé et de se prononcer sur les comptes de la Sécurité sociale, et contient notamment :

Des tableaux d'équilibre par branche pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et pour le régime général

Un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)

Loi



Des informations sur l'amortissement de la dette



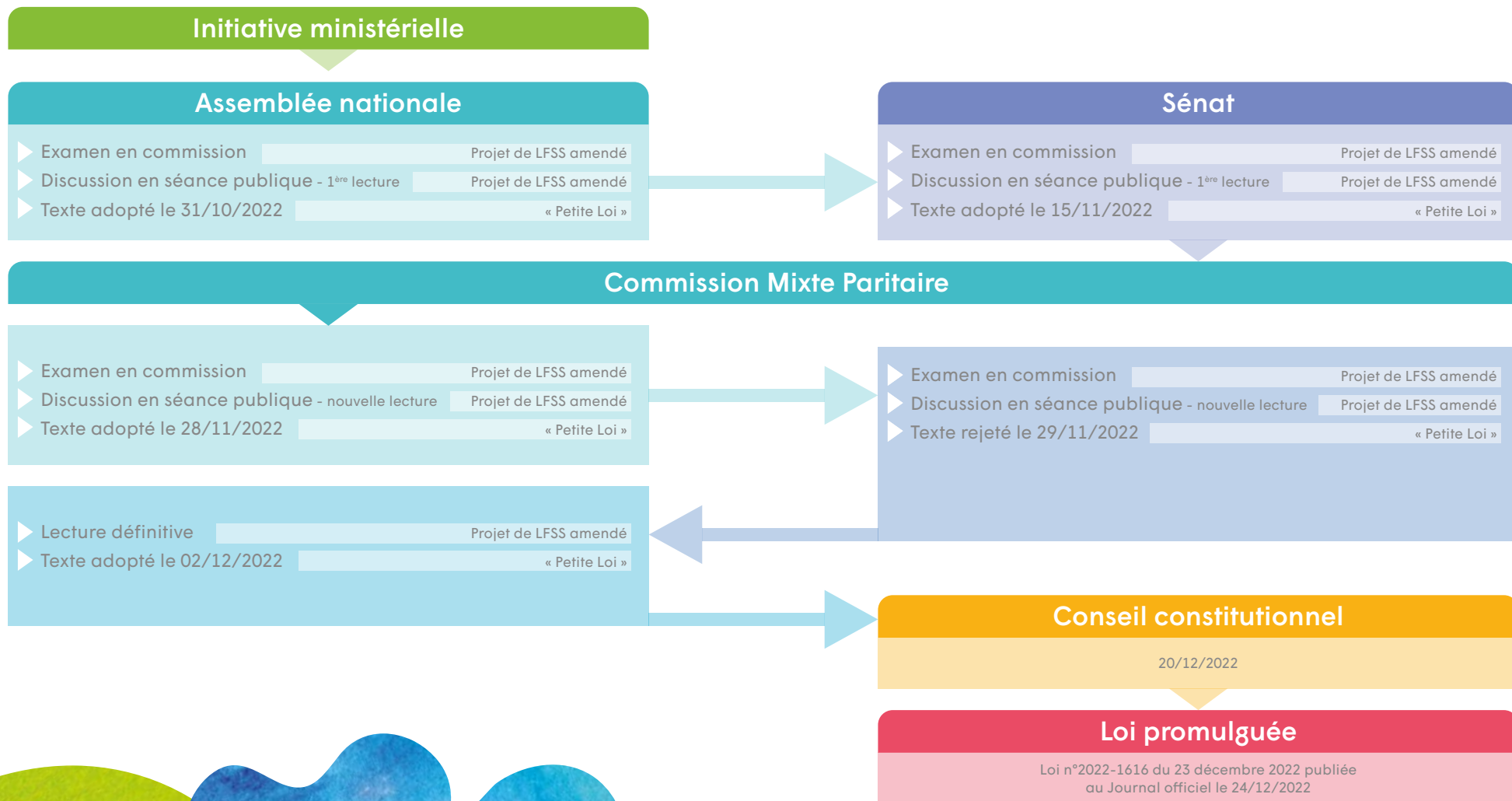
Des dispositions sur les recettes et les dépenses



Des annexes sur les relations financières entre l'État et la Sécurité sociale, les besoins en trésorerie des régimes, les objectifs et moyens de fonctionnement des organismes, etc.

Comment la loi est-elle conçue ?

Circuit du projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2023

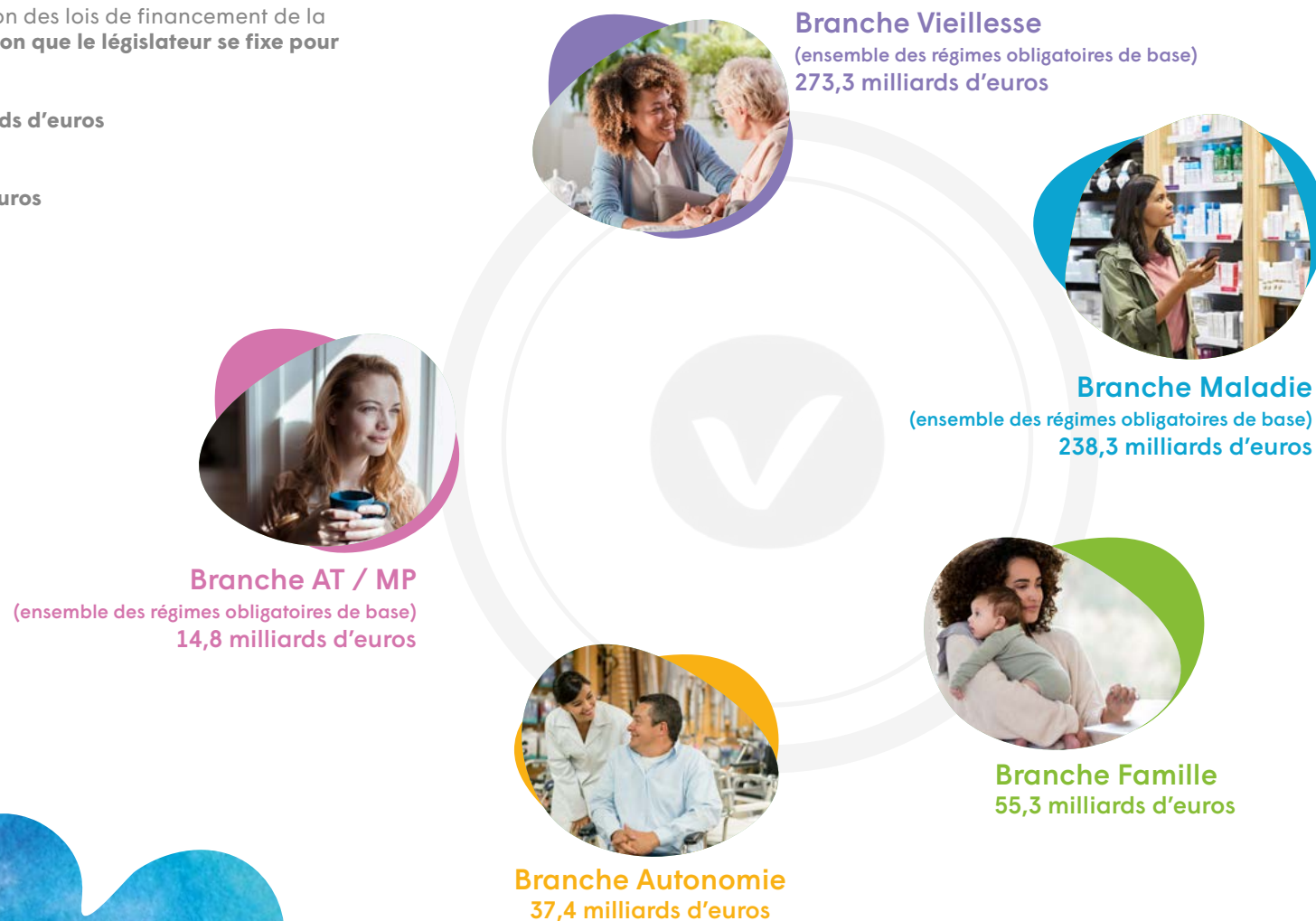


L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)

- **Instauré en 1996** dans le cadre de la création des lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS), il s'agit d'**une prévision que le législateur se fixe pour maîtriser les dépenses annuelles de soins.**
- **Rectification de l'ONDAM 2022 : 247 milliards d'euros** (soit + 5,6 % hors crise sanitaire).
- **L'ONDAM 2023 est fixé à 244,1 milliards d'euros** (soit + 3,5 % hors crise sanitaire).

Le déficit des régimes obligatoires de base de la Sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse devrait atteindre **7,1 milliards d'euros en 2023.** (39,7 milliards d'euros en 2020 / 24,3 milliards d'euros en 2021 / 18,9 milliards d'euros prévu pour 2022).

Objectif de dépenses 2023 par branche



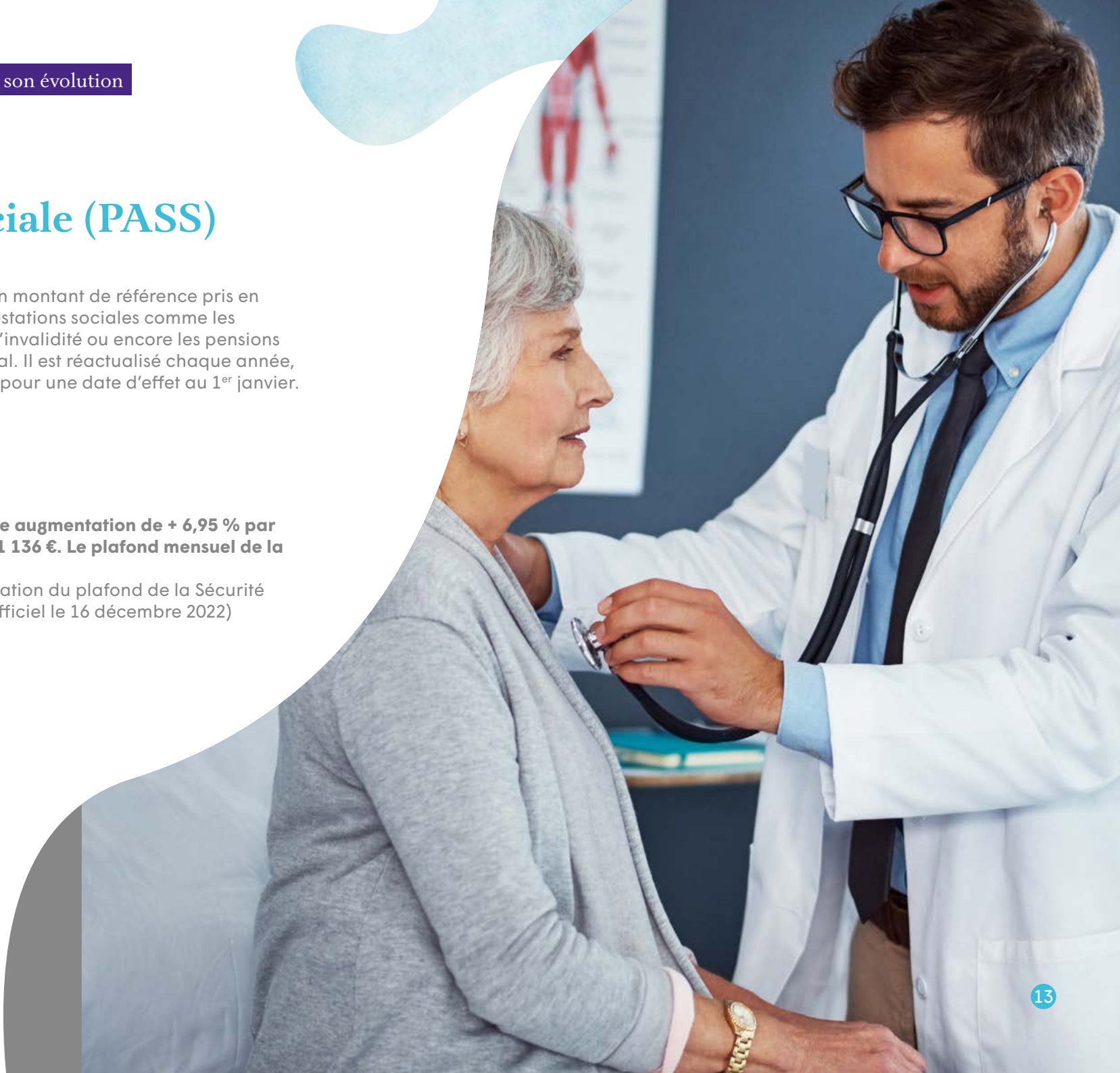
Plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS)

Le plafond de la Sécurité sociale est un montant de référence pris en compte pour le calcul de certaines prestations sociales comme les indemnités journalières, les pensions d'invalidité ou encore les pensions d'assurance vieillesse du régime général. Il est réactualisé chaque année, en fonction de l'évolution des salaires, pour une date d'effet au 1^{er} janvier.

Augmentation du PASS en 2023

Le PASS 2023 s'élève à 43 992 € soit une augmentation de + 6,95 % par rapport au PASS 2022 qui s'élevait à 41 136 €. Le plafond mensuel de la Sécurité sociale est fixé à 3 666 €.

(arrêté du 9 décembre 2022 portant fixation du plafond de la Sécurité sociale pour 2023, publié au Journal officiel le 16 décembre 2022)



Mesures de prévention



Reconduction des mesures prises pendant la crise sanitaire

- **La prise en charge intégrale par l'Assurance maladie obligatoire des consultations et injections liées à la vaccination contre la covid-19** est maintenue jusqu'à une date fixée par décret, et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2023.
- **La délivrance des arrêts maladie dérogatoires en cas de test PCR ou antigénique positif au virus** (indemnisation versée sans vérification des conditions habituelles d'ouverture de droit, sans application d'un délai de carence et non comprise dans les durées maximales de versement des indemnités journalières) est prolongée jusqu'à une date fixée par décret, et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2023.
- **Les dispositions prises sur les arrêts de travail des travailleurs indépendants sont reconduites** (pas de pénalité sur les baisses d'activité de 2020). Cette mesure s'applique aux arrêts de travail débutant entre le 1er janvier 2023 et le 31 décembre 2023.

Rendez-vous de prévention

La LFSS 2023 instaure la mise en place de 3 rendez-vous de prévention aux âges clés, pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie, pour lutter contre l'apparition de facteurs de risque ou de pathologies.

Ces rendez-vous ont pour objectifs, en fonction des besoins, de promouvoir l'activité physique et sportive et une alimentation favorable à la santé, de prévenir certains cancers et addictions et de promouvoir la santé mentale et la santé sexuelle. Ils sont adaptés aux besoins de chaque individu et prennent notamment en compte les besoins de santé des femmes et la détection des premières fragilités liées à l'âge en vue de prévenir la perte d'autonomie.

20 - 25 ans

Renforcer la prévention primaire, favoriser un comportement favorable à la santé, lutter contre les addictions (tabac, alcool, etc.) et favoriser une alimentation saine et une activité physique régulière et suffisante.

Prévenir l'apparition de maladies chroniques (cancer, diabète, maladies cardiovasculaires). Aborder la pratique d'une activité physique et sportive de manière régulière, lutter contre la sédentarité et promouvoir une alimentation équilibrée.

40 - 45 ans

60 - 65 ans

Repérer l'apparition des premières fragilités ou de la perte d'autonomie, promouvoir l'activité physique régulière et une alimentation équilibrée.

Le contenu et les modalités de mise en œuvre de ces « rendez-vous prévention » seront précisés par des textes réglementaires et les conventions liant l'Assurance maladie et les professionnels de santé libéraux.

Contraception d'urgence

La loi prévoit la prise en charge à 100 % et sans prescription par l'Assurance maladie obligatoire des frais d'acquisition, directement en pharmacie, de médicaments ayant pour but la contraception d'urgence pour toutes les femmes.

Cette prise en charge intégrale et sans prescription existait déjà pour les mineures.

Cette nouvelle mesure figure dans la feuille de route 2021-2024 de la stratégie nationale de santé sexuelle, elle fait suite à un constat de difficultés financières et de complexité pour y recourir.

Dépistage

Les examens de biologie relatifs **au dépistage des infections sexuellement transmissibles**, dont la liste est fixée par arrêté, réalisés dans tous les laboratoires de biologie médicale, sont désormais **pris en charge à 100 % et sans prescription par l'Assurance maladie obligatoire, pour les moins de 26 ans.**

Vaccination

Le nombre de professionnels de santé à pouvoir prescrire certains vaccins est élargi.

Les pharmaciens, les infirmiers, les laboratoires de biologie médicale et les sages-femmes sont habilités à prescrire et à administrer les vaccins sur la base des recommandations* de la Haute Autorité de santé pour permettre de faciliter le parcours vaccinal.

Les étudiants en 3e cycle des études de médecine ou pharmaceutiques peuvent également administrer ces vaccins, dans le cadre d'un stage sous la supervision du maître de stage.

* La liste et, le cas échéant, les personnes susceptibles d'en bénéficier sont déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.



Expérimentations





Accès direct aux infirmiers en pratique avancée

Une expérimentation pour une durée de 3 ans dans plusieurs territoires, prévoit que les infirmiers en pratique avancée (IPA) peuvent prendre en charge directement les patients dans le cadre des structures de soins coordonnés.

- Un compte rendu des soins réalisés par l'infirmier en pratique avancée est adressé au médecin traitant et reporté dans le dossier médical partagé.
- Un décret devra préciser, après avis de la Haute Autorité de santé, les modalités de mise en œuvre et les conditions d'évaluation des expérimentations en vue d'une éventuelle généralisation.

Dépistage néonatal de la drépanocytose

À titre expérimental, pour une durée de 3 ans et dans 3 régions, le dépistage néonatal de la drépanocytose sera réalisé de façon systématique et obligatoire.



Transports urgents préhospitaliers

Transports urgents préhospitaliers

Prise en charge des transports urgents préhospitaliers

Les transports urgents préhospitaliers sont désormais pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie obligatoire.

Cette mesure permet de faciliter le recouvrement pour les transporteurs sanitaires, de gagner en lisibilité pour les assurés ainsi que de simplifier leurs démarches.



Cette exonération de participation aux frais pourrait être compensée financièrement par une hausse du ticket modérateur sur les transports programmés.

Dispositifs médicaux



Substitution par le pharmacien

Les dispositifs médicaux inscrits sous nom de marque et sous descriptions génériques n'étaient pas substituables dès lors qu'ils étaient nominativement prescrits. Pendant l'état d'urgence sanitaire, les pharmaciens d'officine ont été autorisés à substituer certains dispositifs médicaux dans des conditions précises. La LFSS 2023 permet de pérenniser ce dispositif afin de pallier les difficultés d'accès que pourraient rencontrer les patients.

Cette substitution par le pharmacien d'officine sera autorisée pour une liste définie de catégories de produits et dans des conditions définies par arrêté, après avis de la Haute Autorité de santé.

La substitution ne sera pas possible si le prescripteur l'a exclue par une mention expresse et justifiée, portée sur l'ordonnance, tenant à la situation médicale du patient.



Prothèses capillaires 100 % santé

Le cancer frappe chaque année plusieurs milliers de femmes dont près de 350 000 sont traitées par chimiothérapie.

En 2021, seuls 50 000 patients ont bénéficié d'une prothèse capillaire prise en charge par l'Assurance maladie, laissant apparaître que trop de femmes renoncent encore à ces prothèses pour des raisons financières.

La LFSS 2023 prévoit **l'élargissement du 100 % santé aux prothèses capillaires pour les femmes traitées par chimiothérapie** et permet ainsi de mettre fin à une injustice dans le combat face à la maladie.

Une révision de la nomenclature sera nécessaire afin d'améliorer les caractéristiques et la qualité des prothèses capillaires inscrites sur la liste des produits.

Tarifs 2022	Prix unitaire réglementé	Base de remboursement	Taux
Prothèse capillaire totale classe 1 (cheveux synthétiques)	350 €	350 €	100 %
Prothèse capillaire totale classe 2 (au moins 30 % des cheveux naturels)	700 €	250 €	100 %

Maîtrise des dépenses



Liste des produits et prestations remboursables

Devant une augmentation conséquente des dépenses consacrées à la liste des produits et prestations remboursables (LPP) et afin d'assurer la soutenabilité du système, une régulation des dépenses est prévue dans la loi. La LPP concerne notamment les dispositifs médicaux pour traitements et les matériels d'aide à la vie, les aliments diététiques et les articles pour pansements, les orthèses et les prothèses externes, les véhicules pour handicapés physiques, l'optique médicale et les audioprothèses.

Quelques exemples de leviers issus de la loi pour atteindre cet objectif :

- ✓ assurer une répartition plus fine de la valeur au sein de la LPP **en dissociant la tarification du produit et celle de la prestation ainsi qu'en définissant des marges précises pour les activités de distribution**, à l'image de ce qui existe déjà pour la distribution du médicament ;
- ✓ **assurer aux patients une mise à disposition des technologies adaptées** dans l'ensemble de leur usage prévu lors du marquage CE, de réduire les délais d'accès grâce à des négociations dynamiques via la dissociation précédemment mentionnée ;
- ✓ **faire évoluer le dispositif de prise en charge transitoire des dispositifs médicaux** afin de prévoir l'analyse et la prise en charge de l'acte associé s'il existe ;
- ✓ **inciter à la mise en œuvre de recueil de données dans le cadre d'une prise en charge transitoire, de la télésurveillance**, de la prise en charge d'actes ou de la réalisation d'études post-inscription.

Imagerie médicale

L'imagerie médicale représentait 4,8 milliards d'euros de remboursement en 2021. Les forfaits techniques d'imagerie médicale, qui rémunèrent les frais d'amortissement et de fonctionnement de l'appareil, représentent à eux seuls près d'un tiers de ces dépenses, soit un montant de l'ordre de 1,5 milliard d'euros en 2021.

La LFSS 2023 prévoit de créer une base de données pour mieux connaître la réalité des charges liées à l'exploitation des équipements d'imagerie afin de mieux les tarifier. Dans le plan d'économie annoncé, il est également prévu d'intégrer les produits de contraste utilisés par les radiologues dans les forfaits techniques d'imagerie médicale.

Biologie médicale

La croissance des dépenses de biologie médicale, amplifiée par la crise sanitaire, impose de réfléchir à des mécanismes de régulation de la dépense plus efficaces.

À défaut d'accord signé avant le 1er février 2023 entre l'Assurance maladie obligatoire et les biologistes, il est prévu une baisse des tarifs des actes de biologie médicale non liés à la gestion de la crise sanitaire de nature à générer dès 2023 une économie à hauteur d'au moins 250 millions d'euros. Ces baisses de tarifs seront fixées par arrêté.

Lutte contre la fraude



Offreurs de soins et prestataires de service

La possibilité de déconventionner d'urgence les professionnels de santé en cas de manquement grave à leurs engagements conventionnels et/ou ayant engendré un préjudice financier majeur pour l'Assurance maladie, est étendue à l'ensemble des catégories d'offreurs de soins et prestataires de services.

Sont concernées par cet article, les catégories de dépenses significatives dans le total des dépenses de l'Assurance maladie obligatoire :

- les pharmaciens titulaires d'officine,
- les prestataires de services et distributeurs de matériel,
- les transporteurs sanitaires et les taxis conventionnés.



À savoir

Les barèmes de pénalités financières seront rehaussés pour rendre la sanction plus dissuasive à l'égard des professionnels de santé à fort volume d'activité.



Complémentaire santé solidaire

Complémentaire santé solidaire

Faciliter l'accès à la complémentaire santé solidaire pour les jeunes et les personnes âgées

Les enfants âgés de moins de 25 ans qui vivent sous le même toit que des bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA), mais qui ne sont pas considérés comme étant à leur charge pour le bénéfice du RSA, ne peuvent actuellement pas bénéficier de la complémentaire santé solidaire (CSS). La loi prévoit l'attribution automatique de la CSS gratuite pour ces enfants. Ils bénéficient également du renouvellement automatique de leur droit à la complémentaire santé solidaire.

L'article 88 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2022 a mis en place, à compter du 1er avril 2022, une présomption de droit à la CSS participative pour les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) qui n'exercent pas d'activité professionnelle. Cette présomption de droit simplifie leur démarche de demande de la CSS. **Les éventuels conjoints, concubins ou partenaires des bénéficiaires de l'ASPA, dès lors qu'ils n'exercent pas d'activité professionnelle, pourront également bénéficier de cette présomption de droit à la CSS.**

La complémentaire santé solidaire est également étendue sur le territoire de Mayotte.



Grand âge et autonomie



Réformer la tarification des soins à domicile

Les services de soins infirmiers à domicile sont renforcés avec le financement de 4 000 accompagnements supplémentaires et une tarification plus adaptée.

Les forfaits prennent désormais en compte le profil du patient : son degré de perte d'autonomie, le nombre de passages infirmiers, le nombre de visites le week-end...

La loi prévoit une hausse du « tarif plancher » national par heure d'intervention des services d'aide à domicile : 23 € en 2023 et une révision annuelle en fonction de l'inflation.

Lutter contre l'isolement

Un temps dédié sera consacré à l'accompagnement et au lien social, au double bénéfice des personnes âgées et des professionnels intervenant à leur domicile.

Ce temps supplémentaire vise à prévenir la perte d'autonomie et à repérer les fragilités. Les personnes éligibles à l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) se verront proposer, en 2024, jusqu'à 2h de présence supplémentaire par semaine.



Les objectifs de dépenses pour 2023 de la branche autonomie sont fixés à 37,4 milliards d'euros, en augmentation de 5,3 % par rapport à 2022.

Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

✓ Lutter contre les dérives de certains acteurs

Les autorités pourront contrôler non seulement les comptes des établissements, mais aussi ceux des groupes auxquels ils appartiennent, pour pouvoir repérer d'éventuels détournements de fonds publics.

✓ Renforcer la présence des soignants

Afin d'améliorer la prise en charge des résidents, 3 000 postes de soignants supplémentaires en EHPAD seront financés en 2023, à terme, 50 000 postes sont prévus.



Financement des indemnités journalières au titre du congé maternité



44

Financement des indemnités journalières au titre du congé maternité

Transfert du financement

La loi propose de transférer à la caisse nationale des allocations familiales (CNAF) une partie de la prise en charge financière des indemnités journalières au titre du congé maternité, pour un montant d'environ 2 milliards d'euros en 2023, soit 60 % environ de leur coût total.



Le transfert prend la forme d'un remboursement par la CNAF à la branche maladie, sans incidence tant sur les conditions d'accès aux prestations que sur les modalités de gestion et de versement, qui demeurent inchangées.



45

Retour sur les mesures de la loi de financement de la Sécurité sociale 2022



Les mesures mises en place

✓ Stratégie nationale de santé mentale

Depuis le 5 avril 2022, **les consultations de psychologues sont prises en charge pour tous à partir de 3 ans** sur orientation d'un médecin.

Elles sont remboursées à 60 % par l'Assurance maladie et à 40 % par les complémentaires.

Tarifs : **40 € pour la 1^{ère} séance** (bilan initial) et **30 € pour les 7 séances de suivi** (maximum 8 séances par an).

Fin septembre 2022, 1 880 psychologues partenaires étaient référencés dans **le dispositif MonPsy**.


✓ Stratégie nationale de santé sexuelle

- Prise en charge intégrale par l'Assurance maladie obligatoire **étendue aux jeunes femmes de moins de 26 ans**, sans avance de frais, **des frais d'acquisition de certains contraceptifs et des frais relatifs aux actes et consultations**.
- Élargissement **aux jeunes hommes de moins de 26 ans** de la prise en charge intégrale de la **consultation de prévention en matière de santé sexuelle**.
- « **Au labo sans ordo** » pour le **dépistage du VIH** en laboratoire de biologie médicale, sans ordonnance, sans avance de frais et sans rendez-vous.

✓ Forfait patient urgences (FPU) depuis le 1^{er} janvier 2022

 **Tarif nominal : 19,61 €**

 **Tarif minoré : 8,49 €**
(Patients en affection de longue durée et patients qui bénéficient de prestations suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle avec une incapacité inférieure à deux tiers).

 **Patients exonérés :**

- femmes enceintes bénéficiaires de l'assurance maternité 4 mois avant la date présumée de l'accouchement et douze jours après ;
- bénéficiaires d'une pension d'invalidité ;
- bénéficiaires de prestations suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle ayant une incapacité au moins égale à deux tiers ;
- assurés mineurs victimes de violences sexuelles ;
- nouveau-nés dans les 30 jours qui suivent leur naissance ;
- donneurs d'organes ;
- titulaires d'une pension militaire d'invalidité ;
- victimes d'actes de terrorisme ;
- personnes ayant besoin de soins en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel.

Les mesures mises en place

✓ Obésité infantile

« **Mission retrouve ton cap !** » : pour la **prévention de l'obésité infantile** (mise en œuvre depuis 2017 pour les enfants de 3 à 8 ans) **avec élargissement aux enfants jusqu'à 12 ans depuis le 1^{er} septembre 2022.**

Le dispositif consiste en un accompagnement personnalisé et pluridisciplinaire (diététique, psychologique et d'activité physique) en coordination avec des structures adaptées.

✓ Professionnels de santé

L'orthoptiste peut réaliser un bilan visuel et prescrire des verres correcteurs et des lentilles, sans prescription médicale pour les patients de 16 à 42 ans si le dernier bilan visuel réalisé par le médecin ophtalmologiste date de moins de 5 ans (pour les patients déjà porteurs de lunettes) et moins de 3 ans (pour les patients déjà porteurs de lentilles).

En attente des modalités concernant la formation pour la prescription des lentilles.

L'orthoptiste peut réaliser le dépistage de l'amblyopie pour les enfants âgés de 9 à 15 mois et le dépistage des troubles de la réfraction pour les enfants âgés de 30 mois à 5 ans.

Les mesures en attente

✓ Expérimentations En attente de décrets

- **Accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes sans prescription médicale** dans 6 départements pour une durée de 3 ans.
- **Prise en charge par l'Assurance maladie, sans prescription, des traitements du sevrage tabagique (substituts nicotiniques) dispensés par les pharmaciens d'officine**, dans 3 régions pour une durée de 2 ans.
- **Les infirmiers en pratique avancée** peuvent réaliser à titre expérimental, dans 3 régions, **la primo prescription** pour des prescriptions médicales obligatoires dont la liste est fixée par décret.

✓ Amélioration de l'accès aux aides techniques pour les personnes en situation de handicap ou âgées

Objectif : permettre des évolutions concrètes dans les modalités de prise en charge des aides techniques afin d'en faciliter leur accès.

- Certaines aides, dont l'intérêt médical est reconnu, pourraient être inscrites sur la liste des produits et prestations remboursables (LPP) et directement remboursées par l'Assurance maladie.
- Possibilité de supprimer la participation de l'assuré pour ces aides techniques inscrites à la LPP.



Document imprimé en France



GROUPE
vyv
Entrepreneur du
mieux-vivre



Union Mutualiste de France
Groupe VYV, Union Mutualiste de France soumise aux dispositions du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 522 661 832, numéro LEI 569500E06RLL14UF42. Siège social : 62-66, rue Jeanne-d'Arc - 75013 Paris.
© Geethyimages