GOUVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023

26 septembre 2022

Sommaire

Édito 5

Mettre en œuvre le virage préventif 9

Déployer les rendez-vous de la prévention 9

Améliorer la santé sexuelle 10

Elargir le dépistage sans ordonnance à d'autres infections sexuellement transmissibles, et pour les moins de 26 ans, leur prise en charge à 100% 10

Permettre la gratuité de la contraception d'urgence 11

Permettre aux pharmaciens, aux infirmiers et aux sages-femmes de prescrire des vaccins sur la base des recommandations de la Haute Autorité de santé 11

Lutter contre le tabagisme 12

Améliorer l'accès à la santé pour tous 14

Capitaliser sur les mesures d'urgence prises cet été 14

Reconquérir du temps soignant dans tous les territoires 15

Création d'une 4e année de consolidation au diplôme d'études spécialisées de médecine générale 15

Rénover la vie conventionnelle 15

Simplifier et renforcer la coordination de la politique de l'installation 16

Remettre l'éthique au cœur du système de santé 16

Favoriser l'accès à l'innovation en sécurisant le financement des médicaments de thérapie innovante 17

Construire un nouveau service public de l'accueil du jeune enfant. 18

Renforcer les aides à destination des familles monoparentales 18

Revaloriser l'allocation de soutien familial 18

Aider financièrement les familles monoparentales à faire garder leurs d'enfants âgés de 6 à 12 ans 18

Le partage de la prestation du complément de mode garde en cas de garde alternée de l'enfant 19

Diminuer les coûts pour accéder aux modes d'accueil du jeune enfant 19

La réforme du mode de calcul du CMG « emploi direct » : plus d'équité dans l'accès aux modes d'accueil du jeune enfant 19

Simplifier la délivrance des indemnités journalières au moment de l'arrivée d'un enfant 21

Transférer le financement des indemnités liées au congé maternité à la branche famille 21

Renforcer la politique de soutien à l'autonomie 22

Une forte progression du financement des politiques de soutien à l'autonomie en 2023 22

Construire la société du bien vieillir chez soi 23

Mieux valoriser le financement des services proposant des soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées et en situation de handicap 23

Lutter contre l'isolement en ajoutant deux heures de lien social par semaine dans les plans d'aide à la perte d'autonomie 24
Faire des EHPAD des lieux de vie plus sûrs et plus médicalisés 26
Renforcer la présence de soignants auprès des résidents 26
Lutter contre les dérives de certains acteurs 26
Bâtir une société plus inclusive pour les personnes en situation de handicap 27

Lutter contre les abus et la fraude sociale 29
Des progrès constants depuis 10 ans 29
La fraude sociale est de mieux en mieux détectée 29
La fraude aux prestations et aux cotisations est de mieux en mieux évaluée 29
Les contrôles et les échanges d'information ont été renforcés 30
Accélérer la lutte contre la fraude 31
L'ampleur et la pluralité des formes de la fraude sociale invitent à renforcer les dispositifs de contrôle 31
Des systèmes d'information plus performants qui vont permettre de limiter les risques de fraude 32
Renforcer le pilotage de la lutte contre la fraude 33

Après la crise, garantir la soutenabilité de la sécurité sociale 34
Un investissement sans précédent dans le secteur de la santé au cours des deux dernières années 34
Un soutien financier massif pour répondre à la crise sanitaire 34
Poursuivre la prise en charge des coûts liés à la Covid-19 en 2023 35
Reconnaître l'engagement des soignants au service de nos concitoyens 36
Renforcer le soutien au système de santé, en particulier aux établissements de santé et médico-sociaux dans un contexte d'inflation 38
Un ONDAM dynamique pour accompagner la transformation du système de santé et tenir compte du contexte d'inflation 39
Renouveler les mesures de pertinence et d'efficience 41
Mettre en place une transparence de l'information sur les charges associées à l'imagerie lourde 42
Engager une réforme de la biologie médicale 42
Rénover la régulation des produits de santé 43
Remettre la sécurité sociale sur une trajectoire de retour à l'équilibre 43

Chiffres clés 46

Édito

En sortie de crise sanitaire, et en début de quinquennat, ce projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) est un texte d'ambitions pour répondre aux enjeux du quotidien des Français aujourd'hui : trouver plus facilement un médecin traitant, attendre moins longtemps aux urgences, trouver une aide à domicile pour son parent âgé ou en situation de handicap, bénéficier d'un mode d'accueil pour son enfant, être mieux soutenue en tant que famille monoparentale, faciliter ses déclarations URSSAF en tant qu'entrepreneur.

Ce PLFSS pose aussi des briques pour répondre aux défis de demain car l'heure n'est plus à panser les plaies, mais à préparer l'avenir.

Comme le Président de la République l'a annoncé, nous sommes à l'orée d'une refondation en profondeur : l'accès à la santé, le « bien vieillir » et la poursuite de la société inclusive en seront les priorités. Pour conduire cette réinvention, nous devons changer de méthode et nous y engager collectivement, à travers le Conseil national de la refondation (CNR) et la conférence nationale du handicap (CNH) à venir.

Ainsi, si nous écrivons une nouvelle page avec ce PLFSS, d'autres devront suivre : ce travail de longue haleine a vocation à être enrichi par le débat parlementaire et sera naturellement complété par les concertations menées dans le cadre du CNR.

Dans cette perspective, ce PLFSS est d'abord un texte d'engagement et d'investissement pour notre système de santé.

Investir dans la santé implique en premier lieu de passer un cap pour la prévention. Ce PLFSS permettra de soutenir des parcours de prévention autour de rendez-vous aux âges clés de la vie, pour notamment lutter contre toutes les inégalités de santé, mais aussi d'améliorer la santé sexuelle, en élargissant le dépistage sans ordonnance et la gratuité de la contraception d'urgence – un enjeu par ailleurs essentiel pour la santé des femmes.

Investir dans la santé suppose ensuite que chacun, partout sur le territoire, puisse y avoir **accès**. Comme le Président de la République s'y était engagé, ce PLFSS pose les premières avancées pour s'attaquer aux déserts médicaux, en simplifiant les aides à l'installation, en rendant plus attractif le travail de régulation médicale ou encore en encadrant plus strictement l'intérim qui fragile les collectifs de travail.

Investir dans la santé est la condition pour prendre soin de **notre hôpital** et de ses soignants. C'est ainsi que ce PLFSS prévoit de continuer à mieux former nos professionnels de santé, notamment en

créant une 4e année d'internat de médecine générale qui permettra de mieux accompagner l'exercice de jeunes docteurs en ambulatoire. Ce PLFSS déploie des moyens dès 2022 pour faire face au choc de l'inflation et permettre des revalorisations salariales dans le public et le privé.

Ces premiers engagements seront nourris des travaux, aux plans national et territorial, du « CNR Santé » qui sera lancé le 3 octobre prochain pour mieux répondre aux besoins de santé de nos concitoyens, et en particulier reconquérir du temps soignant pour tous.

Ce PLFSS est aussi un texte de solidarités et de citoyenneté.

Pour construire la société du bien vieillir, des moyens accrus sont consacrés au soutien à domicile avec en particulier l'instauration jusqu'à deux heures par semaine supplémentaires consacrées au lien social auprès de nos aînés à la fois pour permettre un accompagnement plus humain et mieux prévenir les pertes d'autonomie. Ce PLFSS poursuit également la transformation des EHPAD afin qu'ils soient plus médicalisés mais aussi plus ouverts et plus économes en énergie. Enfin, les contrôles et la transparence sont renforcés pour restaurer la confiance. Dans le champ du handicap, la poursuite de la société inclusive passe par une démarche de sécurisation des parcours individuels et de transformation des établissements médico-sociaux pour accompagner les personnes en situation de handicap à l'école, au travail ou dans la vie de tous les jours.

Être solidaires, c'est aussi prendre soin des familles et leur apporter les services dont elles ont besoin pour concilier tous leurs temps de vie. Conformément à l'engagement du Président de la République, le Gouvernement a l'ambition de construire un nouveau service public de l'accueil du jeune enfant, dont ce PLFSS marque la première étape en réformant le complément de mode de garde avec une attention particulière pour les familles monoparentales, pour lesquelles les aides à la garde d'enfants seront étendues jusqu'aux 12 ans de l'enfant, alors qu'elles s'arrêtent aujourd'hui à ses 6 ans.

Être solidaires, c'est aussi sanctionner ceux qui abiment notre modèle social en en abusant. La lutte contre la **fraude sociale, qu'elle vienne des assurés, des entreprises ou de certains professionnels de santé,** est donc l'un des axes forts de ce PLFSS. Il permettra de disposer d'outils nouveaux pour mieux repérer et sanctionner les fraudeurs.

Enfin, ce PLFSS est également un texte de responsabilité.

Assumer les ambitions qui sont les nôtres implique de veiller au retour à **l'équilibre des comptes sociaux** afin que nos déficits courants ne pèsent pas sur les générations futures.

Le vent a soufflé fort ces deux dernières années et nous avons déployé les moyens nécessaires pour y faire face. A présent, il nous faut tenir le cap du redressement des comptes sociaux afin de contribuer au retour sous les 3 % de déficit public d'ici 2027. Ce redressement sera le fruit d'un effort redoublé de prévention, d'efficience et de pertinence de l'ensemble de notre système social.

Il ne saurait pour autant être assuré sans des investissements dans nos priorités de long terme. C'est le pari que nous avons fait ces deux dernières années et, avec ce PLFSS, nous continuons dans cette voie exigeante mais nécessaire.

Bruno Le Maire, Ministre de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique

Olivier Dussopt, Ministre du Travail, du Plein emploi et de l'Insertion

François Braun, Ministre de la Santé et de la Prévention

Jean-Christophe Combe, Ministre des Solidarités de l'Autonomie et des personnes handicapées

Gabriel Attal, Ministre délégué auprès du ministre de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique, chargé des Comptes publics

Agnès Firmin Le Bodo, Ministre déléguée auprès du ministre de la Santé et de la Prévention, chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé

Geneviève Darrieussecq, Ministre déléguée auprès du ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, chargée des Personnes handicapées

LES MESURES PHARES DU PLFSS 2023

1

RENFORCER LE VIRAGE PRÉVENTIF

- Proposer des rendez-vous de prévention aux âgés clés (20-25 ans, 40-45 ans et 60-65 ans)
- Faciliter l'accès à la contraception d'urgence pour les femmes majeures
- Simplifier l'accès à la vaccination en multipliant les opportunités vaccinales

2

AMÉLIORER L'ACCÈS À LA SANTÉ

- Rénover la vie conventionnelle
- Simplifier et renforcer la coordination de l'installation des professionnels de santé
- Encadrer l'intérim médical et paramédical en établissement de santé

3

MIEUX FINANCER LES MODES D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT

- Répondre aux besoins des familles monoparentales pour les enfants de plus de 6 ans
- Diminuer le coût du recours à une assistante maternelle pour les parents

4

CONSTRUIRE LA SOCIETE DU BIEN VIEILLIR CHEZ SOI

- Ajouter deux heures de vie sociale par semaine dans les plans d'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie
- Financer des soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées et en situation de handicap

5

LUTTER CONTRE LA FRAUDE SOCIALE

- Améliorer la prévention et la détection des fraudes
- Mieux sanctionner la fraude des professionnels de santé
- Accroître le rendement et l'effectivité du recouvrement des créances

www.securite-sociale.fr

Mettre en œuvre le virage préventif

La prévention en santé constitue un axe majeur des engagements du Président de la République. Le Gouvernement souhaite insuffler un renouveau de la politique de prévention de la santé des Français : c'est la condition pour faire progresser l'espérance de vie en bonne santé de nos concitoyens, pour réduire les inégalités d'accès à la santé et lutter contre leurs déterminants, pour renforcer la soutenabilité de notre système tout en continuant à investir dans l'avenir.

Déployer les rendez-vous de la prévention

Depuis 2019, le suivi des enfants a été profondément réorganisé d'une part en redéployant les 20 consultations dédiées afin d'accompagner leur développement de leur naissance à leur majorité, et d'autre part en complétant le calendrier vaccinal. Les efforts vont se poursuivre pour garantir à tous les enfants les mêmes chances, et intervenir le plus précocement possible sur leurs difficultés.

En complément de cette ambition, le PLFSS 2023 étend cette démarche de prévention à l'ensemble de la population adulte en leur proposant des rendez-vous de prévention à plusieurs âges clés de la vie, en complément des dispositifs déjà existants de dépistage organisé de certains cancers par exemple ou de vaccination.

Ainsi, ces nouveaux rendez-vous seront mis en place pour lutter contre l'apparition de facteurs de risques ou de pathologies, à trois périodes clés de la vie (20-25 ans, 40-45 ans, 60-65 ans). Ils seront l'occasion de faire le point sur l'état de santé et ainsi de prévenir l'apparition de facteurs de risque ou de pathologies. Vaccination, dépistage des cancers, santé sexuelle, habitudes de vie (conduites addictives, activité physique, alimentation), dépistage auditif et visuel, santé mentale ; les thèmes abordés au cours de ces rendez-vous seront très larges et adaptés en fonction des âges dans une approche globale de la santé et de la personne. Il s'agira notamment, avec une ambition renforcée d'aller vers, de contribuer à réduire toutes les inégalités de santé, notamment pour les personnes qui sont aujourd'hui plus éloignées de notre système de santé. Ces rendez-vous constitueront un point d'appui pour construire, en fonction des besoins de chacun, des parcours adaptés de santé.

Plus spécifiquement, il s'agira :

- Chez les adultes de 20-25 ans, de renforcer la prévention primaire en élargissant à tous la consultation de santé sexuelle, ainsi que de favoriser un comportement favorable à la santé (lutte contre les addictions, alimentation saine …) ;
- Chez les adultes de 40-45 ans, de prévenir l'apparition de maladies chroniques telles que le cancer, le diabète ou les maladies cardio-vasculaires ;
- Chez les adultes de 60-65 ans, de repérer l'apparition des premières fragilités ou de la perte d'autonomie.

Ces rendez-vous de prévention seront intégralement pris en charge par l'Assurance maladie sans avance de frais de façon à encourager le recours et à favoriser l'inscription dans un parcours de santé.

Des contenus adaptés aux trois tranches d'âges pertinentes

20-25 ans	Renforcer la **prévention primaire** en créant une consultation spécifique visant à **prévenir les cancers, à lutter contre les addictions (tabac, alcool, etc.), à favoriser une alimentation saine et activité physique suffisante**. **Pour les femmes**, cette consultation intègre l'objectif de renforcer **la prévention des cancers du sein et du col de l'utérus**. Complète la consultation de prévention en santé sexuelle et la consultation de prévention bucco-dentaire.
40-45 ans	L'objectif est de **prévenir l'apparition de maladies chroniques** tels que **le cancer, le diabète ou les maladies cardio-vasculaires**, grâce à une **évaluation systématique des facteurs de risque métaboliques modifiables** (HTA, diabète de type 2, hypercholestérolémie) **complétée**, le cas échéant, par une **consultation de prévention** dédiée à la sortie des **facteurs de risque principaux (tabac, alcool, etc.)** et de **promotion de l'activité physique et d'une alimentation équilibrée**. Comble un déficit de mesures préventives pour cette tranche d'âge.
60-65 ans	Pour les adultes en situation de vulnérabilité, **prévenir et dépister l'apparition de fragilité et de perte d'autonomie**, par une approche globale et promouvant **l'activité physique et une alimentation équilibrée.** Permet de consacrer juridiquement les rendez-vous de prévention jeunes retraités, déjà déployés par les caisses d'assurance maladie et retraite depuis 2020, selon une approche globale médico-psychosociale de **prévention des grandes capacités (audition, vision, nutrition, locomotion, cognition, santé mentale).**

Améliorer la santé sexuelle

Dans la continuité des travaux débutés avec le lancement de la « Stratégie nationale de santé sexuelle », l'amélioration de la prévention en matière de santé sexuelle occupe une place importante au cœur de ce PLFSS.

Elargir le dépistage sans ordonnance à d'autres infections sexuellement transmissibles, et pour les moins de 26 ans, leur prise en charge à 100%

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a marqué une première étape en permettant aux assurés d'obtenir la prise en charge intégrale du dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) directement en laboratoire de biologie médicale, sans prescription médicale.

Le Gouvernement souhaite désormais faciliter le dépistage d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) - infection à Chlamydia trachomatis et gonococcie. C'est pourquoi le PLFSS 2023 propose d'étendre l'accès au dépistage sans ordonnance dans tous les laboratoires de biologie médicale à d'autres IST que le VIH. La liste de ces infections sera fixée par arrêté. Pour les jeunes de moins de 26 ans, ces dépistages seront remboursés intégralement par l'assurance maladie, afin de tenir compte de la situation particulière de ces assurés à la fois en matière de risque, de situation économique et d'efficacité de la prévention.

Permettre la gratuité de la contraception d'urgence

Aujourd'hui encore, une grossesse sur trois n'est pas prévue. Cette situation aboutit 6 fois sur 10 à une interruption volontaire de grossesse. Un accès facilité à la contribution d'urgence permettrait de réduire l'incidence des grossesses non prévues. L'accès gratuit et sans prescription médicale à la contraception d'urgence en pharmacie est aujourd'hui garanti pour les jeunes femmes mineures. En revanche, pour les femmes de plus de 18 ans, le remboursement de la contraception d'urgence est conditionné à une prescription médicale, qui n'est pas toujours compatible avec les délais dans lesquels cette contraception doit être prise.

C'est pourquoi, afin de faciliter l'accès à la contraception hormonale d'urgence, il est proposé d'élargir à toutes les femmes majeures la délivrance de la contraception d'urgence hormonale en pharmacie sans condition de prescription médicale avec une prise en charge intégrale par l'assurance maladie. Cette évolution permet de garantir l'accès effectif de toutes les femmes à la contraception d'urgence quels que soient leurs revenus.

Permettre aux pharmaciens, aux infirmiers et aux sages-femmes de prescrire des vaccins sur la base des recommandations de la Haute Autorité de santé

Afin d'améliorer la couverture vaccinale de la population, le PLFSS prévoit d'élargir le nombre de professionnels de santé habilités à prescrire et à administrer les vaccins aux personnes pour lesquelles ces vaccinations sont recommandées. Cette mesure permettra de simplifier le parcours vaccinal des patients en augmentant le nombre de professionnels habilités à vacciner.

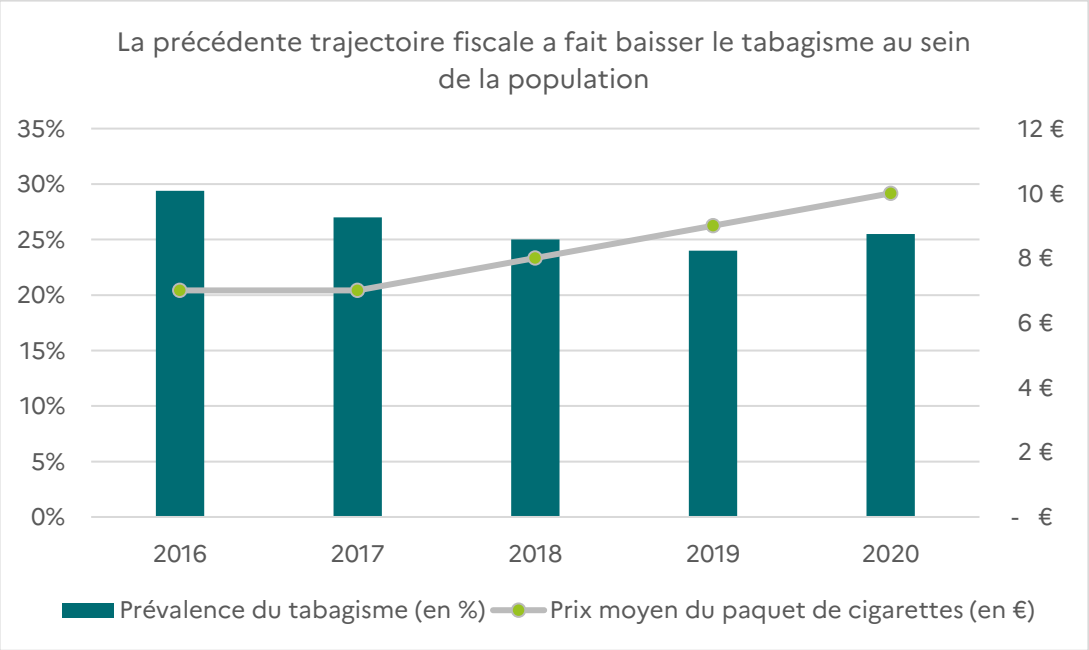
Elle créera une nouvelle compétence de prescription vaccinale pour les pharmaciens et infirmiers, tout en élargissant la liste des vaccins que ces derniers sont autorisés à administrer. Elle élargira également le champ de compétence vaccinale des sages-femmes qui ne sera plus limité aux femmes, aux enfants et à l'entourage des femmes enceintes.

Lutter contre le tabagisme

Le tabagisme demeure l'un des principaux facteurs responsables de la perte d'années de vie en bonne santé. Plus de 70 000 décès lui sont ainsi attribuables chaque année en France (73 000 en 2019). Compte tenu de l'ensemble de ses effets néfastes et des pathologies qu'elle provoque, la consommation de produits du tabac représente un coût direct compris entre 20 et 26 milliards d'euros par an pour l'assurance maladie, alors que le rendement de la fiscalité du tabac, malgré les hausses récentes, se situe lui entre 13 et 14 milliards d'euros par an. Le gouvernement est pleinement engagé pour lutter contre le tabagisme et ses effets, notamment chez les jeunes et les plus vulnérables.

La précédente trajectoire de renforcement de la fiscalité sur les produits du tabac entre 2018 et 2020, qui a conduit à un relèvement du prix du paquet de cigarettes au-delà de 10 euros, a permis une baisse sans précédent de la consommation de ces produits (-22 % de volume entre 2017 et 2021 et une prévalence du tabagisme en recul de trois points selon les données Santé publique France, soit près de 2 millions de Français qui ont arrêté de fumer depuis 2017). Toutefois, dans un contexte de forte inflation (plus de 5 % cette année), le mécanisme actuel de plafonnement de l'indexation de la fiscalité a mécaniquement pour effet de faire décrocher les prix du tabac par rapport à l'évolution des prix des autres produits de consommation courante. En cohérence avec les objectifs de santé publique du Gouvernement, l'indexation de la fiscalité sur l'évolution des prix permettra désormais d'éviter toute baisse des prix réels des produits du tabac, qui pourrait conduire à une hausse de la consommation.

Lien entre hausse des prix et prévalence (2016-2020)



Par ailleurs, il convient de lutter contre les reports de consommation vers les produits de tabac relativement moins taxés (tabac à rouler), ces comportements étant favorisés par l'émergence de nouveaux produits addictifs et contenant également des produits nocifs (tabac à chauffer sous forme de sticks très attractifs notamment pour les jeunes). Il convient également dès lors de mieux prendre en compte ces produits dans le cadre de nouveaux barèmes fiscaux adaptés, dans un souci de cohérence d'ensemble et d'une politique globale de prévention.

Ces mesures s'inscrivent pleinement dans les engagements pris au titre du « Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 » (PNLT) qui prévoit quatre axes prioritaires :

- la protection des enfants et la lutte contre l'entrée dans le tabagisme ;
- l'aide et l'accompagnement des fumeurs pour l'arrêt du tabac ;
- l'action sur l'économie du tabac ;
- l'évaluation et la diffusion des connaissances relatives au tabac.

Un nouveau programme sera défini pour 2023, pour notamment renforcer l'accompagnement à l'égard des populations dont les résultats de prévalence du tabagisme quotidien sont supérieurs à ceux de la population générale, par exemple les populations précaires ou les femmes enceintes.

Améliorer l'accès à la santé pour tous

L'accès aux professionnels de santé doit être amélioré pour tous les Français. Près de 4 millions de Français vivent en effet aujourd'hui dans un désert médical et 6 millions de Français n'ont pas de médecin traitant. Parmi ces patients, 10 % seraient en affection de longue durée. La difficulté d'accès à un rendez-vous médical apparaît dès lors comme une préoccupation majeure dans de nombreux territoires, en milieu rural, en zones périurbaines, mais aussi en zones urbaines pour l'accès à des médecins exerçant sans dépassement d'honoraires.

Dans le prolongement des mesures déjà engagées par le précédent Gouvernement avec « Ma Santé2022 » et la loi relative à l'organisation et à la transformation de notre système de santé, ainsi que des mesures déployées cet été dans les territoires, ce PLFSS prévoit différentes mesures afin d'améliorer l'accès à la santé sur l'ensemble du territoire.

Celles-ci n'épuisent pas l'action gouvernementale en la matière, puisqu'elles ont vocation à être enrichies par les travaux issus du Conseil national de la refondation en santé qui sera lancé début octobre, et par les négociations de la prochaine convention médicale entre l'assurance maladie et les représentants des médecins libéraux.

Capitaliser sur les mesures d'urgence prises cet été

Les mesures de la « mission flash » mises en place cet été, selon des modalités propres et adaptées à chaque territoire, ont permis de soutenir l'action de nos professionnels de santé et d'apporter des solutions concrètes pour garantir l'accès aux soins urgents et non programmés, dans un contexte marqué par de fortes difficultés. Ce résultat a été obtenu avec l'engagement très fort de tous les professionnels mobilisés dans les établissements de santé et en ville, avec le concours de l'Etat et des élus. La « *boite à outils* » proposée cet été pour préserver l'accès aux soins non programmés et urgents des Français s'est fortement déployée sur le terrain, avec des initiatives territoriales adaptées aux besoins et contextes locaux, souvent remarquables (comme le concours des professionnels infirmiers via par exemple la « télémédecine » embarquée).

Cela confirme à nouveau l'engagement des territoires autour d'une boite à outils de solutions et a validé le principe du déploiement du service d'accès aux soins qui est préfiguré dans 22 sites pilotes avec un élargissement important prévu pour 2022 et 2023. En attendant l'évaluation de l'IGAS sur l'efficacité de ces mesures et sur la régulation médicale préalable, les mesures prises cet été pour faciliter le recrutement des médecins libéraux régulateurs vont être pérennisées dans ce PLFSS 2023.

Reconquérir du temps soignant dans tous les territoires

Redonner du sens aux professionnels de santé, reconquérir du temps soignant dans les territoires, alors que notre pays fait face, comme de nombreux pays européens, à des tensions fortes sur la démographie médicale et l'attractivité des métiers du soin, seront au cœur des ambitions portées par le CNR santé. A ce titre, tous les leviers devront être mobilisés et accélérés pour garantir à nos concitoyens une réponse à leurs besoins de santé, quel que soit leur territoire, et quelle que soit leur situation.

Création d'une 4e année de consolidation au diplôme d'études spécialisées de médecine générale

Comme le Président de la République s'y était engagé, le travail est lancé par ce PLFSS pour consolider une 4e année au diplôme d'études spécialisées de médecine générale (internat).

La réalisation de cette année supplémentaire de troisième cycle, réalisée exclusivement en ambulatoire sous la supervision de Maîtres de Stages Universitaires, permettra d'enrichir la formation de nos futurs médecins. Elle permettra ainsi d'aligner la formation des médecins généralistes sur le même modèle que l'ensemble des autres spécialités. Un véritable projet pédagogique permettra, durant cette année supplémentaire d'internat, d'accompagner les futurs médecins à leur installation rapide.

Une mission lancée conjointement par le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et le ministère de la Santé et de la Prévention permettra de concerter avec l'ensemble des parties prenantes sur les conditions de succès de cette réforme et de construire ainsi le contenu pédagogique avec toutes les parties prenantes concernées.

Rénover la vie conventionnelle

Au regard des enjeux d'accès à la santé et de rénovation de la politique publique de santé, il convient de donner aux partenaires conventionnels les nouveaux outils nécessaires pour porter dans les conventions une véritable restructuration des pratiques et de l'offre de soins en ville. Les conventions entre les professionnels de santé et l'Assurance maladie permettent de tenir compte des spécificités de leur mode d'exercice libéral et de garantir des remboursements correspondant aux tarifs des soins. Dans la perspective de la discussion de la future convention médicale dont la signature devrait intervenir au plus tard en mars 2023, il apparaît important d'envisager en amont un cadre clarifié, coordonné et homogène pour l'ensemble des professions de santé conventionnées.

Ce cadre conventionnel renouvelé permettra d'accompagner pleinement les engagements réciproques qui feront l'objet des discussions dans le cadre du « CNR santé » pour permettre d'améliorer la réponse aux besoins de santé dans les territoires, et notamment de créer les conditions d'un renforcement du temps soignant dans les zones sous denses.

Simplifier et renforcer la coordination de la politique de l'installation

De nombreux contrats sont aujourd'hui proposés par l'Assurance Maladie et l'Etat pour inciter les médecins libéraux à s'installer ou à maintenir leur activité dans les zones les plus fragiles en matière d'offre de soins. En parallèle, certaines collectivités territoriales proposent des aides afin de soutenir les primo installations et installations dans leurs territoires. Cette diversité des aides constitue un paysage peu lisible, ce qui peut limiter leur portée.

Le Gouvernement entend donc harmoniser les dispositifs d'aide à l'installation en renvoyant l'ensemble des dispositifs portés par l'Etat (en particulier le contrat de début d'exercice) au champ conventionnel, sauf pour les étudiants et les remplaçants. Les partenaires conventionnels devront ainsi repenser les aides démographiques, dans un souci de simplification afin qu'elles répondent aux besoins des médecins et représentent une véritable incitation à l'installation.

Parallèlement à cette ambition de lisibilité, les territoires seront incités à généraliser le déploiement dans les territoires de guichets uniques permettant d'apporter toutes les réponses concrètes aux questions que se posent les jeunes médecins avant de s'installer en libéral. L'ensemble de ces évolutions sera utilement portée par l'installation de comités territoriaux permettant à l'Etat et aux élus de renforcer ensemble leur action.

Remettre l'éthique au cœur du système de santé

Le recours à l'intérim des professions de santé s'est continument accru au cours des dernières années, malgré une volonté politique forte de mieux le réguler (taux de recours de près de 20 % au travail temporaire pour le personnel médical selon une étude de la DGFIP datant d'octobre 2021, incluant l'intérim médical strict et les contrats de gré à gré de courte durée).

Outre son impact financier majeur dans les budgets des établissements - pour l'hôpital public, ce coût annuel est passé de 500 millions d'euros en 2013 à 1 424 M€ en 2018 -, le recours à l'intérim engendre une déstabilisation des services et des équipes, particulièrement forte dans des territoires marqués par la fragilité de la démographie en professionnels de santé.

Dans ces conditions, et pour ramener sérénité et cohésion au sein des collectifs de travail, le PLFSS renforce la régulation de l'intérim, en début de parcours après l'obtention du diplôme. Cette évolution, qui vise aussi à remettre l'éthique au cœur du système de santé, a vocation à s'appliquer à un ensemble large de professionnels. Elle ira de pair avec les travaux à engager sur l'accompagnement des débuts de carrière, au service des jeunes professionnels.

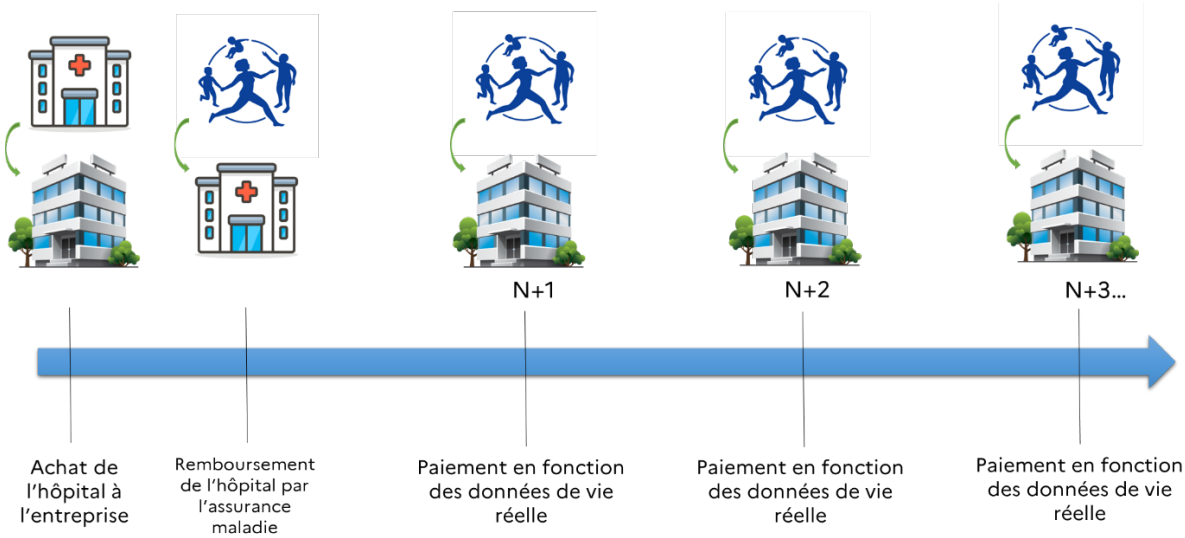
Le PLFSS vient ainsi renforcer les mesures d'encadrement de l'intérim médical déjà existantes, issues de la loi du 26 avril 2021, et visant à mettre en adéquation la rémunération des praticiens intérimaires avec la réglementation, mesures dont

l'application effective aura vocation à être accompagnée dans le cadre de la déclinaison territoriale du CNR en santé.

Favoriser l'accès à l'innovation en sécurisant le financement des médicaments de thérapie innovante

Certains médicaments, dits de thérapies innovantes (qui incluent les thérapies géniques), dont les prix sont très élevés, posent des questions d'accès et de soutenabilité du financement à long terme. Ces prix très importants, de plusieurs millions d'euros par patient, reposent sur l'estimation d'un bénéfice durable (sur plusieurs années, voire sur la vie entière du patient), après une seule prise du médicament. En outre, ces traitements sont très consommateurs de ressources hospitalières, car ils exigent un recours à des équipes d'expertise poussée et disposant de plateaux techniques adaptés. Dès lors se pose la question de l'adaptation des mécanismes de régulation tarifaire et de financement de ces thérapies, pour les établissements y ayant recours, afin d'éviter une avance de frais de plusieurs millions d'euros par patient, et pour l'assurance maladie, si le pari de l'effet bénéfique de long terme n'était au final pas tenu.

Ce PLFSS propose ainsi un modèle de financement novateur pour les médicaments de thérapies innovantes afin d'assurer une équité d'accès sur le territoire en levant la contrainte financière sur les établissements et en partageant le risque de financement entre l'entreprise et l'assurance maladie. Ce modèle repose toujours sur une négociation entre l'industriel et le comité responsable de la tarification des produits de santé, mais en y adjoignant deux paramètres importants : l'étalement des paiements, et le paiement en fonction des résultats de vie réelle.



Construire un nouveau service public de l'accueil du jeune enfant

L'enfance est l'une des priorités de ce quinquennat. Dans la continuité des réformes engagées dans le chantier des 1 000 premiers jours, il est essentiel de répondre à la première préoccupation des parents aujourd'hui : le manque de solutions de garde pour les enfants – et notamment les enfants de moins de 3 ans. Pour réussir, le Gouvernement souhaite bâtir, avec les collectivités, un véritable service public de la petite enfance en mettant en place des solutions proches des domiciles et accessibles financièrement, prioritairement pour ceux qui en ont le plus besoin : les parents qui élèvent seuls leurs enfants, le plus souvent des femmes.

Le PLFSS pour 2023 marque une des premières étapes de la construction de ce nouveau service public de l'accueil du jeune enfant.

Renforcer les aides à destination des familles monoparentales

Les familles monoparentales sont confrontées à des difficultés spécifiques pour concilier vie privée et vie professionnelle. Elles présentent également des niveaux de vie très inférieurs à ceux des parents en couple. Pour améliorer la situation de ces familles fragiles, ce projet de loi porte plusieurs mesures fortes.

Revaloriser l'allocation de soutien familial

Pour lutter contre les disparités de niveau de vie entre familles monoparentales et ménages en couple, et diminuer leur exposition à la pauvreté, les aides financières à destination de ces familles seront renforcées. A partir du mois de novembre, l'allocation de soutien familial, destinée aux parents isolés, sera ainsi revalorisée de 50 %. Son montant passera de 123,54 euros par mois et par enfant à 185,33 euros par mois et par enfant. Cela représente un effort de financement supplémentaire de 850 M€ par an pour la branche famille.

Aider financièrement les familles monoparentales à faire garder leurs enfants âgés de 6 à 12 ans

Au-delà de six ans, les dispositifs publics d'aide à la garde d'enfants sont limités, alors même que les enjeux de conciliation entre vie familiale et vie professionnelle restent importants, surtout pour les familles monoparentales qui ne peuvent pas obtenir le relai d'un autre parent.

Ce PLFSS prévoit d'étendre le complément de libre-choix du mode de garde (CMG) jusqu'aux 12 ans de l'enfant pour les familles monoparentales afin de faciliter leur accès à un mode de garde formel pour leurs enfants plus âgés. Cela constitue une avancée majeure pour les aider à concilier leurs différents temps de vie, favoriser leur accès ou leur maintien dans l'emploi mais aussi pour leur permettre de prendre des temps de répit.

En 2023, la systématisation du dispositif d'intermédiation des pensions

Les impayés de pensions alimentaires concernent jusqu'à 30% des parents bénéficiant d'une pension. Depuis 2020, celles-ci peuvent être payées par le parent débiteur à l'agence de recouvrement et d'intermédiation des pensions alimentaires (ARIPA), qui se charge de la reverser immédiatement au parent créancier, afin de sécuriser le versement de la pension. En cas de manquement du débiteur, l'agence engage une procédure de recouvrement de l'impayé et verse aux parents isolés une allocation de soutien familial (ASF).

Dans l'objectif de renforcer le dispositif, la LFSS pour 2022 a systématisé l'intervention de l'ARIPA pour toutes les pensions alimentaires nouvellement fixées.

Dès le 1er mars 2022, l'intermédiation de la pension est ainsi mise en place pour tous les parents qui divorcent devant la justice, sauf refus conjoint des deux parents. Les premiers effets de la réforme ont été importants : au 31 août 2022, plus de 85 000 pensions sont intermédiées, soit une progression de plus de 200 % par rapport au mois d'août 2021.

A compter du 1er janvier 2023, la systématisation sera étendue à tous les autres types de décisions de justice comportant la fixation d'une pension alimentaire, ainsi qu'aux divorces par consentement mutuel. Cette nouvelle étape achèvera la systématisation de l'intermédiation, afin que celle-ci puisse pleinement jouer son rôle de prévention des impayés.

Le partage de la prestation du complément de mode garde en cas de garde alternée de l'enfant

A l'heure actuelle, en cas de résidence alternée de l'enfant, seules les allocations familiales peuvent faire l'objet d'un partage entre les deux parents. Ainsi, dans cette situation, seul le parent allocataire peut bénéficier du versement du complément de mode de garde versé pour l'aider à financer les solutions d'accueil de son enfant, alors même que l'autre parent assume souvent une partie des coûts de la garde. Le PLFSS 2023 ouvre la possibilité à chacun des parents d'un enfant en résidence alternée de bénéficier du CMG « emploi direct » au titre de cet enfant.

Diminuer les coûts pour accéder aux modes d'accueil du jeune enfant

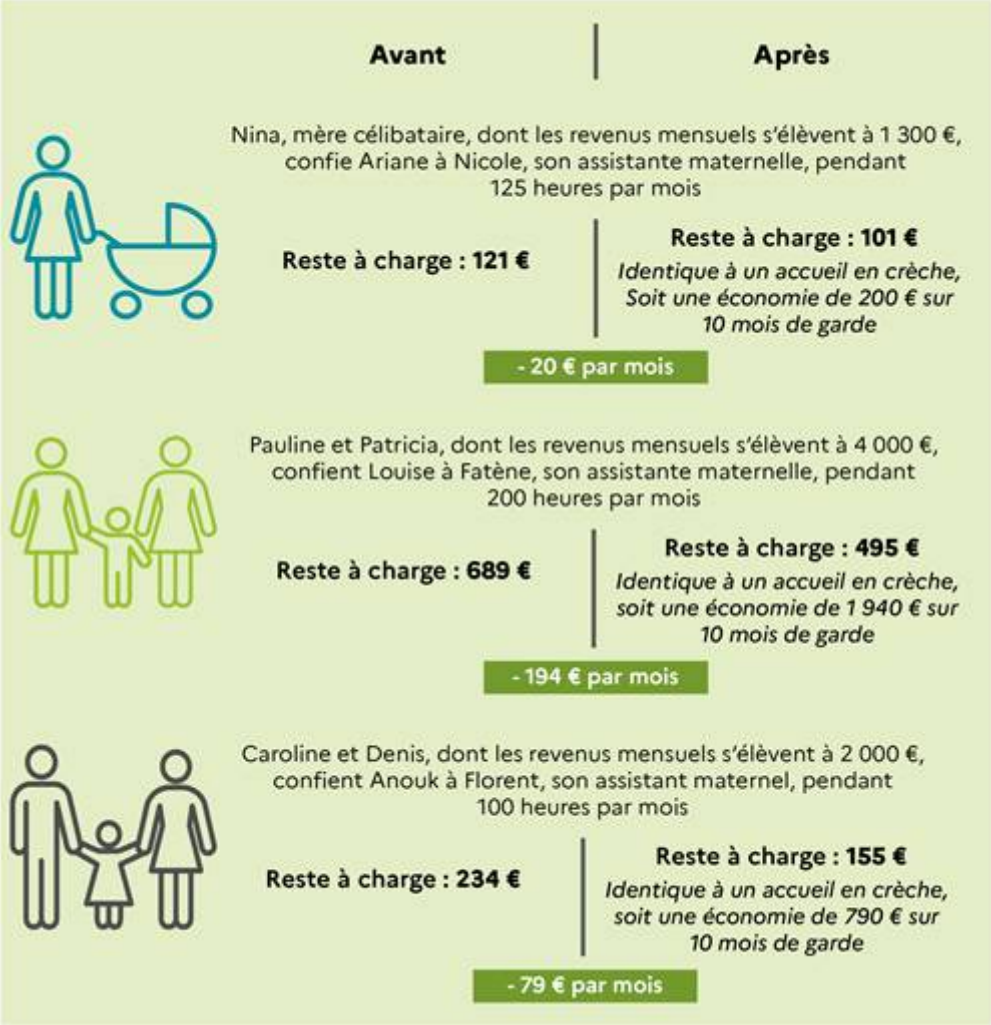
La réforme du mode de calcul du CMG « emploi direct » : plus d'équité dans l'accès aux modes d'accueil du jeune enfant

Le complément de libre choix du mode de garde (CMG), pris en charge par la branche famille, contribue au financement de la garde d'un enfant par un assistant maternel ou par une garde d'enfant à domicile, mais présente plusieurs limites. Il laisse aujourd'hui des restes à charge très élevés, dissuasifs pour les familles les plus modestes. Ses modalités de calcul induisent des effets de seuil et prennent mal en compte les besoins d'accueil importants. Enfin, ses modalités de calculs induisent

pour tous les parents des restes à charge très différents de ceux assumés par les familles recourant à une crèche, qui sont eux totalement proportionnels au nombre d'heures d'accueil et à leurs ressources.

La réforme du mode de calcul du CMG « emploi direct » permettra à partir de 2025 de rendre l'accueil par un assistant maternel aussi accessible que la crèche et d'harmoniser les restes à charge entre ces deux modes d'accueil. Elle constitue un pas majeur vers le « service public de la petite enfance » que le Gouvernement appelle de ses vœux.

Exemples d'application du nouveau mode de calcul du complément mode de garde*



** Calcul actuel basé sur le coût médian actuel de 4,39€/heure d'accueil chez un assistant maternel.*

Simplifier la délivrance des indemnités journalières au moment de l'arrivée d'un enfant

L'arrivée d'un enfant est un moment particulièrement sensible pour les parents qui doivent interrompre leur activité professionnelle. Pendant cette période, le salarié bénéficie d'indemnités journalières versées par l'assurance maladie destinées à lui garantir une protection et à neutraliser sa perte de revenus. Ces indemnités journalières peuvent néanmoins être versées avec retard en raison des délais de transmission des éléments de salaires nécessaires au calcul de l'indemnisation. Aujourd'hui, pour 30 % des assurés en congé maternité ou paternité, les employeurs versent directement au salarié un montant correspondant aux indemnités journalières, et perçoivent ensuite les indemnités versées par les caisses.

Pour accompagner la montée en charge de l'allongement du congé paternité entré en vigueur le 1er juillet 2021 et éviter la rupture de ressources lors du congé maternité, l'employeur versera au salarié, lors de la paie, une somme au moins égale aux indemnités journalières dues par l'assurance maladie. En contrepartie, un délai de remboursement court de l'assurance maladie aux employeurs sera garanti, afin qu'ils ne subissent aucune perte de trésorerie. Ce mécanisme de subrogation couvrira une grande majorité des salariés, quel que soit leur statut et leur niveau de revenu, et sera mis en œuvre progressivement entre 2023 et 2025, en fonction de la taille des entreprises.

Transférer le financement des indemnités liées au congé maternité à la branche famille

Actuellement, la totalité des dépenses d'indemnités journalières au titre du risque maternité sont financées par la branche maladie. C'est un choix historique qui n'est plus cohérent. L'objet de ces dépenses n'est pas seulement de couvrir les frais et risques de santé spécifiques liés à la maternité mais aussi de permettre aux familles de se préparer et d'accompagner l'accueil de l'enfant à sa naissance ou son adoption. Les indemnités journalières versées au titre du congé paternité sont par ailleurs déjà financées par la branche famille, et ce depuis l'origine.

Le PLFSS 2023 propose de transférer à la CNAF une partie de la prise en charge financière des indemnités journalières au titre du congé maternité, pour un montant d'environ 2 Md€ en 2023, soit 60 % environ de leur coût total, cette part correspondant à la part observée ces dernières années des indemnités versées au titre de la période post-natale de ce congé. 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.

Renforcer la politique de soutien à l'autonomie

Une forte progression du financement des politiques de soutien à l'autonomie en 2023

Depuis sa création en 2020, la branche autonomie a vu ses missions se préciser, et de nouvelles priorités lui ont été confiées par les projets de loi de financement successifs. Ses objectifs sont d'assurer une plus grande égalité de traitement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap partout sur le territoire, de renforcer la qualité et de l'offre d'accompagnement.

En termes financiers, l'année 2022 a été marquée par :

- **un effort important en faveur de l'attractivité des métiers de l'autonomie**, notamment l'effet de l'extension des mesures de revalorisation salariale du Ségur de la santé aux personnels des établissements accueillant des personnes en situation de handicap (accords « Laforcade »), ainsi que les revalorisations issues de la conférence des métiers de l'accompagnement social et du médico-social qui ont représenté un effort de 3,2 Md€ pour la branche autonomie.
- **l'instauration d'un tarif plancher (22 € par heure)** et **d'une dotation qualité (en moyenne l'équivalent de 3 € par heure)** pour les services à domicile au profit des personnes en perte d'autonomie contribue également à la hausse des dépenses. Cette mise à niveau tarifaire intégralement compensé aux départements par la branche autonomie, représente un effort de financement à terme de 680 M€ (article 44 de la LFSS pour 2022).

En 2023, l'objectif global de dépenses (OGD) augmenterait respectivement de 5,1 % et 5,2 % pour la prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, pour atteindre 30 Md€. A partir de 2024, la branche bénéficiera d'une fraction de CSG augmentée de 0,15 point de la part de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), conformément aux dispositions de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

Cette trajectoire traduit la poursuite de l'engagement du Gouvernement en faveur de la prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. L'augmentation des ressources est à nouveau supérieure à celle de l'ONDAM dans son ensemble (+ 3,7 % une fois neutralisées les dépenses liées à la crise sanitaire). Ce sont ainsi près de 1,5 Md€ de financements supplémentaires qui seront consacrés au secteur médico-social en 2023.

Mesures en faveur de l'autonomie des personnes âgées en 2023 (coût pour la branche autonomie, hors mesures de revalorisations salariales et investissement du Ségur)

En M€	**2023**
Etablissements	
Recrutements en EHPAD	170
Développement de l'offre en EHPAD	40
Services à domicile	
SSIAD (réformes de la tarification et développement de l'offre)	120
Tarif plancher et dotation qualité pour les SAAD	250

Construire la société du bien vieillir chez soi

La France est confrontée au grand défi du vieillissement de sa population. Aujourd'hui, une personne sur cinq est âgée de plus de 65 ans. En 2035, ce sera le cas d'un quart de la population. Pour répondre à l'attente très forte des Français de vieillir chez eux le plus longtemps possible, le Gouvernement s'est engagé dans une politique de développement et de transformation des services à domicile avec un meilleur financement et une meilleure coordination avec le soin.

Mieux valoriser le financement des services proposant des soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées et en situation de handicap

Pour accélérer la prise en charge à domicile attendue des Français, les modes de financement doivent inciter les services de soins à domicile à accompagner des personnes avec un niveau de perte d'autonomie et un besoin de soins plus importants.

La réforme de la tarification des soins à domicile est ainsi un élément essentiel du maintien à domicile des personnes en situation de perte d'autonomie. Pour permettre aux personnes qui le souhaitent de continuer de vivre et de vieillir chez elles, les services proposant des soins infirmiers doivent répondre à leurs besoins, qui iront croissants dans les années à venir. C'est pourquoi le modèle tarifaire précédent, dans lequel la structure aidante percevait le même financement quelles que soient les caractéristiques des prises en charge réalisées auprès des personnes, a été adapté par la LFSS pour 2022 (article 44). La réforme a permis de créer une dotation globale partiellement modulée en fonction des caractéristiques des personnes accompagnées. Le Gouvernement a décidé de consacrer 240 M€ au financement de cette réforme d'ici 2030.

Pour poursuivre cet objectif, le PLFSS 2023 précise les conditions de la collecte des informations nécessaires à la tarification des services, à la fiabilisation et au contrôle de ces données. Les conseils départementaux transmettront ces informations à la CNSA pour permettre des contrôles ciblés, et, le cas échéant, actualiser la tarification au plus près des besoins.

Lutter contre l'isolement en ajoutant deux heures de lien social par semaine dans les plans d'aide à la perte d'autonomie

Afin de renforcer le temps dédié à l'accompagnement et au lien social, le PLFSS 2023 prévoit le financement jusqu'à deux heures supplémentaires de vie sociale au bénéfice des personnes âgées.

Ce temps supplémentaire, spécifiquement consacré à l'accompagnement et au lien social, vise à prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées accompagnées. Les personnes éligibles à l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) se verront ainsi proposer jusqu'à deux heures de soutien qui seront dédiées à l'accompagnement et au lien social. L'objectif est de prévenir la perte d'autonomie et de repérer les fragilités. Les actions réalisées lors de ces heures de présence supplémentaires permettront de renouer du lien social avec les aînés. Ces heures de présence seront ainsi l'occasion de sanctuariser du temps pour des actions de repérage des fragilités, des stimulations de la mémoire et, plus généralement de prévention de la perte d'autonomie.

L'objectif est également de pouvoir garantir un temps de travail suffisant pour que les aides à domicile puissent exercer leur rôle de soutien en dehors des heures où des gestes professionnels sont requis (lever, coucher, repas etc.). Ainsi, la mise en œuvre de cette réforme contribuera à redonner du sens à ces métiers exercés à domicile et à renforcer leur attractivité. Cela permettra également de limiter les temps partiels subis et de réduire les temps d'intervention fractionnés et ainsi d'améliorer les conditions de travail des professionnels exerçant à domicile.

L'entrée en vigueur de la réforme est prévue au 1er janvier 2024, pour laisser une phase de concertation suffisante avec les départements et les représentants du secteur en vue de définir les modalités d'attribution de ces heures d'accompagnement et de lien social et préparer le décret d'application de cette mesure.

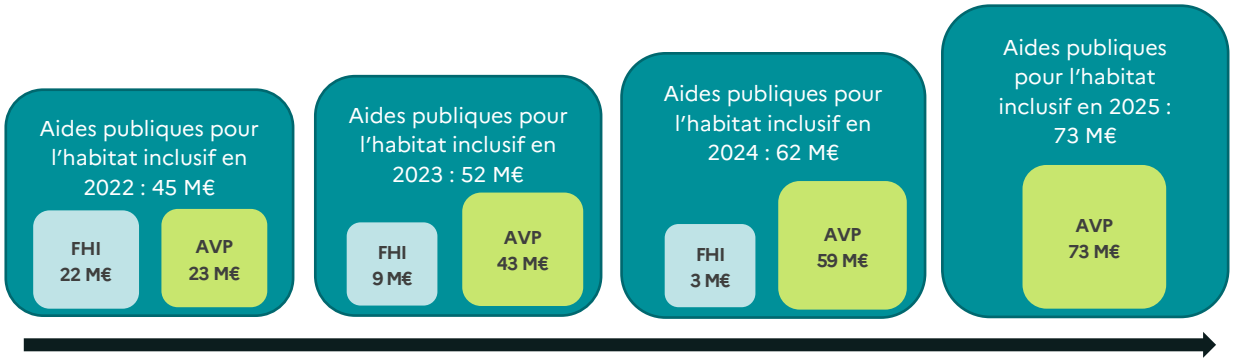
A compter de 2024, la montée en puissance de l'adaptation des logements au grand âge se traduira par le déploiement du dispositif « MaPrimAdapt' » par l'ANAH qui permettra notamment de simplifier et d'unifier les aides et dépenses fiscales existantes.

Poursuivre la diversité de lieux d'habitat en finançant l'habitat inclusif

L'habitat inclusif est destiné aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap qui font le choix de partager un habitat et un projet de vie sociale qu'ils construisent ensemble.

Dans cet habitat, les habitants peuvent disposer d'une aide pour la vie partagée (AVP), instaurée par la LFSS pour 2021, qui permet de financer la mise en œuvre de ce projet de vie sociale avec l'intervention d'un professionnel. Cette aide pour la vie personnelle est un droit individuel attribué par le conseil départemental et versé directement au porteur du projet de l'habitat inclusif. La cinquième branche leur apporte un soutien financier en participant à hauteur de 80 % aux dépenses d'AVP qui seront engagées pendant 7 années. Aujourd'hui, la quasi-totalité des départements se sont engagés dans cette démarche et ont décidé d'inscrire l'AVP dans leur règlement départemental d'aide sociale d'ici la fin de l'année 2022. C'est ainsi près de 7 900 personnes en situation de handicap et 7 900 personnes âgées qui pourront vivre dans ces habitats à horizon des 7 prochaines années.

Actuellement, une autre modalité de financement de l'habitat inclusif existe, non cumulable avec l'AVP : le forfait pour l'habitat inclusif versé par les ARS aux porteurs de projet. Une mesure présentée en PLFSS pour 2023 prévoit que, à compter du 1er janvier 2025, l'AVP devient la seule modalité de financement du projet de vie sociale et partagée. Cette simplification se traduira par une augmentation des financements qui permettront le développement de cette offre d'habitat. La participation de la cinquième branche à ces dépenses évoluera dans le temps : 65 % pour les années 2023 et 2024. A partir de 2025, les dépenses seront réparties équitablement entre les départements et la cinquième branche.



Faire des EHPAD des lieux de vie plus sûrs et plus médicalisés

Dans la suite du plan d'investissement du Ségur, les EHPAD devront être modernisés et davantage médicalisés pour mieux accompagner les résidents.

Renforcer la présence de soignants auprès des résidents

Face aux limites du modèle actuel des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) qui manquent souvent de personnels soignants et sont trop faiblement médicalisés, le PLFSS pour 2022 avait prévu possibilité pour les EHPAD d'acquérir le statut de « centre de ressource territorial » en fournissant un appui aux professionnels du territoire, ainsi qu'en proposant une offre « hors les murs » pour les personnes âgées nécessitant un soutien plus intensif. Le renforcement de la présence des soignants, avec un accroissement des personnels en établissement, une augmentation du temps du médecin coordonnateur, et le financement d'astreinte d'infirmière de nuit a également été engagé.

Le PLFSS pour 2023 prévoit, conformément aux engagements présidentiels, de renforcer la présence de soignants auprès des résidents, en recrutant 50 000 professionnels soignants (infirmiers et aides-soignants).

Lutter contre les dérives de certains acteurs

L'affaire Orpéa a mis en lumière les enjeux de maltraitance, mais elle a montré aussi la nécessité de compléter les leviers à la disposition des pouvoirs publics afin de mieux contrôler les EHPAD sur le plan comptable et financier, et de prévenir à l'avenir les dérives et abus susceptibles de survenir au niveau des groupes gestionnaires d'EHPAD. La priorité doit être donnée à la sécurité des résidents et à la qualité de l'accueil.

Dans cette perspective, un vaste plan de contrôle des 7 500 EHPAD de France a été lancé, accompagné d'un renforcement pérenne et significatif des moyens humains des agences régionales de santé dédiés aux contrôles pour garantir la sécurité des résidents et la qualité de leur accompagnement.

Dès le printemps 2022, des mesures réglementaires ont également été prises pour créer un « choc de transparence » des établissements envers les résidents et les familles avec des obligations de publication annuelle d'indicateurs clefs sur le fonctionnement des EHPAD en direction du grand public. Ces mesures visent aussi une meilleure régulation des pratiques tarifaires des groupes privés commerciaux d'EHPAD, avec la mise en place d'outils juridiques et comptables qui permettront de veiller à la transparence et au bon usage des fonds publics.

Le PLFSS 2023 complète les exigences de transparence et de régulation financière des établissements et services médico-sociaux, avec un ensemble de mesures co-construites avec toutes les parties prenantes. Elles visent à organiser les modalités de la récupération des financements publics détournés de leurs fins et à garantir la mise en œuvre effective de sanctions financières à l'encontre de pratiques illégales

des organismes gestionnaires. Dans le même esprit, elles visent à élargir les compétences en matière de contrôle des autorités administratives permettant ces sanctions. Afin de faciliter les procédures de récupération, la CNSA pourra assurer elle-même un recouvrement au niveau national, au profit des ARS, mais aussi des conseils départementaux et des métropoles (pour les financements pour lesquels la CNSA apporte son concours, notamment APA en établissement et fonds de service d'aide et d'accompagnement à domicile).

Bâtir une société plus inclusive pour les personnes en situation de handicap

L'engagement vers une société inclusive portée depuis 2017 se poursuit et s'amplifie, avec l'ambition de transformer les services d'accompagnement et des établissements médico-sociaux pour offrir un soutien adapté à chaque personne en situation de handicap.

Les moyens mis en œuvre dans le cadre du PLFSS pour 2023 se déclinent selon les grands objectifs suivants :

- poursuivre l'investissement en faveur de la scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap et le développement de l'école inclusive ;
- rattraper le retard et proposer des solutions nouvelles en direction de publics prioritaires :
    - les personnes en situation de handicap vieillissantes, nécessitant un accompagnement spécifique ;
    - les personnes en situation de polyhandicap ;
    - les politiques en faveur du handicap Outre-mer ;
    - la prévention des départs vers la Belgique ;
- poursuivre des mesures spécifiques concernant l'autisme et les troubles du neuro développement.

L'année 2023 et la conférence nationale du handicap permettront à l'ensemble des acteurs de définir les grands axes et chantiers de transformation du quinquennat tant sur l'offre médico-sociale, la scolarisation, l'accès aux droits et à l'emploi.

Les actions de la stratégie nationale de l'autisme se poursuivent en 2023

Mise en œuvre depuis 2018, la stratégie nationale commence à modifier en profondeur un environnement et des pratiques qui pénalisaient trop sévèrement les personnes concernées et les familles, alors que l'impact sociétal de l'autisme, des troubles dys, du TDAH et du trouble du développement intellectuel (TDI) se mesure souvent au quotidien. Afin d'amplifier la dynamique enclenchée au bénéfice des enfants mais aussi des adultes, la stratégie va continuer de se déployer en 2023.

Les moyens supplémentaires engagés permettent notamment de massifier le repérage et l'accompagnement précoce des enfants de 0-6 ans. 30 000 enfants ont été repérés et adressés à l'une des 91 plateformes de coordination et d'orientation (PCO) déployées sur tout le territoire, et 19 000 d'entre eux ont bénéficié du financement total des interventions d'un ergothérapeute et/ou d'un psychomotricien et/ou d'un psychologue.

Ils permettent également de scolariser des élèves autistes, en milieu ordinaire et à plein temps. Plus de 42 000 élèves autistes étaient scolarisés en milieu ordinaire à la rentrée de septembre 2021. 336 classes spécifiques ont été créées sur tout le territoire : des Unités d'enseignement maternelle autiste (UEMA) et élémentaire (UEEA). La stratégie nationale a également favorisé le développement de plusieurs formes de scolarisation : 33 écoles ont déployé un dispositif innovant d'autorégulation. Pour la rentrée de septembre 2022, 86 nouvelles ouvertures de classes ont eu lieu.

Enfin, les solutions d'accueils et d'accompagnement des adultes se sont multipliées. La première des 40 unités résidentielles pour adultes autistes à profil très complexe à ouvert dans le Var en février 2022. Ces unités ont pour objectif d'offrir un lieu de vie aux personnes, 365 jours/an et 24h/24h. Elles se déploient progressivement sur tout le territoire, 11 régions s'étant engagées dans la démarche.

Lutter contre les abus et la fraude sociale

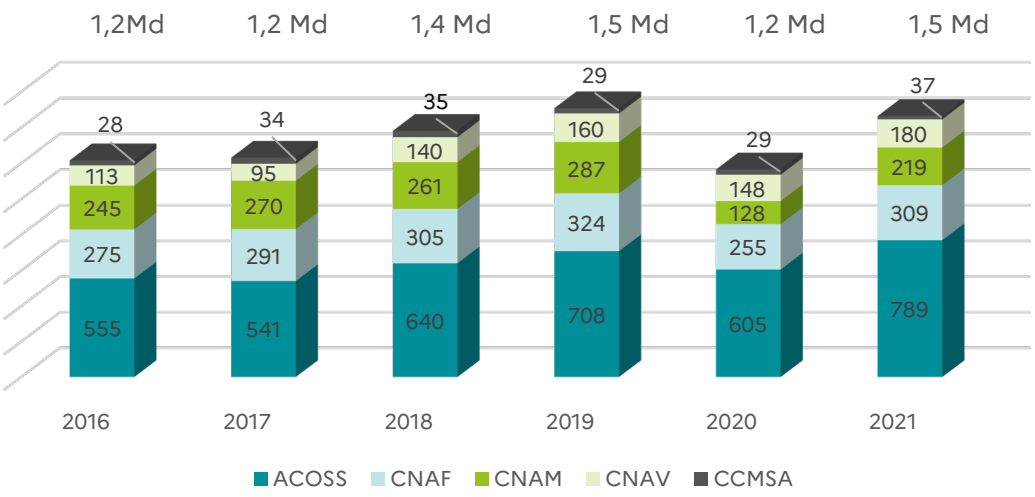
La lutte contre les abus et la fraude représentent autant un enjeu financier qu'un enjeu éthique, de solidarité et de confiance, car la fraude porte atteinte au pacte républicain qui fonde depuis 1945 la sécurité sociale. Elle concerne à la fois la fraude aux prestations versées (fraude commise par les assurés ou par des acteurs de la santé) et la fraude aux cotisations par les entreprises (travail dissimulé, sous déclaration…).

Des progrès constants depuis 10 ans

La fraude sociale est de mieux en mieux détectée

Les résultats de détection de la fraude sociale sont en constante progression. La détection de la fraude a été multipliée par 2,5 entre 2011 et 2021 et a augmenté de 74 % en cinq ans. Entre 2016 et 2021, les montants détectés ont continué de progresser pour atteindre 1,5 Md€ en 2021, constitués à parité de fraudes aux cotisations et de fraude aux prestations.

Montants détectés



La fraude aux prestations et aux cotisations est de mieux en mieux évaluée

Jusqu'à récemment, seules les branches recouvrement et famille réalisaient des estimations de la fraude globale. La branche recouvrement estime ainsi l'ampleur de la fraude à 8,1 Md€ en 2020, soit 2 % du montant des cotisations recouvrées, tandis que la branche famille estime la fraude aux prestations versées à 2,3 Md€ en 2018, soit un peu plus de 3 % du montant des prestations versées.

Or, pour appréhender plus justement le niveau de fraude sociale, mieux cibler les contrôles et les rendre plus efficaces, il est essentiel d'établir une cartographie qui couvre l'ensemble des risques concernés.

Des travaux importants ont donc été entrepris au cours des deux dernières années par les branches maladie et vieillesse, avec l'objectif à terme de disposer de cartographies détaillées visant à guider et orienter les contrôles.

Ces éléments, qui seront enrichis chaque année, vont permettre de mettre en œuvre des stratégies ciblées de contrôle et de lutte contre les abus et contre la fraude plus efficaces et mieux orientées vers les prestations ou situations les plus à risques. Ils démontrent également que la perception de la fraude sociale peut être erronée, à la fois dans son ampleur comme dans ses caractéristiques. Ainsi, certaines fraudes très présentes dans le débat public, notamment celles commises par les assurés représentent un montant moins important que les autres formes de fraude sociale.

Les contrôles et les échanges d'information ont été renforcés

Les effectifs totaux dédiés à la lutte contre la fraude représentent plus de 5 000 agents au sein du réseau des organismes de sécurité sociale : plus de 2 000 au sein de la branche famille, et environ 1 500 pour les branches maladie et recouvrement.

Les actions engagées depuis 2017 reflètent les priorités du Gouvernement en matière de lutte contre la fraude :

- des contrôles sur les conditions de régularité et de résidence pour bénéficier de la protection maladie universelle (PUMa) grâce notamment à des échanges d'informations renforcés avec les outils utilisés par le ministère de l'Intérieur ;
- la résorption du parc de cartes Vitale : entre 2019 et 2022, l'Assurance maladie a procédé à la résorption quasi-complète du stock excédentaire de cartes Vitale, en faisant diminuer ce nombre de 600 000 à environ 3 000. Ces travaux ont montré qu'il s'agissait essentiellement de cartes perdues, remplacées sans que les anciennes n'aient été désactivées. La Cnam a également conduit en parallèle un travail visant à fiabiliser les données sur le nombre d'assurés, en faisant sortir des bases de données plus de deux millions d'individus décédés, en fin de droits, ou pour lesquels l'affiliation était obsolète ;
- la mise en œuvre en 2023 d'un contrôle de l'existence par la biométrie des bénéficiaires d'une pension vieillesse pour les résidents à l'étranger.

Fruit de cette politique ambitieuse et de cette mobilisation collective, les résultats de la lutte contre la fraude ont ainsi été multipliés par 2,5 entre 2011 et 2021 pour atteindre 1,5 Md€ de fraude détectée. L'Acoss a notamment procédé au redressement de 789 M€ en 2021, dont près de 90 % liés à de la dissimulation ou de la minoration d'emploi salarié.

Accélérer la lutte contre la fraude

L'ampleur et la pluralité des formes de la fraude sociale invitent à renforcer les dispositifs de contrôle

Le PLFSS pour 2023 comprend un arsenal de mesures renforçant les moyens de lutte contre la fraude sociale et visant à accroître la capacité des organismes sociaux à faire face aux fraudes complexes ou de grande ampleur, avec trois priorités :

- Améliorer la prévention et la détection des fraudes :
    - **Face à leur explosion ces derniers mois, les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une téléconsultation par un autre médecin que le médecin traitant ou un médecin vu au cours des 12 derniers mois** ne seront remboursés que dans certaines conditions limitatives afin de limiter les abus ;
    - **Des prérogatives de police judicaire seront attribuées à certains agents de contrôle**, spécialement désignés, avec notamment des pouvoirs de cyber-enquête. Elles faciliteront la recherche et la constatation des infractions d'escroquerie, de fausses déclarations et de travail illégal, en optimisant la synergie avec l'action des services de police et de gendarmerie spécialisés ;
    - **Les greffiers des tribunaux de commerce seront habilités à transmettre aux organismes de protection sociale des renseignements et documents** recueillis dans l'exercice de leurs missions. Ils pourront ainsi réaliser des signalements plus tôt, par exemple pour le montage de sociétés éphémères créées pour servir de support à différents types de fraudes ;
    - **Les caisses du régime agricole auront la possibilité comme celles du régime général de croiser leurs données avec celles des plateformes numériques** pour renforcer les capacités de détection et de ciblage des contrôles de travail dissimulé.

- Mieux sanctionner la fraude des offreurs de soins et prestataires de service :
    - **La possibilité de déconventionnement d'urgence d'un professionnel de santé** sera étendue à l'ensemble des catégories d'offreurs de soins et prestataires de services en cas de violation particulièrement grave des engagements conventionnels ou de préjudice financier important ;
    - **Les barèmes de pénalités financières** applicables par le directeur d'un organisme local d'assurance maladie en cas de fraude seront rehaussés pour rendre la sanction plus dissuasive à l'égard des professionnels de santé à fort volume d'activité.

- Accroitre le rendement et l'effectivité du recouvrement des créances :
    - **Le droit de communication** aux agents chargés du recouvrement des créances nées d'une infraction de travail dissimulé sera élargi. Ces

agents pourront recueillir des informations sur les soldes des comptes bancaires des débiteurs pour connaître leur solvabilité ;

- **La récupération des indus sera facilitée** en donnant une assise légale aux indus calculés par extrapolation et en donnant la possibilité de conclure un accord mettant fin aux possibilités de recours de l'une des parties.

Des systèmes d'information plus performants qui vont permettre de limiter les risques de fraude

Au-delà de ces nouvelles mesures législatives, les caisses de sécurité sociale poursuivent leurs efforts d'investissement dans des systèmes d'information structurants pour mieux prévenir, repérer et sanctionner les fraudes, en basculant progressivement vers une logique de contrôle et de fiabilisation a priori, avant le paiement des prestations.

Parmi les grands chantiers prioritaires, figurent notamment :

- Le **dispositif de ressources mensuelles** (DRM) qui permet de connaître la situation en temps « quasi-réel » des assurés grâce à la prise en compte des salaires et des revenus et ainsi sécuriser à la source les données sur les revenus - auprès de tiers de confiance - et éviter les déclarations erronées ou frauduleuses. En effet, la moitié de la fraude repérée par la branche famille relève de la dissimulation ou de la sous-déclaration de revenus. Cet outil est désormais utilisé pour le calcul de l'aide personnalisée au logement et pour la complémentaire santé solidaire. Il est en cours de déploiement pour le revenu de solidarité active, la prime d'activité, et le cumul emploi/retraite.

- La **prescription électronique** qui se déploiera à partir de 2024 constituera un facteur majeur de sécurisation des procédures, en particulier dans la prévention des fausses ordonnances ou faux certificats (via un QR code), mais aussi dans le contrôle de la facturation des offreurs de soins et prestataires de services. Son expérimentation se poursuit notamment dans les secteurs les plus exposés à la fraude (prescriptions médicamenteuses, arrêts de travail, transports sanitaires).

- Enfin, **l'accès au fichier des comptes bancaires (FICOBA) de la Direction générale des finances publiques** va permettre d'accéder à une information plus sécurisée avec, par exemple, la vérification des comptes bancaires des bénéficiaires de prestations sociales pour lutter contre les fraudes à l'identité bancaire. Le projet de contrôle automatisé en temps réel des créations et modifications de coordonnées bancaires limitera encore davantage les risques d'usurpation.

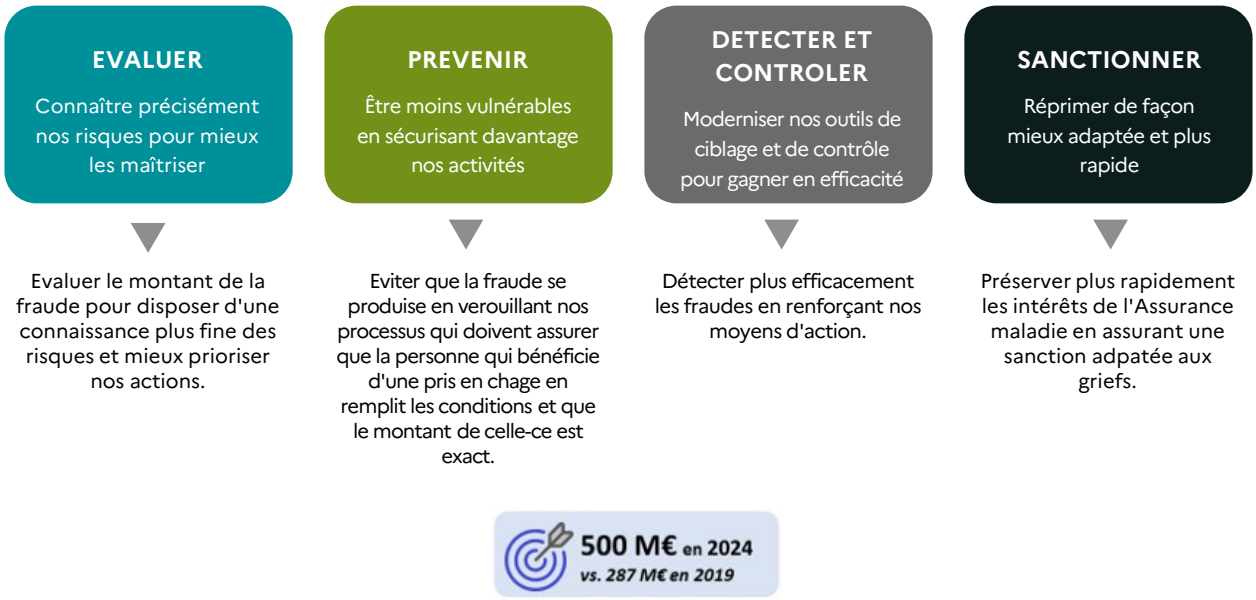
Renforcer le pilotage de la lutte contre la fraude

Le pilotage de la lutte contre la fraude a été renforcé avec la création en 2020 de la Mission interministérielle de lutte contre la fraude (MICAF), qui coordonne l'action des organismes publics en matière de lutte contre la fraude, et facilite les coopérations avec les instances européennes, notamment l'Office européen de lutte anti-fraude (OLAF).

Les caisses nationales de sécurité sociale renouvellent également leur pilotage de la lutte contre la fraude :

- la branche famille a mis en place un « service national de lutte contre les fraudes à forts enjeux », avec 30 contrôleurs spécialisés répartis en cinq unités sur le territoire dotés de compétences fortes dans le traitement de données, qui vont contribuer à identifier de nouveaux mécanismes de fraude ;
- la branche maladie a également renouvelé sa stratégie de lutte contre la fraude autour de quatre axes.

Une stratégie pluriannuelle renouvelée autour de 4 axes



Enfin, une instance présidée par une personnalité indépendante et rassemblant des acteurs de la protection sociale, des experts du secteur, et des parlementaires, sera installée dans les prochaines semaines afin de produire des travaux d'évaluation sur la fraude sociale. Ses travaux contribueront à enrichir le débat public en apportant une vision indépendante sur l'ampleur du phénomène et en proposant toutes les mesures jugées utiles pour renforcer encore la lutte contre la fraude sociale. Un comité interministériel présidé par le ministre chargé des Comptes publics sera chargé d'assurer un suivi efficace des actions retenues.

Après la crise, garantir la soutenabilité de la sécurité sociale

Un investissement sans précédent dans le secteur de la santé au cours des deux dernières années

Un soutien financier massif pour répondre à la crise sanitaire

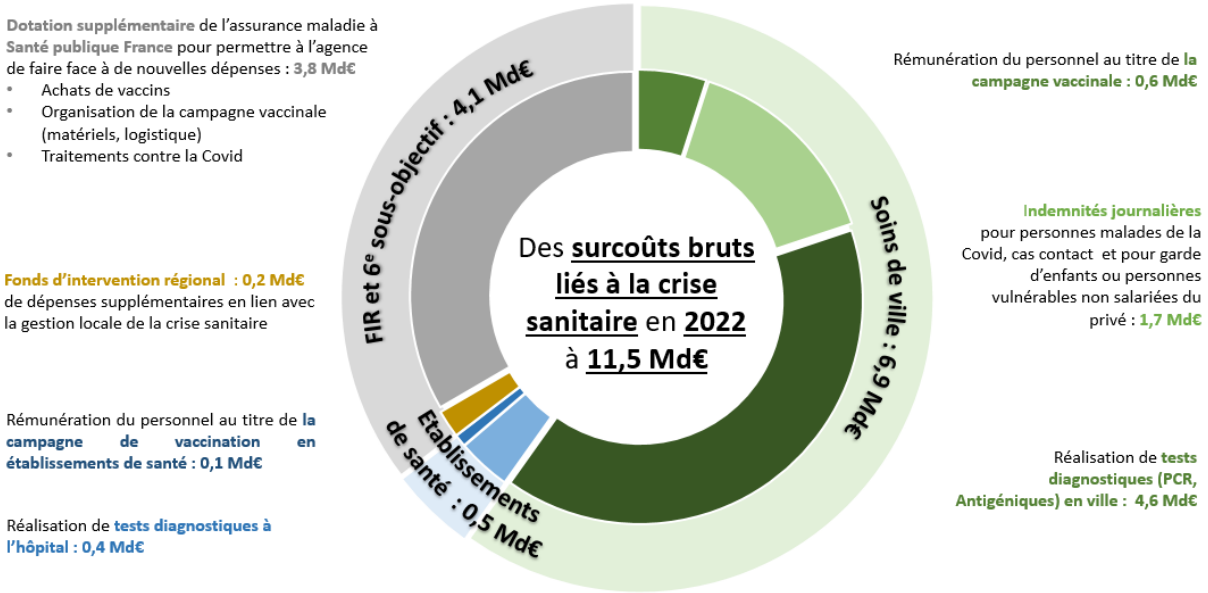
Au cours des trois dernières années, des dépenses exceptionnelles liées au Covid-19, ont été prises en charge par l'Assurance maladie.

Ainsi, en 2021, 18,3 Md€ de dépenses exceptionnelles ont été engagées par l'Assurance maladie pour répondre à la crise sanitaire, soit un niveau équivalent à celui de 2020. Ces dépenses ont principalement concerné les tests de diagnostic pour 7,1 Md€, la campagne vaccinale pour 4,7 Md€, ainsi que des financements supplémentaires pour les établissements sanitaires et médico-sociaux, permettant la couverture des surcoûts induits par la gestion de la crise sanitaire et les pertes de recettes induites.

En **2022**, 11,5 Md€ de dépenses exceptionnelles ont à nouveau été engagées à ce titre. Ces dépenses concernent principalement :

- les tests de diagnostic pris en charge par l'Assurance maladie pour les personnes ayant initié leur schéma vaccinal, avec des dépenses particulièrement élevées lors de la 5e vague épidémique à l'hiver 2021-2022, pour un coût total de 4,9 Md€ sur l'année ;
- les dépenses au titre de la campagne de rappel vaccinal, qui comprennent l'achat de vaccins, la rémunération des professionnels de santé effecteurs en ville ou à l'hôpital, et des frais de matériel ou de logistique. Ces dépenses s'élèveraient à 3,4 Md€ ;
- la prise en charge par l'Assurance maladie d'indemnités journalières en lien avec le Covid-19 (comprenant les arrêts dérogatoires et les arrêts prescrits par un médecin), particulièrement importantes au moment de la 5e vague, pour un montant de 1,7 Md€.

Surcoûts COVID en 2022 dans l'ONDAM



Poursuivre la prise en charge des coûts liés à la Covid-19 en 2023

En **2023**, une nouvelle provision pour dépenses est intégrée à l'ONDAM pour un **montant de 1 Md€**, dont :

- 0,6 Md€ au titre de la vaccination (campagne et achats par Santé publique France) et des autres besoins de financement de Santé publique France au titre de la crise sanitaire ;
- 0,4 Md€ au titre des tests de dépistage.

Cette provision est nécessairement estimative dans le contexte sanitaire actuel et pourra être réévaluée au regard des besoins, comme cela a été le cas en 2021 et 2022.

Par ailleurs, afin de protéger les travailleurs face au Covid-19, le PLFSS pour 2023 met en œuvre deux nouvelles mesures :

- il prolonge la délivrance des arrêts maladie dérogatoires en cas de test PCR ou antigénique positif au virus. L'indemnisation est versée sans vérification des conditions habituelles d'ouverture de droits, sans application d'un délai de carence et n'est pas comprise dans les durées maximales de versement des indemnités journalières ;
- dans le souci de prévenir au mieux toute évolution préoccupante de la situation sanitaire, les prises en charge intégrales par l'assurance maladie obligatoire des injections et consultations liées à la vaccination contre le Covid-19 sont également prolongées.

Depuis le début de l'épidémie, les dépenses exceptionnelles liées à la crise se sont élevées à plus de 48 Md€.

Dépenses exceptionnelles liées à la Covid-19 depuis 2020

En Md€	2020	2021	2022	2023
Indemnités journalières en lien avec la Covid-19	2,4	0,9	1,7	0,0
Vaccination (achat + campagne)	0,0	4,7	3,4	0,6
dont achat	0,0	3,0	2,8	0,4
dont effecteurs	0,0	1,7	0,7	0,2
Tests de dépistage	2,6	7,1	4,9	0,4
Santé publique France hors vaccination	4,8	1,3	1,0	0,0
Établissements de santé et médico-sociaux	6,6	3,6	0,0	0,0
Fonds d'intervention régional	0,3	0,4	0,2	0,0
DIPA	1,3	0,1	0,0	0,0
Autres mesures	0,4	0,1	0,1	0,0
Total général	**18,3**	**18,3**	**11,5**	**1,0**

Reconnaître l'engagement des soignants au service de nos concitoyens

Pour conforter structurellement notre système de santé et valoriser les personnels qui en assurent le fonctionnement, le Gouvernement a engagé un investissement historique au travers du Ségur de la santé.

Dès 2021, près de 10 Md€ ont été intégrés à l'ONDAM au titre du financement des différentes composantes du Ségur, dont 7,9 Md€ pour les seules revalorisations des personnels. Ce total est porté à 12,7 Md€ en 2022, dont 10,3 Md€ pour les différentes revalorisations salariales.

En complément des 6 Md€ de soutien à l'investissement en santé intégrés au titre du Ségur dans l'ONDAM pour la période 2021-2025, 13 Md€ ont été décidés pour le renforcement de l'investissement hospitalier. Apportés par la CADES, ils sont versés progressivement aux établissements hospitaliers assurant le service public hospitalier jusqu'en 2030.

Dépenses en lien avec le Ségur de la santé et ses suites

	En milliards d'euros	Total annuel 2020	Total annuel 2021	Total annuel 2022	Total annuel 2023	Dont enveloppe supplémentaire 2023 par rapport à 2022
Pilier 1	Revalorisation socle	1,3	6,6	6,6	6,6	0,0
	Attractivité	0,0	0,2	0,8	0,8	0,0
	Personnels médicaux	0,1	0,5	0,6	0,6	0,0
	Intéressement-qualité & temps de travail	0,0	0,3	0,7	1,0	0,3
	Attractivité internes et étudiants en santé	0,0	0,2	0,2	0,2	0,0
	Revalorisations du secteur médico-social (BAD, extension CTI ...)	0,0	0,1	0,6	0,6	0,0
	Nouvelles mesures de revalorisation des rémunérations des métiers de la santé et du médico-social	0,0	0,0	0,6	0,7	0,1
	Conférence des métiers	0,0	0,0	0,4	0,5	0,1
	Total Pilier 1	**1,4**	**7,9**	**10,3**	**10,9**	**0,6**
Pilier 2	Transformation, rénovation, équipement et rattrapage numérique en ESMS (5 ans)	0,0	0,6	0,6	0,4	-0,1
	Projets hospitaliers prioritaires (5 ans)	0,0	0,5	0,5	0,5	0,0
	Rattrapage numérique en santé (3 ans)	0,0	0,4	0,4	0,5	0,1
	Autres	0,1	0,3	0,3	0,3	0,0
	Total Pilier 2	**0,1**	**1,7**	**1,7**	**1,7**	**0,0**
Pilier 4	Mesures pilier 4 (télésanté, exercice coordonné, service d'accès aux soins, inégalités en santé, appui sanitaire aux personnes âgées, accès aux soins des personnes en situation de handicap, offre de soins psychiatrique et psychologique etc.)	0,0	0,3	0,6	0,8	0,1
	Total ONDAM au périmètre 2023	**1,5**	**9,86**	**12,7**	**13,4**	**0,7**
	Total	**1,5**	**9,89**	**12,7**	**13,5**	**0,8**

Note de lecture : les montants indiqués dans le tableau sont à périmètre 2023, c'est-à-dire après intégration à l'ONDAM du soutien national à l'investissement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux dès 2022.

En 2023, près de 700 M€ supplémentaires seront consacrés à la fin de la montée en charge des mesures du Ségur de la santé, dont plus de 600 M€ au titre des revalorisations des personnels.

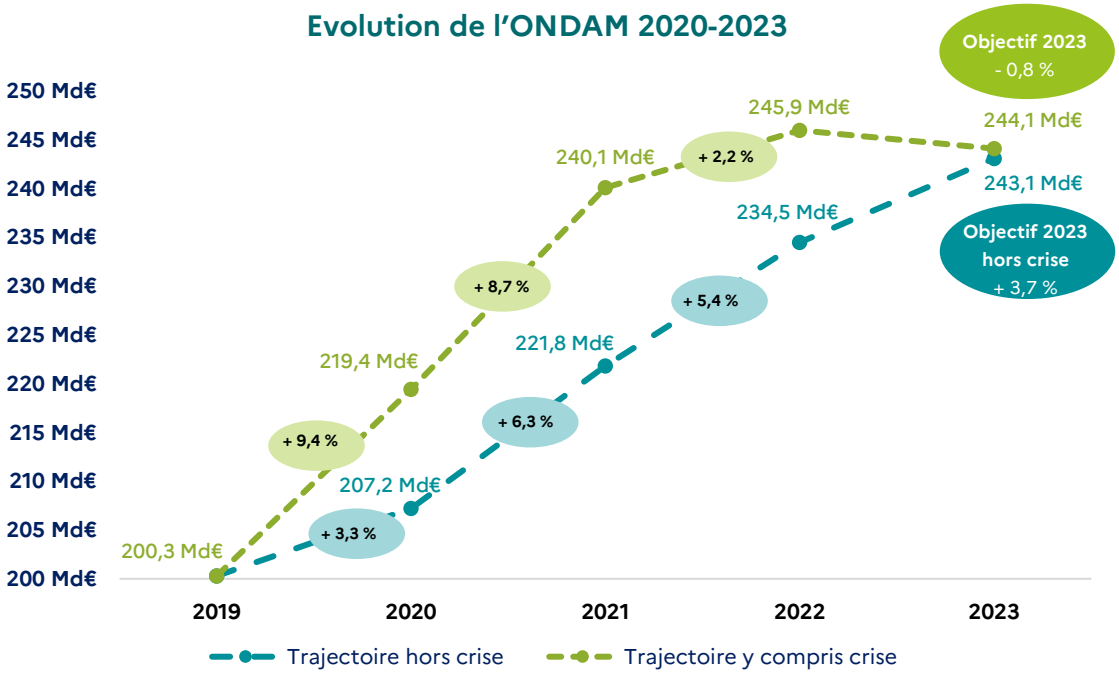
Au total, 13,4 Md€ de dépenses sont intégrés à l'ONDAM 2023 à ce titre, dont près de 11 Md€ pour les seules mesures salariales.

Renforcer le soutien au système de santé, en particulier aux établissements de santé et médico-sociaux dans un contexte d'inflation

En 2022, deux mesures sont venues soutenir les établissements et leurs personnels :

- d'une part, la hausse du point d'indice de la fonction publique intervenue au 1er juillet 2022 est intégralement financée dès 2022 aux établissements publics. Pour les établissements privés, des mesures d'accompagnement sont également prévues pour permettre aux employeurs de protéger le pouvoir d'achat de leurs collaborateurs. Le total de ces mesures représente 1,5 Md€ en 2022.
- d'autre part, le Gouvernement a décidé d'une mesure exceptionnelle de compensation de l'impact de l'inflation sur les charges non salariales des établissements de santé et médico-sociaux pour un total de 800 M€ dès 2022.

Au total, le montant de l'ONDAM, dépenses Covid incluses, sera passé de 200,3 Md€ en 2019 à 240,1 Md€ en 2021. Il s'élèverait à 245,9 Md€ en 2022 – en révision à la hausse de 9,1 Md€ depuis la LFSS 2022. Cet effort sera maintenu en 2023 et l'ONDAM fixé à 244,1 Md€ en 2023.



Note de lecture : les niveaux d'ONDAM votés et réalisés s'apprécient à champ courant, tandis que les taux de progression s'apprécient à champ constant (après neutralisation des effets de périmètre).

Un ONDAM dynamique pour accompagner la transformation du système de santé et tenir compte du contexte d'inflation

Une progression de 5,4 % en 2022, hors dépenses liées à la crise sanitaire

En 2022, l'investissement dans le système de santé reste majeur et les dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM sont estimées en progression de + 5,4 % hors dépenses liées à la crise.

Outre la revalorisation exceptionnelle du point d'indice et la compensation exceptionnelle décidée par le Gouvernement en faveur des établissements de santé et médico-sociaux du surcroît de charges hors personnel induit par le contexte inflationniste, cette progression supérieure à celle de l'ONDAM voté dans la LFSS pour 2022 traduit :

- la montée en charge des mesures issues des accords du Ségur de la santé et de la conférence des métiers de l'accompagnement social et médico-social du 18 février 2022, avec un engagement financier supplémentaire de 2,8 Md€ en 2022 par rapport à 2021. Ces dépenses supplémentaires permettent également de financer l'extension des revalorisations du Ségur au personnel soignant de l'ensemble des établissements médico-sociaux financés ou cofinancés par la branche autonomie de la sécurité sociale ;
- le financement des mesures décidées par le Gouvernement à l'issue de la mission flash sur les urgences et les soins non programmés.

Au total, l'ONDAM 2022 est ainsi majoré de 9,1 Md€ par rapport au montant voté dans la LFSS pour 2022, pour l'essentiel (+ 6,6 Md€) en lien avec un besoin de financement accru des dépenses directement liées à la Covid-19.

Une hausse de l'ONDAM de 3,7 % en 2023, hors dépenses liées à la crise sanitaire

L'ONDAM continuera sa forte progression en 2023 : + 3,7 % hors dépenses liées à la crise sanitaire soit une hausse de + 8,6 Md€ à champ constant par rapport à 2022 et + 53 Md€ depuis 2017. Cet effort financier important traduit la poursuite de la priorité du Gouvernement d'investir dans la modernisation du système de santé et le soutient aux professionnels qui le font vivre.

En raison de la baisse des dépenses liées à la crise sanitaire, sur l'ensemble du périmètre, l'évolution serait de - 0,8 % par rapport à l'ONDAM rectifié 2022.

Détail par sous-objectifs

	Augmentation en niveau des sous-ONDAM en 2023	Taux d'évolution des sous-ONDAM en 2023
ONDAM Total hors crise	**8,6 Md€**	**3,7 %**
Dépenses de soins de ville	2,9 Md€	2,9 %
Dépenses relatives aux établissements de santé	4,0 Md€	4,1 %
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	0,7 Md€	5,1 %
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	0,7 Md€	5,2 %
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional et au soutien national à l'investissement	0,1 Md€	1,7 %
Autres prises en charge	0,1 Md€	3,9 %

Une hausse dynamique des ressources pour les établissements de santé

Le sous-objectif établissements de santé de l'ONDAM s'établit pour 2023 à 100,7 Md€, en augmentation de + 4,1 % une fois neutralisées les dépenses liées à la crise sanitaire, soit un rythme deux fois plus rapide qu'au cours de la décennie 2010. Les nouveaux financements permettront notamment de financer :

- la fin de la montée en charge des mesures du Ségur et des assises de la santé mentale, notamment s'agissant de l'intéressement collectif (+ 0,3 Md€) dont l'enveloppe totale atteindra en 2023 la cible de 1 Md€ ;
- en année pleine, la hausse du point d'indice dans la Fonction publique et des revalorisations dans les établissements privés non lucratif et lucratif (1,1 Md€) ;
- le rythme des évolutions tendancielles.

Cette augmentation traduit, à nouveau, un engagement fort du Gouvernement à accompagner financièrement les établissements de santé dans un contexte marqué par la poursuite d'une prise en charge du Covid-19, des tensions en matière de ressources humaines qui restent fortes et une inflation qui perdurera en 2023. Les établissements pourront ainsi bénéficier intégralement des fruits de leurs efforts sur la qualité, sans reprise dans l'ONDAM.

Hors effets de la crise sanitaire, l'enveloppe allouée aux soins de ville progressera de 2,9 %, et les dépenses médico-sociales de 5,1 % s'agissant des établissements et services pour les personnes âgées en perte d'autonomie et de 5,2 % pour les personnes en situation de handicap.

Ainsi, l'ONDAM 2023 intègre notamment en ville le financement de mesures prises dans le cadre du plan « ma santé mentale », la poursuite de la montée en charge de la convention des infirmiers libéraux et des pharmaciens. Il permettra également le financement des nouvelles conventions à venir des médecins et masseurs-kinésithérapeutes. Le sous objectif relatif aux soins de ville intègre enfin la poursuite de la montée en charge des mesures de l'avenant 9 à la convention médicale signée avec l'Assurance maladie en juillet 2021.

Renouveler les mesures de pertinence et d'efficience

L'ONDAM 2023 comprend des mesures de pertinence et d'efficience qui contribuent à améliorer la qualité des pratiques du système de santé, la soutenabilité financière du système de santé ainsi que la trajectoire de redressement des comptes de la branche maladie de la sécurité sociale (déficit de 20,3 Md€ en 2022 ramené à 6,5 Md€ en 2023).

Des actions de maîtrise médicalisée seront conduites, en particulier par la CNAM, dans le cadre de son programme de gestion du risque (Rénov'GDR) pour un total de 720 M€ dans l'ONDAM 2023. Elles concerneront tant les dépenses au titre des professionnels libéraux que les prescriptions de médicaments, de dispositifs médicaux, de transports et d'indemnités journalières. A cela s'ajoute un objectif de 180M € d'économies par le biais de l'amplification des mesures et actions de lutte contre la fraude.

Des mesures d'efficience porteront sur les secteurs où la croissance économique a été très forte, en particulier en biologie et en imagerie. Concernant les produits de santé, les engagements de croissance annoncés au secteur lors du Conseil stratégique des industries de santé de 2021 seront respectés et même au-delà, avec une croissance qui dépassera les + 2,4 %. Pour autant, au regard de la très forte dynamique du marché des produits de santé, un effort d'efficience de 1,1 Md€ sera mis en œuvre.

En outre, parallèlement aux mesures prévues en PLFSS, la démarche de pilotage national de la gestion du risque maladie sera relancée, afin d'identifier les leviers de maîtrise de la dépense pour les années à venir. Une stratégie pluriannuelle de pertinence et d'efficience de la dépense sera élaborée début 2023 à cette fin.

Enfin, le Gouvernement souhaite engager une nouvelle collaboration avec les organismes complémentaires, avec la volonté de travailler conjointement sur des sujets structurels en lien avec la rénovation du système de santé. Alors que la part des dépenses financées par l'assurance maladie obligatoire augmente régulièrement, l'effort entre les deux financeurs sera repartagé, en concertation avec les organismes complémentaires. Une réduction des dépenses d'assurance maladie obligatoire à hauteur de 150 M€ a été intégrée à ce titre en 2023.

Mettre en place une transparence de l'information sur les charges associées à l'imagerie lourde

L'imagerie médicale représente 4,8 Md€ 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 Md€ en 2021.

Afin de permettre aux partenaires conventionnels de mieux tarifer ces forfaits techniques et de prendre en compte l'ensemble des composantes nécessaires à la tarification, le PLFSS comporte une mesure permettant de mieux connaitre la réalité des charges liées à l'exploitation de ces équipements d'imagerie et donc de mieux les tarifer via le recueil auprès d'un échantillon représentatif des sociétés exploitantes d'équipements matériels lourds d'imagerie médicale des informations nécessaires à leur tarification. Le Gouvernement entend également intégrer les produits de contrastes utilisés par les radiologues dans les forfaits techniques d'imagerie médicale.

Engager une réforme de la biologie médicale

Les examens de biologie médicale concourent à la réalisation de 60 à 70 % des diagnostics posés en France. Leur rôle est déterminant dans le parcours de soins des patients. Pour maîtriser la dynamique des dépenses de biologie, depuis 2013, un protocole triennal conclu avec les biologistes permet de planifier les baisses de tarifs et les objectifs de maîtrise médicalisée. Ces protocoles définissent un objectif d'évolution des dépenses et les modalités de régulation permettant de respecter une trajectoire des dépenses. Trois protocoles ont été successivement signés, couvrant les périodes 2014-2016, 2017-2019 et enfin 2020-2022.

Néanmoins, malgré ces mécanismes de régulation, la croissance des dépenses de biologie médicale, amplifiée par la crise sanitaire, impose de réfléchir à des mécanismes de régulation de la dépense plus efficients. En effet, la concentration du secteur et le développement de l'activité ont permis au secteur de la biologie médicale d'augmenter sa rentabilité de façon très importante. Celle-ci, qui était déjà très favorable avant la crise, est de 23 % en 2020. A titre de comparaison, la rentabilité des cliniques privées – qui sont également des entreprises privées financées par l'Assurance maladie – est de 6,7% en 2020. Le PLFSS permet au ministre de la Santé et de la Prévention, dans l'hypothèse d'une absence d'accord entre l'assurance maladie et les biologistes, de procéder à une baisse des tarifs pour un montant d'économies de 250 M€.

Rénover la régulation des produits de santé

A l'issue du Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) 2021, le Président de la République a fixé des objectifs ambitieux sur le champ des produits de santé dans le cadre du plan « Innovation santé 2030 », visant à faire de la France la première nation européenne innovante et souveraine en santé. Plusieurs de ces mesures sont d'ores et déjà mises en œuvre comme l'élargissement du remboursement intégral par la liste en sus aux produits ayant une ASMR/ASA IV, c'est-à-dire une faible amélioration du service médical rendu. Pour améliorer l'accès aux patients et encourager l'innovation le système d'accès précoce a été réformé et sera prochainement complété par l'expérimentation d'un système dit « d'accès direct » suivant l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché (AMM).

Le Président de la République a aussi fixé pour objectif de porter la croissance moyenne des dépenses de produits de santé remboursées par l'assurance maladie à + 2,4 % par an sur la période 2022-2024. Ces objectifs sont déclinés et respectés dans ce PLFSS, en particulier au travers de l'ONDAM proposé pour 2023.

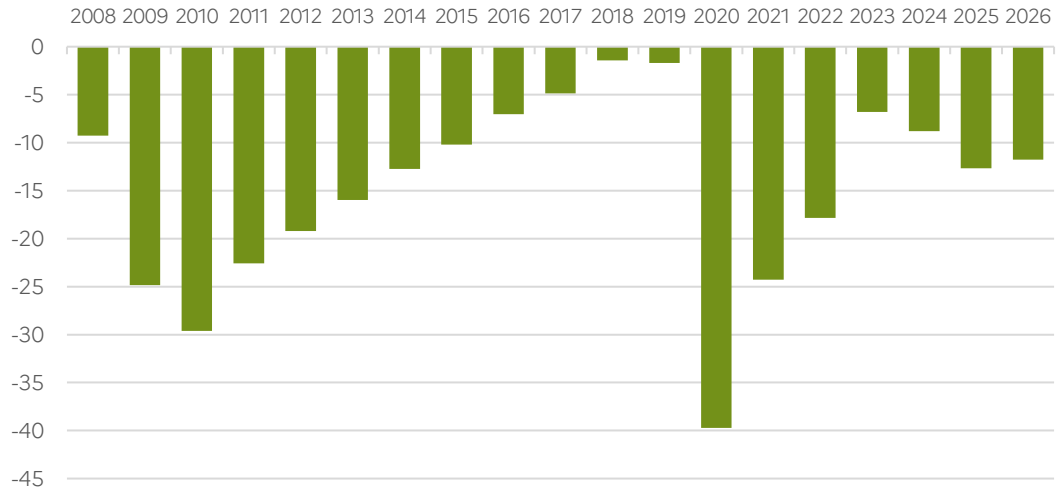
Pour assurer la soutenabilité de ces dépenses, tendanciellement dynamiques, et viser toujours un système plus juste et plus favorable à l'innovation, ce PLFSS propose de nouveaux outils de régulation, notamment mobilisables par le Comité économique des produits de santé (CEPS) en charge de la négociation tarifaire pour les produits ayant obtenu leur AMM ou leur marquage CE :

- recourir au levier des remises (versées à l'Assurance maladie) pour inciter les entreprises à faire des demandes de remboursement pour l'ensemble des indications qui y seraient éligibles, réaliser les études complémentaires demandées par la HAS lors de son évaluation afin d'étayer en vie réelle l'apport des produits ou encore garantir qu'un produit ne soit pas remboursé à un niveau plus élevé qu'un produit comparable s'il en existe ;
- mettre en place un dispositif existant dans d'autres pays européens, de référencement périodique pour la prise en charge par l'Assurance maladie pour certains médicaments répondant au même besoin thérapeutique – par exemple des génériques ;
- s'agissant des produits et prestations, élaborer une tarification systématiquement séparée du produit et de la prestation, de façon à assurer une répartition plus fine de la valeur, et de définir comme pour le médicament des marges de distribution homogénéisées.

Remettre la sécurité sociale sur une trajectoire de retour à l'équilibre

Après avoir atteint un point bas en 2020, avec un déficit de 39,7 Md€, le solde des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse s'est nettement redressé en 2021 et 2022, notamment sous l'effet de la reprise économique et des créations d'emplois.

Soldes des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse, 2008-2026 (en Md€)



Le déficit des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du FSV atteindrait 17,8 Md€ en 2022. La progression des dépenses a été plus dynamique dans un contexte de forte inflation, qui a conduit à une revalorisation anticipée au 1er juillet 2022 de + 4,0 % des prestations sociales et notamment des prestations familiales et pensions de retraite, qui s'ajoute aux revalorisations légales intervenus aux 1er janvier et 1er avril 2022.

En 2023, le déficit des régimes obligatoires de base et du FSV se résorberait à 6,8 Md€, en très nette amélioration par rapport à 2022. Les dépenses ne progresseraient que de 2,1 %, notamment en raison de la diminution des dépenses liées à la crise, provisionnées à hauteur de 1 Md€ en 2023. Les dépenses seraient par ailleurs soutenues par la poursuite des effets de l'inflation sur les prestations. Les recettes croîtraient de 4,1 %, soutenues par la masse salariale du secteur privé. Ces équilibres permettront également de financer les mesures portées par le PLFSS pour 2023 : dans le champ de la santé, pour réaliser les investissements d'avenir nécessaires ; dans le champ de la famille, pour mettre en œuvre la réforme du service public de la petite enfance ainsi que celle du complément de mode de garde et permettre, dès 2022, l'augmentation de l'allocation de soutien familial ; dans le champ de l'autonomie, pour financer un plan de recrutements d'aides-soignants et d'infirmiers en EHPAD et la mise en place de temps dédiés au lien social auprès de nos aînés qui bénéficient d'un plan d'aide à domicile.

La dette restant à amortir par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) devrait s'élever à 154,9 milliards d'euros, 241,6 milliards d'euros ayant déjà été amortis par la caisse. L'objectif d'amortissement reste soutenu avec près de 18 milliards d'euros en 2022 comme en 2023. Le transfert de dette sociale à CADES prévu par l'article 1er de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie s'est poursuivi en 2022 à hauteur de 40 milliards d'euros, venant réduire le besoin de financement induit par la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 (92 milliards d'euros de reprise au total pour 2020-2023).

Les prévisions dans une perspective pluriannuelle traduisent les conséquences sur les finances sociales du contexte macroéconomique et notamment des effets du choc à l'œuvre en matière de prix, ainsi que les effets du vieillissement démographique notamment sur les branches maladie et vieillesse. Le solde des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du FSV atteindrait ainsi un niveau d'environ 12 Md€ de déficit à l'horizon 2026.

Solde par branche des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du Fond de solidarité vieillesse 2019-2026 (en Md€)

SOLDES PAR BRANCHE (Md€)	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Maladie	-1,5	-30,5	-26,1	-20,3	-6,5	-4,9	-4,4	-2,6
AT-MP	1,1	-0,1	1,3	2,0	2,2	2,6	2,9	3,3
Vieillesse	-1,3	-4,9	-1,1	-3,0	-3,5	-9,4	-13,9	-15,9
Famille	1,5	-1,8	2,9	2,6	1,3	0,7	0,5	0,7
Autonomie			0,3	-0,5	-1,2	0,9	0,5	0,5
ROBSS	-0,2	-37,3	-22,7	-19,2	-7,6	-10,1	-14,4	-14,0
FSV	-1,6	-2,5	-1,5	1,3	0,8	1,3	1,8	2,3
ROBSS + FSV	-1,7	-39,7	-24,3	-17,8	-6,8	-8,8	-12,7	-11,8

REPSS
Rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale

Chiffres clés

MALADIE

12,4 % du PIB est consacré à la dépense courante de santé en 2020
(11,2% en 2010)

149 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2022
(-8 % par rapport à 2010)

192 médecins spécialistes pour 100 000 habitants en 2022
(+6 % par rapport à 2010)

7 % des dépenses de santé restent à la charge des ménages en 2020
(9 % en 2010)

51 % des femmes de 50 à 74 ans ont effectué un dépistage du cancer du sein en 2021
(-1 point depuis 2010)

26 % en 2020 des 18-75 ans fument du tabac
(-4 points depuis 2010)

57 % en 2021-22 des personnes à risque sont vaccinées contre la grippe
(+4 points depuis 2012-13)

62 % en 2021 des actes chirurgicaux sont pratiqués en ambulatoire
(+19 points depuis 2010)

7,5 % de baisse de consommation d'antibiotiques par personne entre 2010 et 2019

26,1 Md€ de déficit pour la branche maladie en 2021
(30,5 Md€ en 2020)

90 % des médicaments délivrés en générique parmi les produits disposant d'un générique en 2021.
(+14 points depuis 2010)

AT-MP

La branche AT-MP est financée à 100 % par les cotisations.
74 % des cotisations dépendent de la sinistralité des entreprises en 2022.
(+18 points depuis 2010)

11,5 Md€ de prestations tous régimes versées en 2020
(-2 % en € constants par rapport à 2010)

30 accidents du travail avec arrêt pour 1 000 salariés en 2019
(36 en 2010)

47 000 arrêts de travail en raison d'une maladie professionnelle en 2021
(50 000 en 2010)

33 % des nouveaux accidents du travail sont reconnus avec un taux d'incapacité d'au moins 10 % en 2021
(+3 points depuis 2010)

79 % des maladies professionnelles concernent les troubles musculo-squelettiques en 2021

13 % des dépenses de la branche AT-MP sont consacrées à l'indemnisation des victimes de l'amiante en 2020
(19 % en 2010)

1,9 M de comptes professionnels de prévention ont été ouverts

70 M d'aides financières à la prévention ont été versées aux TPE dont la moitié liées à la Covid en 2021
(11 M€ constants en 2010)

59 % des accidents du travail ont lieu dans les secteurs de la construction, de l'industrie et du commerce, du transport et de l'hébergement-restauration en 2021.

REPSS
Rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale

Chiffres clés

FAMILLE

En 2020, le niveau de vie des couples avec plus de 2 enfants atteint 53 % de celui des couples sans enfant avant impôts et prestations, et 67 % après ces transferts.

6,8 M de familles bénéficient d'au moins une prestation familiale
(7,7 millions de familles au total)

30 Md€ sont versés au titre des prestations familiales en 2021
(34 Md€ constants en 2010)

58,5 places de garde pour 100 enfants de moins de 3 ans
(50 en 2010)

247 000 parents bénéficient d'une indemnisation de congé parental (PreParE/CLCA)
(539 000 en 2010)

66 % des femmes avec deux enfants, dont au moins un de moins de 3 ans, sont en emploi en 2020
(60 % en 2010)

5,7 Md€ alloués au FNAS qui finance notamment les crèches et les centres sociaux en 2021

817 000 parents isolés ont l'allocation de soutien familial (ASF) en 2021
(745 000 en 2010)

73 % en 2021 des pensions alimentaires sont recouvrées avec succès par l'agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaires (ARIPA)
(+10 points par rapport à 2018)

2,9 Md€ d'excédent pour la branche famille en 2021
(1,8 Md€ de déficit en 2020)

En 2020, le taux de pauvreté des moins de 18 ans passe de 34 % à 17 % grâce aux prestations sociales.

RETRAITE

Les dépenses de retraite représentent 14,4 % du PIB en 2020
(13,1 % en 2010)

16,9 M de retraités tous régimes en 2020
(15,1 millions en 2010)

1,4 cotisant pour 1 retraité au régime général en 2021 (comme en 2010)

63 ans en 2022 âge moyen de départ à la retraite au régime général
(61,5 ans en 2010)

1 580 € brut de pension brute en moyenne par mois en 2020
(+20 € constants depuis 2010)

81 % de la durée d'assurance requise cotisée par la génération 1954
(77 % pour la génération 1943)

25 % d'écart de pension entre les femmes et les hommes
(28 % en 2010)

56 % des 55-64 ans ont un emploi
(40 % en 2010)

0,6 M de bénéficiaires du minimum vieillesse
(+10 % depuis 2010)

9,5 % des retraités vivent sous le seuil de pauvreté contre 14,6 % pour l'ensemble de la population
(-0,5 point depuis 2010)

REPSS
Rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale

Chiffres clés

AUTONOMIE

80,4 Md€ d'effort de la Nation en faveur du soutien à l'autonomie
(+31 % en € constants depuis 2010)

27,1 Md€ de dépenses publiques pour les personnes âgées en perte d'autonomie
(+39 % en € constants depuis 2010)

53,3 Md€ de dépenses publiques pour les personnes en situation de handicap
(+27 % en € constants depuis 2010)

350 000 bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH) en 2020
(155 000 en 2010)

1,3 M bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2020
(1,2 million en 2010)

59 % des bénéficiaires de l'APA vivent à domicile en 2020
(61 % en 2010)

28 % en 2017 des plans d'aide APA à domicile en GIR 1 sont au plafond
(7 % en GIR 4)

0,3 Md€ d'excédent de la branche autonomie en 2021

En 2021, les établissements ou services médicosociaux comptent :

10,3 places pour 100 enfants en situation de handicap
(9,1 places en 2010)

8,7 places pour 100 adultes en situation de handicap
(8,6 places en 2017)

12,4 places pour 100 personnes âgées
(12,7 places en 2010)

FINANCEMENT

Le déficit des régimes obligatoires de base et fonds de solidarité vieillesse est de 24,3 Md€ en 2021
(39,7 Md€ en 2010)

543 Md€ de recettes pour les régimes obligatoires de base et fonds de solidarité vieillesse en 2021

567 Md€ de dépenses pour les régimes obligatoires de base et fonds de solidarité vieillesse en 2021

1,64 % taux de cotisations patronales de sécurité sociales au niveau du SMIC en 2022
(- 2,74 points par rapport à 2010)

En 2020, les prélèvements sociaux représentent 12 % du niveau de vie des ménages modestes contre 34 % en moyenne pour l'ensemble de la population

4,7 % du PIB Poids de la dette de la sécurité sociale portée par la CADES en 2021
(comme en 2010)

Recouvrer 100 € coûte 26 centimes d'euros aux URSSAF
(33 centimes en 2010)

Répartition du financement de la sécurité sociale entre ménages et employeurs en 2020 :

47 % les employeurs (entreprises et administrations)

53 % les ménages

solidarites-sante.gouv.fr
economie.gouv.fr

#PLFSS2023

Graphisme : ©Studio graphique - SG | Sircom - 2022