

[Loi du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024](#)

**Principales mesures intéressant les professionnels de santé libéraux**

ARTICLES	CONTENU
2	Rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM au titre de l'année 2023 (objectif de dépenses de soins de ville fixé à 105 milliards).
7	<p>Possibilité pour l'Assurance maladie de procéder à l'annulation de sa participation à la prise en charge des cotisations des professionnels libéraux sur la part des revenus obtenus frauduleusement.</p> <p>L'Assurance maladie peut ainsi recouvrer le montant des aides versées sur la part des revenus obtenus frauduleusement.</p>
9	<p>Renforcement des sanctions liées à l'incitation à la fraude sociale. Ces sanctions concernent notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la mise à disposition, à titre gratuit ou onéreux, d'un ou plusieurs moyens, services, actes ou instruments juridiques, comptables, financiers, ou informatiques ayant pour but de permettre à un ou des tiers de se soustraire frauduleusement à la déclaration et au paiement des cotisations et contributions sociales dues, ou d'obtenir une allocation, une prestation, un paiement ou un avantage induit d'un organisme de protection sociale. La réalisation de la fraude sociale en bande organisée est une circonstance aggravante,</li> <li>- la promotion, notamment sur internet, les réseaux sociaux et les applications de messagerie, de la fraude commise au préjudice des organismes de protection sociale.</li> </ul>

<b>18</b>	<p>Réforme de l'assiette sociale des travailleurs indépendants : le calcul de l'ensemble des cotisations et contributions sociales s'effectue désormais sur une assiette unique et simplifiée. Ce nouveau calcul doit entraîner une baisse des prélèvements pour la majorité des travailleurs indépendants.</p> <p>La réforme s'appliquera aux cotisations et contributions versées à compter de 2026.</p>
<b>25</b>	<p>Prolongation de l'expérimentation de la modulation en temps réel par les travailleurs indépendants des cotisations et contributions sociales dont ils sont redevables jusqu'au 31 décembre 2027.</p>
<b>28</b>	<p>Simplification des mécanismes de régulation macroéconomique des produits de santé.</p>
<b>29</b>	<p>Suppression du dispositif spécifique prévoyant un régime dérogatoire d'autorisation de mise sur le marché pour les médicaments préparés à partir de sang ou de composants de sang prélevés dans des conditions non conformes aux critères éthiques.</p>
<b>30</b>	<p>Le montant total de la contribution en cas de déclenchement de la clause de sauvegarde du DM est égal à 90 % de la différence entre le montant remboursé par l'assurance maladie et le montant Z.</p>
<b>31</b>	<p>Prorogation du droit d'option pour les pédicures-podologues de déroger au régime des PAMC pour s'affilier à la sécurité sociale des indépendants (SSI) jusqu'au 31 juillet 2024.</p>
<b>37</b>	<p>Déploiement de la campagne nationale de vaccination HPV dans les collèges ou établissements médico-sociaux accueillant des enfants en situation de handicap : les professionnels de santé libéraux<sup>1</sup> qui interviennent en dehors de leurs conditions habituelles d'exercice ou en dehors de leur obligation de service, étudiants<sup>2</sup> ou retraités, sont rémunérés par l'Assurance maladie dans des conditions et à hauteur d'un montant forfaitaire fixé par arrêté. Cette vaccination est prise en charge intégralement par l'Assurance maladie.</p>

<sup>1</sup> Médecins, infirmiers, sages-femmes et pharmaciens.

<sup>2</sup> Étudiants en deuxième cycle des études de médecine, dans les conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé, ainsi qu'en troisième cycle des études de médecine et ceux en troisième cycle des études pharmaceutiques.

	<p>Suppression de la participation des assurés pour les vaccins suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vaccin contre la grippe pour les personnes pour lesquelles cette vaccination est recommandée dans le calendrier des vaccinations,</li> <li>- vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, pour les personnes de moins de 18 ans.</li> </ul>
<b>38</b>	Extension, par décret en Conseil d'État après avis de la HAS, de l'obligation de vaccination contre les autres sérogroupes du méningocoque.
<b>39</b>	Mise en place d'un accès gratuit aux préservatifs internes et externes en pharmacie et sans ordonnance pour tous les assurés de moins de 26 ans.
<b>40</b>	<p>Mise en place d'un remboursement des protections hygiéniques réutilisables pour toutes les personnes assurées ayant leurs menstruations âgées de moins de 26 ans et pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire.</p> <p>La prise en charge ou remboursement par l'assurance maladie des produits des différentes catégories de protections périodiques réutilisables est subordonnée à leur inscription sur une liste fixée par arrêté dans des conditions permettant l'identification individuelle des produits.</p>
<b>41</b>	<p>Modification des tranches d'âge auxquelles seront proposés les rendez-vous de prévention : 18-25 ans (et non plus 20-25 ans), 45-50 ans (et non plus 40-45 ans), 60-65 ans et 70-75 ans.</p> <p>Un arrêté doit définir les modalités de déploiement des rendez-vous de prévention notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la liste des professionnels qui peuvent réaliser les rendez-vous de prévention</li> <li>- le montant des tarifs de ces rendez-vous de prévention, pratiqués et pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie</li> <li>- les conditions de facturation de ces rendez-vous par les professionnels, notamment les conditions dans lesquelles ces derniers sont autorisés à facturer à l'occasion de la réalisation du rendez-vous de prévention des actes ou des prestations complémentaires.</li> </ul> <p>En plus de la télémédecine, le télésoin peut être utilisé à titre exceptionnel pour faciliter l'accès à ces rendez-vous de prévention, dans des conditions définies par voie réglementaire.</p>

<p><b>42</b></p>	<p>À titre expérimental, pour une durée de deux ans, l'État peut autoriser le financement par le FIR de la réalisation de programmes d'activité physique adaptée (APA) pour les patients traités pour un cancer.</p> <p>Un décret définit les conditions d'application du présent article, notamment les ARS concernées par cette expérimentation et le contenu de ce parcours, qui peut comprendre un ou plusieurs bilans de condition physique ainsi que des séances d'APA. Un rapport d'évaluation du dispositif est transmis au Gouvernement avant la fin de l'expérimentation.</p>
<p><b>44</b></p>	<p>L'État peut mettre en place, après avis de la HAS, un programme de dépistage du cytomégalo virus de façon systématique chez la femme enceinte. Un décret détermine les modalités de mise en œuvre du programme.</p> <p>Le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'évaluation de ce programme au plus tard un an après sa mise en place.</p>
<p><b>46</b></p>	<p>Mise en place d'un cadre permettant la mise en place des parcours coordonnés renforcés, issus des expérimentations dites « article 51 », et leur inscription dans le droit commun.</p> <p>Un arrêté fixe la liste de ces parcours en tenant en compte des expérimentations ayant fait l'objet d'un avis du conseil stratégique d'innovation en santé. Les professionnels intervenant dans ces parcours exercent une profession libérale ou exercent au sein d'un établissement de santé, d'un établissement ou service médico-social, d'un centre de santé, d'une maison de santé ou d'une maison sport-santé. Chaque professionnel intervient dans le parcours dans le cadre de ses obligations habituelles d'exercice et répond des actes professionnels qu'il accomplit selon les règles qui lui sont applicables dans ce cadre. Les professionnels sont réputés constituer une équipe de soins.</p> <p>Le parcours est organisé par une structure responsable de la coordination désignée parmi des structures, énoncées par décret, au sein desquelles des professions médicales, des auxiliaires médicaux ou des pharmaciens réalisent des prestations de soins.</p> <p>Les professionnels intervenant dans le parcours, ou, le cas échéant, leur employeur ou la structure responsable formalisent leur organisation dans un projet de parcours coordonné renforcé.</p>

	<p>Les interventions des professionnels participant à la prise en charge d'un patient dans le cadre de ces parcours sont exclusivement financées par un forfait dont le montant couvre le coût de l'ensemble des prestations constituant le parcours ainsi que celui des actions nécessaires à la coordination des interventions. Ce montant est fixé par arrêté et est déterminé en tenant compte de la fréquence du suivi du bénéficiaire, de la complexité de sa prise en charge ainsi que des moyens humains et cliniques mobilisés.</p> <p>Le patient ne peut être redevable, au titre des prestations du parcours, d'autres montants que ce montant forfaitaire.</p> <p>Les rémunérations perçues dans ce cadre par les professionnels sont soumises au même régime fiscal et social que les rémunérations perçues dans le cadre de leur exercice habituel, qu'ils exercent à titre d'un exercice libéral, salarié ou comme agent public.</p> <p>Les modalités d'application de cet article sont fixées par décret.</p>
<p><b>47</b></p>	<p>Inscription de la prévention comme objectif à part entière du dispositif d'innovation en santé.</p> <p>Dans le cadre du dispositif d'innovation en santé, des dérogations aux règles de compétences, d'organisation et de financement de différentes structures de prévention sont rendues possibles.</p>
<p><b>48</b></p>	<p>Dans le cadre du parcours MonSoutienPsy, l'assuré social peut également faire l'objet d'un adressage par les professionnels de santé des établissements scolaires travaillant ensemble de manière coordonnée, qui en informent le médecin impliqué dans sa prise en charge, dans des conditions définies par décret.</p>
<p><b>49</b></p>	<p>Réforme du financement des établissements de santé. Réduction de la part des financements issus de la tarification à l'activité pour évoluer vers un modèle de financement s'appuyant sur trois compartiments :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- financement à l'activité</li> <li>- dotation sur objectifs de santé publique</li> <li>- dotation sur missions spécifiques</li> </ul>

	Ces dispositions entreront en vigueur au plus tard au 1 <sup>er</sup> janvier 2026.
<b>50</b>	<p>À titre expérimental et afin d'accompagner le développement de la prise en charge en HAD des patients nécessitant des traitements médicamenteux systémiques du cancer, certains établissements de santé peuvent être autorisés à percevoir une rémunération forfaitaire pour la mise à disposition d'une expertise et l'appui à la prise en charge dans le cadre d'un adressage vers une HAD.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de cette expérimentation.</p>
<b>51</b>	<p>Possibilité pour les chirurgiens-dentistes d'assurer la régulation de la permanence des soins dentaires dans les centres de réception et de régulation des appels SAMU-Centre 15.</p> <p>La rémunération de la participation à la permanence des soins des chirurgiens-dentistes, sages-femmes et infirmiers est désormais fixée par voie conventionnelle.</p>
<b>52</b>	<p>Elargissement des compétences des pharmaciens qui peuvent délivrer sans ordonnance des médicaments après réalisation d'un test, dans des conditions fixées par décret.</p> <p>Un arrêté, pris après avis de la HAS et l'ANSM, fixe la liste des médicaments concernés, des indications associées, des tests d'orientation diagnostiques à réaliser et les résultats à obtenir pour délivrer ces médicaments. Les premiers avis de la HAS et l'ANSM portent sur les situations de personnes se présentant à l'officine pour odynophagie ou brûlures mictionnelles et sont rendus avant le 1<sup>er</sup> février 2024.</p> <p>Dans l'attente de l'entrée en vigueur de nouvelles stipulations conventionnelles entre l'assurance maladie et les représentants des pharmaciens titulaires, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent, sur proposition du directeur général de l'UNCAM, par arrêté conjoint, la tarification des prestations effectuées par les pharmaciens.</p>
<b>53</b>	La délivrance de certains médicaments en officine, lorsque leur forme pharmaceutique le permet, peut se faire à l'unité.

	<p>La délivrance en officine de dispositifs médicaux et des produits de santé, lorsque leur conditionnement le permet, peut être limitée aux besoins nécessaires à la durée du traitement.</p> <p>Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale établit la liste des médicaments, des dispositifs médicaux et des produits de santé qui relèvent du présent article. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités particulières de conditionnement et d'étiquetage de ces médicaments, de ces dispositifs et de ces produits de santé, d'information de l'assuré et de traçabilité des délivrances.</p>
<b>54</b>	Inscription automatique des médicaments biosimilaires sur la liste des biosimilaires substituables par les pharmaciens d'officine deux ans après leur commercialisation, sauf avis contraire de l'ANSM. L'avis de l'ANSM peut comprendre, le cas échéant, des conditions de substitution et d'information et des mises en garde de nature à assurer la continuité du traitement en vue de la substitution par le pharmacien.
<b>57</b>	Le SAS peut désormais organiser une réponse psychiatrique spécifique, coordonnée avec les dispositifs de psychiatrie d'intervention en urgence, pour les appels relevant d'un motif pédiatrique.
<b>59</b>	Report de l'intégration des produits de contraste au périmètre des charges financées par les forfaits techniques en imagerie médicale au 1 <sup>er</sup> mars 2024.
<b>61</b>	<p>À titre expérimental et pour une durée de trois ans, mise en place par l'ARS d'un parcours qui associe des professionnels médicaux et des psychologues hospitaliers et libéraux, des sages-femmes et des puéricultrices, dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire visant à mieux accompagner les femmes confrontées à une dépression post partum. Les frais relatifs à cette expérimentation sont pris en charge par le FIR.</p> <p>Un décret détermine les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires participant à cette expérimentation, dans la limite de six régions.</p> <p>Au plus tard trois mois après le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport d'évaluation, qui se prononce notamment sur la pertinence d'une généralisation.</p>

<p><b>63</b></p>	<p>Renforcement des modalités de contrôle des prescripteurs et des assurés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut demander l'accord du service du contrôle médical avant de verser des indemnités journalières pour des arrêts de travail prescrits par des professionnels exerçant au sein de centres de santé ou de sociétés de téléconsultation, en cas de non-respect des conditions légales ou d'un nombre anormalement élevé d'arrêts de travail. Cette mesure est limitée à six mois. . Toutefois, en cas d'urgence attestée par le professionnel de santé prescripteur, l'accord préalable de l'organisme débiteur des prestations n'est pas requis pour le versement des indemnités journalières.</li> <li>- Les missions du service du contrôle médical sont exercées par les praticiens conseils. Ceux-ci peuvent déléguer, sous leur responsabilité, la réalisation de certains actes et de certaines activités au personnel du contrôle médical disposant de la qualification nécessaire. Lorsque ces délégations concernent des auxiliaires médicaux, lesdites missions sont exercées dans la limite de leurs compétences. Lorsque, dans le cadre de ces délégations, des auxiliaires médicaux rendent des avis qui commandent l'attribution et le service de prestations, elles s'exercent dans le cadre d'un protocole écrit.</li> <li>- Lorsque le service du contrôle médical estime, à l'issue de l'examen d'un assuré, qu'une prescription d'arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifiée, l'intéressé en est directement informé.</li> </ul>
<p><b>64</b></p>	<p>Possibilité pour les femmes ayant subi une interruption de grossesse pour motif médical de bénéficier d'une indemnisation sans délai de carence.</p>
<p><b>65</b></p>	<p>Lors d'un acte de télé médecine, la prescription ou le renouvellement d'un arrêt de travail ne peut porter sur plus de trois jours ni avoir pour effet de porter à plus de trois jours la durée d'un arrêt de travail déjà en cours. Il n'est fait exception à cette règle que lorsque l'arrêt de travail est prescrit ou renouvelé par le médecin traitant, ou en cas d'impossibilité, dûment justifiée par le patient, de consulter un médecin pour obtenir, par une prescription réalisée en sa présence, une prolongation de l'arrêt de travail.</p> <p>Les produits, prestations et actes prescrits à l'occasion d'un acte de téléconsultation réalisé ainsi que les prescriptions réalisées lors des télésoins mentionnés ne sont couverts qu'à la condition d'avoir fait l'objet d'une communication orale, en vidéo transmission ou téléphonique, entre le prescripteur et le patient.</p>



<p><b>66</b></p>	<p>Expérimentation et pour une durée de deux ans à compter d'une date fixée par décret et au plus tard le 1<sup>er</sup> novembre 2024, du retraitement de certains dispositifs médicaux à usage unique, leur mise à disposition sur le marché et leur utilisation.</p> <p>Un décret détermine, les modalités d'application de l'expérimentation notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les dispositifs médicaux à usage unique qui peuvent être retraités ;</li> <li>- Les restrictions et interdictions ;</li> <li>- Les modalités particulières applicables en matière d'information et d'opposition des patients à l'utilisation de dispositifs médicaux à usage unique retraités ;</li> <li>- La méthodologie de l'expérimentation, ses objectifs et les modalités de son pilotage.</li> </ul>
<p><b>67</b></p>	<p>L'inscription sur la Liste des Activités de Télésurveillance Médicale, de dispositifs précédemment inscrits à la Liste des Produits et Prestations, peut être subordonnée à un certificat de conformité provisoire permettant de différer la validation de conformité. Il est délivré à titre temporaire pour une durée maximale fixée par décret. La date de validité de ce certificat ne peut être postérieure au 1<sup>er</sup> juillet 2025.</p>
<p><b>69</b></p>	<p>Lorsqu'un patient refuse le transport partagé que lui propose une entreprise de transport sanitaire ou une entreprise de taxi conventionnée, alors que son état de santé n'est pas incompatible avec une telle solution de transport et que la proposition répond à des conditions de mise en œuvre du transport, tenant en particulier aux caractéristiques du trajet et à l'organisation de la prise en charge sur le lieu de soins, ses frais de transports sont pris en charge après application au prix facturé d'un coefficient de minoration. La dispense d'avance de frais ne s'applique donc pas dans ces conditions.</p> <p>Précision apportée concernant la convention conclue entre les entreprises de taxi et la CNAM :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- à l'exception de la tarification des transports partagés, les tarifs de responsabilité fixés dans la convention ne peuvent excéder les tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation des prix applicable à ce secteur. Cette convention définit les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais.</li> </ul>

<p><b>71</b></p>	<p>Un décret en Conseil d'État détermine les conditions dans lesquelles, à titre exceptionnel et temporaire, le ministre chargé de la santé autorise par arrêté la réalisation, par les officines, pour leur propre compte ou pour le compte d'une autre officine, de préparations officinales spéciales. Cette autorisation est accordée à titre exceptionnel et temporaire pour faire face à une rupture de stock d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur ou à l'arrêt de sa commercialisation d'un tel médicament ou pour faire face à une menace ou à une crise sanitaire grave et pour garantir la qualité et la sécurité d'utilisation des produits. Ces préparations respectent les exigences suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- elles sont soumises à prescription médicale ;</li> <li>- elles sont réalisées selon une monographie publiée par l'ANSM ;</li> <li>- elles sont préparées à partir de matière première à usage pharmaceutique fournie par un établissement pharmaceutique d'un établissement de santé.</li> </ul> <p>Elles sont remboursées par l'Assurance maladie suivant un tarif fixé par arrêté ministériel.</p>
<p><b>72</b></p>	<p>La rupture d'approvisionnement de médicaments se définit comme l'incapacité pour une pharmacie d'officine ou une pharmacie à usage intérieur définie, de dispenser un médicament à un patient dans un délai donné, qui peut être réduit à l'initiative du pharmacien lorsque la poursuite optimale du traitement l'impose. Ce délai, ainsi que les diligences que le pharmacien doit accomplir pour dispenser le médicament, sont définis par décret.</p> <p>Mise en place de leviers actionnables en cas de rupture d'approvisionnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un arrêté du ministre chargé de la santé peut rendre obligatoire le recours à l'ordonnance dite de dispensation conditionnelle, ou la délivrance de médicaments à l'unité. Il est mis fin sans délai à ces mesures, par arrêté du même ministre, lorsqu'elles ne sont plus nécessaires. L'arrêté précise les médicaments concernés parmi ceux identifiés</li> <li>- le directeur général de l'ANSM peut après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, prendre les mesures de police sanitaire nécessaires pour garantir un approvisionnement approprié et continu par les titulaires et les exploitants d'autorisations de mise sur le marché.</li> </ul>
<p><b>74</b></p>	<p>L'exploitant d'un produit de santé peut désormais proposer à la HAS de s'autosaisir de l'évaluation du service attendu ou du service rendu d'un acte ou d'une prestation selon des modalités définies par voie réglementaire.</p>

<p><b>76</b></p>	<p>Ajustements du cadre existant du dispositif d'accès précoce d'accès compassionnel aux médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prise en charge en sus des tarifs hospitaliers, de manière dérogatoire et temporaire pour certains médicaments en fin de prise en charge de l'accès précoce</li> <li>- assouplissement des conditions de l'octroi d'un accès compassionnel par l'ANSM</li> <li>- ajout de l'existence d'une recommandation relative au schéma vaccinal comme critère d'octroi d'une autorisation d'accès précoce par la HAS.</li> </ul>
<p><b>77</b></p>	<p>Renforcement des obligations à l'encontre des entreprises pharmaceutiques qui cessent la commercialisation d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur.</p>
<p><b>78</b></p>	<p>Création d'un statut temporaire adapté pour le cannabis à usage médical.</p>
<p><b>83</b></p>	<p>Création d'un service de repérage, de diagnostic et d'accompagnement précoce pour toutes les situations de handicap :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les acteurs des secteurs sanitaire et médico-social, les professionnels de soins de ville, les services départementaux de protection maternelle et infantile et les services de l'éducation nationale assurent le repérage des enfants de moins de six ans susceptibles de présenter un trouble de santé à caractère durable et invalidant de quelque nature que ce soit, notamment un trouble du neuro-développement</li> <li>- un parcours de bilan, de diagnostic et d'intervention est pris en charge par l'assurance maladie, sur prescription médicale pour ces enfants.</li> </ul> <p>Un décret précise les conditions d'application du présent article, notamment les modalités de prescription, les conditions d'intervention des professionnels, la durée de prise en charge et les conditions de calcul et de versement des rémunérations des professionnels participant au parcours.</p>
<p><b>105</b></p>	<p>Fixation de l'ONDAM et des sous-ONDAM au titre de l'année 2024 (objectifs de dépenses de soins de ville de 108,4 milliards d'euros).</p>
<p><b>106</b></p>	<p>Suspension pour 2024 de l'obligation de proposer des mesures de redressement en cas de risque sérieux de dépassement des dépenses de l'Assurance maladie imputables à l'évolution des dépenses liées à la crise sanitaire résultant de l'épidémie de covid-19.</p>