

**CONCOURS OUVERTS LES 09, 10, 11 et 12 JUIN 2026
POUR L'ADMISSION AU CYCLE DE FORMATION DES
ELEVES DIRECTEURS D'HÔPITAL**

4^{ème} EPREUVE D'ADMISSIBILITE

(Durée 4 heures – Coef 4 si majeure / Coef 2 si mineure)

Vendredi 12 juin 2026

Composition

ECONOMIE DE LA SANTE

**CONCOURS EXTERNE et CONCOURS EXTERNE
SPECIAL dit « TALENTS »**

4^{ème} EPREUVE - COMPOSITION**ECONOMIE DE LA SANTE****CONCOURS EXTERNE et CONCOURS EXTERNE SPECIAL DIT « TALENT »**

Sujet : (16 pages)

A l'aide du fonds documentaire et de ses connaissances, le candidat devra réaliser une composition relative aux défis actuels du financement des dépenses de santé.

Liste des documents**Document 1**

Hospimedia – « La capacité d'endettement du trésorier de la sécurité sociale est le point d'inquiétude » - 3 décembre 2024 (pages 2 et 3)

Document 2

APM News – PLFSS : le gouvernement souhaite porter l'ONDAM hospitalier à 3,6% en 2025 (François Bayrou) - 16 janvier 2025 (page 4)

Document 3

Le Monde – « Pour une assurance complémentaire gérée par la Sécurité sociale » - 25 octobre 2024 (page 5)

Document 4

Gouvernement – Direction de la Sécurité Sociale – 2024 LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE, les chiffres clés de LFSS – extrait – (pages 6 à 11)

Document 5

Sénat – Question écrite n° 02538 – 17^e législature – inquiétudes sur les règles relatives au transport sanitaire partagé – 05 décembre 2024 (page 12)

Document 6

Handicap.gouv.fr – Communiqué de presse Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles – Réforme de la prise en charge intégrale des fauteuils roulants – 06 février 2025 – extrait - (page 13 à 16)

La capacité d'endettement du trésorier de la sécurité sociale est le point d'inquiétude

La censure attendue du Gouvernement amènera une situation inédite pour le budget alors rejeté de la sécurité sociale. Le fonctionnement futur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, qui joue le rôle de trésorier des différentes branches, inquiète si elle ne dispose pas d'une capacité d'emprunt de 65 milliards d'euros.

Par Jérôme Robillard

3 décembre 2024 à 16 h 36

« Une responsabilité toute particulière nous échoit. Nul ne sait comment la sécurité sociale pourrait fonctionner à partir de janvier sans plafond d'autorisation d'emprunt pour l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Across), par exemple », pose le sénateur Philippe Mouiller (Les Républicains, Deux-Sèvres), en préambule de la commission mixte paritaire (CMP), dont il était vice-président, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2025. Les parlementaires ont trouvé un accord sur le contenu du texte mais l'éventualité de son rejet et de la censure du Gouvernement, fait revenir cette inquiétude sur l'Acoss, aussi nommée Urssaf caisse nationale depuis 2021. Le plafond de ces emprunts votés chaque année occupe une place à part dans le PLFSS et son rejet, accompagné d'une censure, qui sera débattue à partir de 16 heures le 4 décembre, serait en effet une situation inédite dans la Ve République.

Un mode de financement fragile

Cette inquiétude est nourrie par la fragilité du financement de ce trésorier des branches du régime général de la sécurité sociale. Le rôle de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) est de financer et d'éteindre la dette cumulée et transférée par la loi de ce régime général de la sécurité sociale tandis que l'Acoss assure, là aussi dans le cadre de la loi, le financement à court terme des déficits non repris par la Cades. Son propre rôle d'assurer la collecte des cotisations finançant la sécurité sociale et leur répartition aux organismes de redistribution, dont l'Assurance maladie. En raison du décalage temporel entre l'encaissement et le décaissement, l'Urssaf caisse nationale procède à des emprunts à court terme (un an maximum mais d'une trentaine de jours en moyenne) dans la limite d'un plafond défini chaque année par le PLFSS. Ces limites dans le temps et en volume visent à limiter le rôle de l'agence à la trésorerie des branches et afin de ne financer que des besoins non permanents. Le PLFSS prévoit de desserrer en partie l'étau en ouvrant la possibilité d'ouvrir jusqu'à 24 mois maximum pour emprunter, afin de sécuriser la gestion sans constituer une dette pérenne. Les députés ont rejeté cette disposition en séance publique mais elle est présente dans le texte de la CMP et celui sur lequel le Gouvernement engage sa responsabilité.

« Le mode de financement de la sécurité sociale est fragile ; l'Acoss ne peut s'endetter qu'à court terme, ce qui entraîne un risque de liquidité », met ainsi en garde, également en préambule de la CMP, Elisabeth Doineau (Union centriste, Mayenne), rapporteuse générale du PLFSS au Sénat. La principale menace de l'absence de vote du texte serait alors l'impossibilité de financer par des emprunts les dépenses des différentes branches, dont celle de l'Autonomie, à court terme. Une menace qui s'ajouterait au gel des tarifs pour les hôpitaux puisque l'assurance maladie demeure leur principale source de financement.

La CMP a validé la proposition de Gouvernement de fixer à hauteur de 65 milliards d'euros (Md€) le plafond d'emprunt de l'Acoss dans le PLFSS de 2025. Une augmentation de 20 Md€ par rapport à 2024 *« rendue nécessaire par la fin du cycle de reprise des déficits par la Cades [...] ainsi que par l'accumulation de déficits du régime général, lesquels impliquent une variation de trésorerie négative, en particulier en fin d'année »,* indique l'exposé des motifs de l'article 13 du PLFSS qui fixe ce plafond. Ce plafond évolue chaque année mais

n'a encore jamais été atteint. Au plus fort de la crise sanitaire en 2020, il a été relevé deux fois par décret, en mars puis en mai, avant que la loi ne vienne ensuite ratifier ces évolutions.

Interrogation aussi sur les retraites des hospitaliers

À noter que l'Acosse fait aussi, dans le cadre d'une convention de financement, des avances à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNR-ACL) – qui concerne aussi la fonction publique hospitalière. Le montant cumulé des avances était de 4,2 Mds€ en 2023 contre 2,1 Md€ en 2022. Le PLFSS autorise par ailleurs la CNRACL à emprunter au maximum 13,2 Mds€. Le financement des pensions est également source d'incertitude dans ce contexte de non-adoption du PLFSS. À noter que dans ce cas, les retraites seraient elles toutes revalorisées au rythme de l'inflation des janvier 2025, alors que le Gouvernement voulait limiter cette hausse pour maîtriser les dépenses.

Une loi spéciale uniquement pour l'Acosse ?

Le nouveau plafond devait laisser, selon les calculs du Gouvernement, une marge de 7,3 Md€ à l'Urssaf caisse nationale, malgré un contexte de hausse des taux d'intérêt. Encore négatifs jusqu'à mi-2022, ils représentent un coût d'un peu plus de 0,5 Md€ en 2023 pour l'Acosse. À la différence de la loi de finances, celle de financement de la sécurité sociale fixe uniquement des objectifs de maîtrise des dépenses sociales et de santé – le Parlement n'a pas le pouvoir de fixer les recettes de la Sécurité sociale. Aucune loi spéciale n'est en ce sens obligatoire pour continuer de prélever les cotisations à l'inverse des impôts par exemple mais le plafond recours à l'emprunt de l'Acosse fait exception. Il s'agit d'une autorisation et non d'un objectif, comme celui de dépenses d'assurance maladie qui donne une vision et une ambition de la répartition des crédits par secteurs.

Dans son rapport sur le PLFSS 2025, Le Sénat évoque l'hypothèse d'un rejet du PLFSS par le Parlement. « *Aucune disposition constitutionnelle ou organique ne prévoit en revanche ce qui se passe en cas de rejet du PLFSS par le Parlement* », rappelle-t-il, le recours à une ordonnance étant possible uniquement en l'absence de respect des délais. En l'absence d'autorisation d'emprunt pour l'Urssaf caisse nationale, il souligne un risque de ne pas permettre à la Sécurité sociale de s'endetter et donc de ne pas pouvoir verser certaines prestations. « *On pourrait envisager qu'en cas de rejet du PLFSS par le Parlement, le Gouvernement dépose un projet de loi ad hoc fixant ces plafonds d'emprunt, en espérant que le Conseil constitutionnel ne le censure pas* », avance le rapport sénatorial. En l'absence de mesures nouvelles prévues dans le PLFSS, le déficit devrait lui continuer de se creuser et rendre nécessaire une augmentation du plafond de l'Acosse, malgré la marge de sécurité.

Dépêche – Jeudi 16 janvier 2025

PLFSS : Le gouvernement souhaite porter l'Ondam hospitalier à 3,6% en 2025 (François Bayrou)

PARIS, 16 janvier 2025 (APMnews) – Le Gouvernement entend porter à 3,6% en 2025, contre 3,1% initialement, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) des établissements de santé, a fait savoir jeudi le premier ministre, François Bayrou, dans un courrier aux présidents des groupes socialistes de l'Assemblée nationale et du Sénat.

Dans ce courrier, dont APMnews a eu copie, le chef du gouvernement égrène une série de concessions faites aux différents groupes à l'issue d'une série de rencontres organisées depuis le 6 janvier (cf dépêche du 06 janvier 2025 à 19:05), dont certaines ont été annoncées mardi lors de son discours de politique générale.

Il confirme ainsi qu'il souhaite désormais porter l'Ondam à 3,3% contre 2,8% initialement (cf dépêche du 14/01/2025 à 20 : 22) dans le cadre du PLFSS pour 2025, que les députés examineront en nouvelle lecture à l'Assemblée nationale à partir du lundi 3 février, dans sa version issue du Sénat (cf dépêche du 26/11/2024 à 17:08).

« Pour le fonctionnement des hôpitaux publics et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), porté également par d'autres groupes politiques et fédérations hospitalières, les professionnels de santé et associations de patients, come des organisations syndicales, l'Ondam initial de +2,8% sera porté à 3,3% soit un effort d'un milliard d'euros, notamment avec un Ondam hospitalier à +3,6%, écrit le premier ministre.

« Cet effort doit permettre la poursuite des recrutements nécessaires pour rouvrir des lits et permettre le fonctionnement le moins dégradé des services hospitaliers », poursuit-il.

Un taux de progression de 3,6% pour l'Ondam établissement de santé, par rapport à un objectif 2024 révisé à 105,5 milliards d'euros (Md€) correspondrait à une hausse de 3,798 Md€ pour un montant total de 109,3 Md€, contre une hausse de 3,3% Md€ et un objectif initial de 108,8 Md€ (cf dépêche du 10/10/2024 20:17). L'enveloppe supplémentaire pour l'hôpital serait donc de 500 millions d'euros (M€).

François Bayrou confirme par ailleurs l'annulation des mesures de déremboursement par l'assurance maladie obligatoire dans la trajectoire du PLFSS pour 2025.

Il confirma aussi la revalorisation de toutes les pensions de retraite intervenue en janvier, et l'abandon du gel des pensions initialement envisagé pour générer une économie de 3,5 Md€.

S'agissant du budget de l'Etat, il confirme l'abandon de la piste d'un allongement du délai de carence avant la prise en charge d'un arrêt maladie dans la fonction publique (cf dépêche du 15/01/2025 à 11:43).

Parmi les autres mesures citées, figurent l'abandon de la hausse de la taxation de l'électricité (TICFE) en 2025, un coup de rabot de l'ordre de 400 M€ sur le crédit impôt-recherche (CIR), une hausse de 0,1 point du taux de taxe sur les transactions financières, une révision du dispositif de rachat d'actions (400 M€), une surtaxe sur l'imposition des grandes sociétés (8 M€), et une surtaxe sur la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (1,1 M€)

Par ailleurs, contrairement à ce qu'il avait laissé entendre lors de sa déclaration de politique générale, il ne ferme plus la porte à un réexamen de la réforme des retraites par le Parlement, en cas d'échec de la concertation ouverte pour trois mois entre les partenaires sociaux.

« Si les partenaires sociaux ne parviennent pas à un accord global, nous présenteront néanmoins, les avancées issues des travaux des partenaires sociaux, sous réserve d'un accord politique et d'un équilibre financier global maintenu, nous présenterons sur cette base un nouveau projet de loi. Ainsi l'impératif de réforme pourra être satisfait dans une démarche de justice »

Ce courrier a été adressé quelques heures avant l'examen en milieu d'après-midi par les députés d'une motion de censure déposée par le groupe La France insoumise (LFI – NPF) qui n'avait que peu de chances d'aboutir, faute de soutien notamment des socialistes et de Rassemblement national (RN).

Le Monde – 25 octobre 2024

Pour une assurance complémentaire gérée par la Sécurité sociale »

TRIBUNE

Collectif

Un collectif de cinq médecins dénonce, dans une tribune au « Monde », les « doublons » des frais de gestion entre Assurance-maladie et assurances privées, suggérant d'économiser de ce côté plutôt que d'augmenter le reste à charge des assurés.

Pour réduire le déficit des dépenses publiques, le gouvernement propose de donner un coup de frein aux dépenses de santé, qui représentaient, en 2022, 11,9 % du produit intérieur brut (PIB) de la France, nous plaçant en deuxième position des pays européens derrière l'Allemagne (12,6 %). Toutefois, en euros par habitant, l'Allemagne dépense en moyenne 20 % de plus que la France (4 343 euros versus 3 475 euros).

La France est, en revanche, en tête des pays européens en matière de frais de gestion des financeurs des soins de santé : 6 % des dépenses de santé, contre 5 % en Allemagne et 3 % pour la moyenne des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (« Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé », OCDE, 2017).

En effet, spécificité française, nous avons pour chaque soin une double gestion, par l'Assurance-maladie obligatoire, d'une part, et par les assurances privées complémentaires, d'autre part. Si bien que les complémentaires dépensent 7,7 milliards de frais de gestion alors qu'elles remboursent 13 % des soins, tandis que la Sécurité sociale dépense 7,5 milliards de frais de gestion alors qu'elle rembourse près de 80 % des soins. Autrement dit, lorsqu'un assuré verse 100 euros à une assurance complémentaire (mutualiste ou non), seuls 75 euros sont utilisés pour payer les soins contre 96 euros s'il les confie à la Sécurité sociale.

« Faire mieux avec moins »

En abaissant de 70 % à 60 % le remboursement des consultations chez le médecin ou chez la sage-femme, le gouvernement veut diminuer la dépense publique en la transférant aux assurances privées. Mais celles-ci répercuteront automatiquement la hausse sur le montant de la prime versée par leurs assurés, après une hausse de 8 % en 2024, déjà. Cette mesure purement comptable n'entraînera donc aucune économie pour la société. Elle va coûter plus cher aux assurés et provoquera un accroissement des inégalités sociales de santé dans la mesure où les moins fortunés, notamment parmi les retraités, seront amenés à dégrader le niveau de leur couverture santé.



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction
de la sécurité sociale

2024

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Les chiffres clés de la LFSS

I – Scénario macroéconomique et trajectoires financières des régimes de base et du FSV associées à la LFSS pour 2024

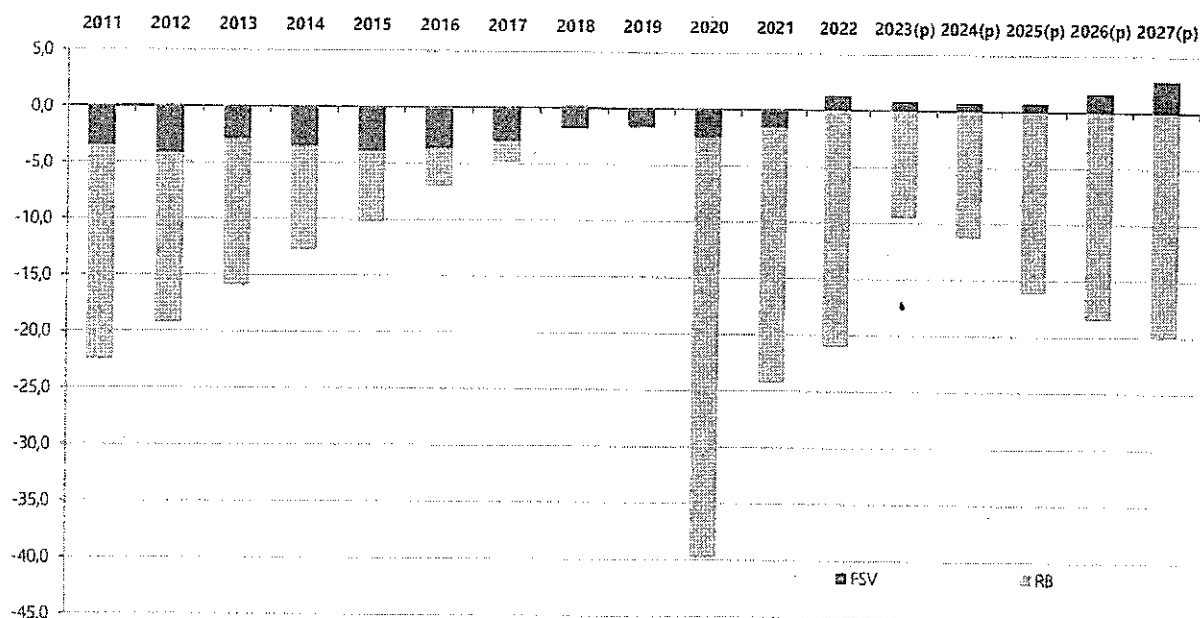
Principaux indicateurs et agrégats 2020-2027

	2020	2021	2022	2023(p)	2024(p)	2025(p)	2026(p)	2027(p)
PIB volume	-7,8%	6,4%	2,5%	1,0%	1,4%	1,7%	1,7%	1,8%
Masse salariale secteur privé hors PPV *	-5,7%	8,9%	8,7%	6,3%	3,9%	3,4%	3,4%	3,4%
dont effectifs	-1,2%	2,1%	2,7%	1,2%	0,5%	1,1%	1,4%	1,4%
dont salaire moyen	-4,6%	6,7%	5,8%	5,1%	3,3%	2,3%	2,0%	2,0%
ONDAM hors dépenses de crise**	3,3%	6,3%	6,0%	4,8%	3,2%	3,0%	2,9%	2,9%
Prix hors tabac	0,2%	1,6%	5,3%	4,8%	2,5%	2,0%	1,75%	1,75%
Revalorisation retraites au 1 ^{er} janvier	0,3% ou 1%	0,4%	1,1%	0,8%	5,3%	2,9%	2,1%	1,8%
Revalorisation prestations famille au 1 ^{er} avril	0,3%	0,1%	1,8%	1,6%	4,6%	2,5%	2,0%	1,75%
Revalorisation anticipée des prestations au 1 ^{er} juillet			4,0%					
Revalorisation des pensions de retraite (MA)	0,7%	0,4%	3,1%	2,8%	5,3%	2,9%	2,1%	1,8%
Revalorisation des autres prestations (MA)	0,3%	0,2%	3,4%	3,6%	3,9%	3,0%	2,1%	1,8%

*Masse salariale soumise à cotisations. La hausse de la masse salariale totale du secteur marchand, incluant la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat et prime de partage de la valeur ajoutée, serait de 6,5% en 2023 et 3,6% en 2024.

** Evolution de l'ONDAM hors dépenses de crise sanitaire, mais y compris Ségur.

Régimes de base et FSV - Soldes après mesures de la LFSS pour 2024 (en Md€)



II – Objectifs de recettes et de dépenses de la LFSS pour 2024

En milliards d'euros

(en milliards d'euros)

		2022	2023 (p)	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)
Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base (ROBSS)							
Maladie	Recettes	221,2	234,2	243,4	249,9	257,6	265,0
	Dépenses	242,2	243,7	251,9	259,3	266,7	273,9
	Solde	-21,0	-9,4	-8,5	-9,4	-9,1	-9,0
AT/MP	Recettes	16,2	17,2	17,1	17,7	17,7	18,3
	Dépenses	14,5	15,3	16,0	16,6	16,9	17,3
	Solde	1,7	1,9	1,1	1,1	0,8	1,0
Famille	Recettes	53,3	57,0	58,8	60,4	62,4	64,4
	Dépenses	51,4	56,0	58,0	60,0	61,6	62,9
	Solde	1,9	1,0	0,8	0,5	0,7	1,6
Vieillesse	Recettes	259,4	273,1	287,9	296,8	304,8	311,8
	Dépenses	263,3	275,0	293,7	305,8	315,9	325,4
	Solde	-3,9	-1,9	-5,8	-9,0	-11,1	-13,6
Autonomie	Recettes	35,4	36,8	41,2	42,1	43,3	44,7
	Dépenses	35,2	37,9	40,0	41,4	43,0	44,7
	Solde	0,2	-1,1	1,2	0,7	0,3	0,0
Toutes branches consolidées	Recettes	570,8	601,0	630,3	648,5	666,9	685,0
	Dépenses	591,8	610,5	641,6	664,6	685,3	705,0
	Solde	-21,0	-9,5	-11,3	-16,1	-18,4	-20,0
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)							
FSV	Recettes	19,4	20,3	21,4	22,1	23,0	23,8
	Dépenses	18,0	19,5	20,6	21,3	21,4	21,0
	Solde	1,3	0,8	0,8	0,8	1,6	2,8
Régimes obligatoires de base et fonds de solidarité vieillesse consolidés (ROBSS+FSV)							
ROBSS+FSV	Recettes	572,5	602,2	631,5	649,6	668,9	688,2
	Dépenses	592,1	610,9	642,0	665,0	685,7	705,4
	Solde	-19,7	-8,7	-10,5	-15,4	-16,8	-17,2

Tableau d'équilibre financier relatif à l'année 2024 découlant des mesures de la LFSS et de la LFI pour 2024

En milliards d'euros

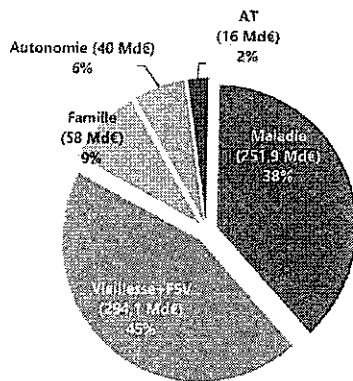
en Md€	Total	ATMP	Vieillesse	Famille	Autonomie	RS	FSV	RS+FSV
Mesures en dépenses	1,2	-0,1	0,0	0,0	0,6	0,5	0,0	0,5
ONDAM	1,2	0,01			-0,7	0,5		0,5
Adaptation de la réforme des retraites à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon			0,00			0,00		0,00
Haussse de la dotation au FIYA		0,1				-0,1		-0,1
Révision des règles de détermination des concours APA et PCM					0,25	0,25		0,25
Dotation exceptionnelle pour relever le taux de couverture des dépenses APA des départements					-0,15	-0,15		-0,15
Mesures en recettes et autres révisions	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	-0,7	0,0	-0,7
Simplification de l'organisation du recouvrement	0,03	0,00	-0,03	-0,01	0,00	-0,1		-0,1
Réforme de la procédure de rabus de droit	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01		0,01
Meilleure articulation des droits C25 avec le bénéfice de certains minima sociaux	0,00					0,00		0,00
Produit complémentaire des taxes sur l'utilisation des véhicules de tourisme	0,2					0,2		0,2
Annuler la participation de la CNAM à la prise en charge des cotisations des PAM en cas de fraude	0,00					0,00		0,00
Gel des bonnes d'éligibilité aux dispositifs de réduction de cotisations d'assurance maladie et d'allocations familiales	0,5			0,1		0,6		0,6
Transfert entre l'État et la Sécurité sociale	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,5
Ajustement de la fraction de TVA	0,2					0,2		0,2
Ajustement de la prévision de rendement de la TVA en cohérence avec le PLFS	0,25					0,25		0,25
Transferts internes à la Sécurité sociale	-0,3	0,0	0,4	-0,2	0,1	0,0	0,0	0,0
Transfert de taxe sur les salaires	0,3		0,4	-0,2	0,1	0,0		0,0
Transfert d'une fraction de droits alcools au RCO agricole			0,04			-0,04		-0,04
Total des mesures	1,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,6	0,0	0,6

Note : les chiffres du tableau donnent l'impact des mesures sur le solde des régimes de base et du FSV. Ainsi, une recette qui augmente joue positivement sur le solde, tandis qu'une dépense (prestations, gestion administrative) qui augmente joue à l'inverse négativement.

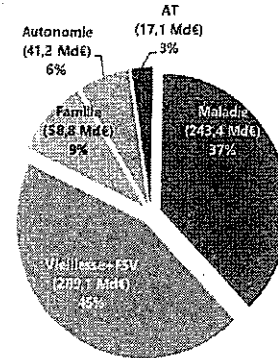
V. Structure par branche des dépenses et des recettes des régimes de base et du FSV pour 2024

Ensemble des régimes de base et du FSV

Dépenses en 2024
(dépenses totales consolidées* 642,0 Md€)



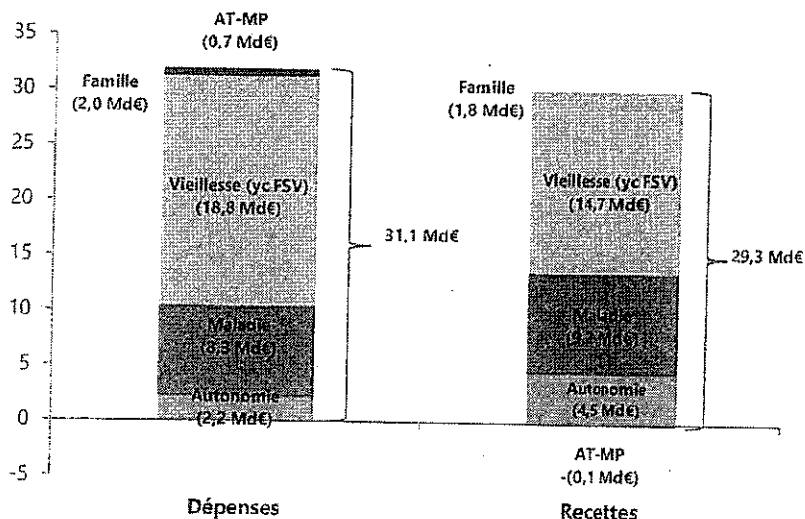
Recettes en 2024
(recettes totales consolidées* 631,5 Md€)



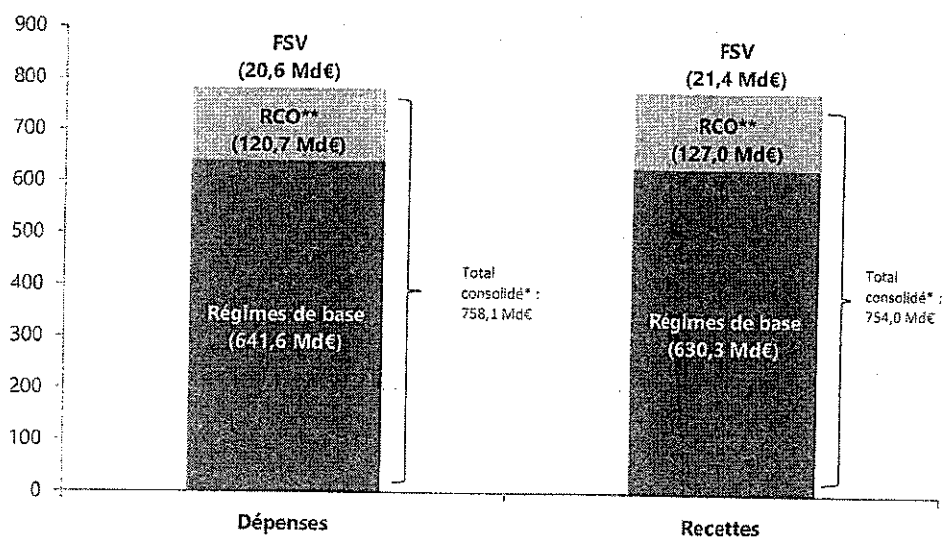
(*) Le total des dépenses (des recettes) « consolidées » des régimes obligatoires de base est inférieur à la somme des dépenses (des recettes) de chacune des branches en raison de la neutralisation des transferts entre branches.

VI. Evolution des dépenses et des recettes entre 2023 et 2024 pour les régimes de base et le FSV et répartition des dépenses et des recettes entre régimes de base et régimes complémentaires en 2024

Evolution des dépenses et des recettes de l'ensemble des régimes de base et du FSV entre 2023 et 2024



Dépenses et recettes* des régimes de base de sécurité sociale, des régimes complémentaires et du FSV en 2024 (Md€)



* Les dépenses consolidées de l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale, des régimes complémentaires et du FSV sont de 758,1 Md€ et les recettes consolidées de 754,0 Md€. Ces montants sont inférieurs par construction à la somme des dépenses et des recettes de chacun des sous-ensembles (respectivement 762,9 Md€ et 778,7 Md€) en raison de la neutralisation des transferts entre régimes.

** RCO : régimes complémentaires obligatoires servant des prestations de retraite, des pensions d'invalidité et des prestations décès.

Inquiétudes sur les règles relatives au transport sanitaire partagé

QUESTION ECRITE

Question écrite n°02538 - 17^e législature

Question de M. LEFÈVRE Antoine (Aisne - Les Républicains) publiée le 05/12/2024

M. Antoine Lefèvre attire l'attention de Mme la ministre de la santé et de l'accès aux soins sur les inquiétudes suscitées par le projet de décret établissant les modalités d'application du transport sanitaire partagé.

En 2023, la prise en charge des déplacements en ambulance et taxi a représenté un coût de 6,3 milliards d'euros pour l'assurance maladie, soit une augmentation de 9 % en un an. Plusieurs leviers d'actions ont été évoqués pour contenir cette hausse, dont le développement du transport partagé et la rationalisation des flux de transport. Il est en effet essentiel de travailler de manière concertée avec les acteurs du secteur pour garantir un service de qualité tout en respectant les contraintes budgétaires.

L'article 69 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 vise ainsi à inciter les assurés à recourir aux transports partagés en véhicule sanitaire léger (VSL) ou taxi conventionné lorsque leur état de santé n'est pas incompatible avec cette modalité de prise en charge.

Les représentants du secteur des transports sanitaires affirment déjà proposer ce service, mais expriment leurs préoccupations face à la dernière version du décret qui sera prochainement transmis au conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Ils insistent sur la nécessité d'une explication claire de la mesure et d'une mise en œuvre adaptée aux conditions spécifiques à chaque patient.

Malgré les signalements déjà effectués par les associations de patients au printemps 2024, le projet de décret ne semble pas tenir compte des conditions spéciales de prise en charge nécessaires à certaines pathologies ou certains traitements lourds tels que les dialyses ou les chimiothérapies.

En plus d'être difficile voire impossible à contrôler par les caisses d'assurance maladie, la durée maximale d'attente de 45 minutes avant et après les soins semble être une mesure compensatoire dénuée de pertinence compte tenu des enjeux de préservation des conditions de déplacement des malades les plus vulnérables.

Interrogé à ce sujet le 25 mai 2024, le ministre délégué chargé de la santé et de la prévention s'était exprimé en faveur d'une dérogation permettant le maintien de transports individuels pour les patients immunodéprimés, dialysés ou en traitement chimiothérapeutique.

Les associations de patients déplorent par ailleurs l'absence de précautions renforcées visant à limiter les risques de transmission de maladies contagieuses, comme l'obligation de porter un masque ou le respect des gestes barrières.

Ainsi, en l'état, ce projet de décret est de nature à porter atteinte à l'égalité d'accès aux soins, en ce que les patients qui refuseraient de partager un transport sanitaire risqueraient de ne plus pouvoir bénéficier du tiers payant. Au surplus, les impacts de cette mesure pourraient fortement perturber le quotidien de ces patients en allongeant le temps déjà important qu'ils consacrent à leurs soins.

Aussi, il lui demande si le Gouvernement entend répondre aux préoccupations des patients et de leurs représentants en prévoyant des exonérations pour les patients vulnérables et en précisant les précautions nécessaires à la réduction des risques de contamination.

Publiée dans le JO Sénat du 05/12/2024 - page 4644

Transmise au Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées

En attente de réponse du Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées.



RÉFORME DE LA PRISE EN CHARGE INTÉGRALE **DES FAUTEUILS ROULANTS**

DOSSIER DE PRESSE 6 février 2025

UNE PRISE EN CHARGE INTÉGRALE

Alors qu'aujourd'hui nos concitoyens doivent subir un important reste à charge pour l'achat de leur fauteuil, cette réforme, voulue par le président de la République, met fin à cette injustice et instaure la **prise en charge intégrale pour répondre à tous les besoins**.

Aujourd'hui, la prise en charge financière d'un fauteuil roulant se base sur de multiples financeurs : pour certains besoins, l'assurance maladie assure une prise en charge insuffisante pour couvrir l'ensemble du coût des besoins les plus spécifiques. Il existe de trop nombreux restes à charge pouvant atteindre plusieurs milliers d'euros pour un fauteuil.

En conséquence, des solutions supplémentaires sont actuellement mobilisées telles que le fond de compensation des départements, la prestation de compensation du handicap (PCH) ou d'autres solutions, conduisant à des délais d'accès de plusieurs mois voire années.

Par ailleurs, s'il est parfois nécessaire d'attendre plusieurs mois pour bénéficier de ces moyens de prises en charge alternatifs, aujourd'hui rien n'assure à l'utilisateur que son reste à charge sera réduit à zéro ou soutenable pour ses moyens. Nombre de nos concitoyens ont recours à des cagnottes en ligne appelant à la solidarité individuelle. Cette situation n'est pas tolérable dans nos pays. Notre nation possède l'un des plus robustes systèmes de protection sociale qu'il nous faut adapter dans le cadre de cette réforme.

UN GUICHET UNIQUE : L'ASSURANCE MALADIE

Afin de simplifier et améliorer la prise en charge des fauteuils roulants, l'assurance maladie sera placée comme **financeur et guichet unique, garantissant une prise en charge intégrale des fauteuils roulants**.

Par la mise en place de ce **guichet unique**, l'utilisateur voit son parcours de prise en charge simplifié et le **décal de prise en charge réduits drastiquement**. En effet, dès lors qu'un usager se verra prescrire par un professionnel de santé capable d'identifier son besoin, l'assurance maladie sera le seul guichet de prise en charge.

Le besoin de l'utilisateur, identifié par un professionnel de santé sera soumis au remboursement par l'assurance maladie. Le fauteuil mais aussi de très nombreuses « options et adjonctions » seront également pris en charge par l'assurance maladie dès lors que les produits ont fait l'objet d'une évaluation (en termes de qualité et d'efficacité) par la Haute autorité de santé. Néanmoins, dans les cas où des options et adjonctions supplémentaires sont nécessaires selon l'identification des besoins par le professionnel de santé, celles-ci pourront être prises en charge par l'assurance maladie sur la base d'une demande d'accord préalable (DAP). L'assurance maladie aura 2 mois à compter de la demande pour s'assurer que la demande de prise en charge répond bel et bien aux besoins identifiés par le professionnel de santé.

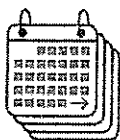
La réforme du remboursement des fauteuils roulants

AVANT LA RÉFORME



Reste à charge élevé :

Même avec la Sécurité sociale et des financeurs multiples, certains usagers avaient encore des frais importants.



Délais interminables :

Il fallait souvent attendre des mois, voire des années, pour obtenir un fauteuil roulant en raison de démarches longues et complexes.



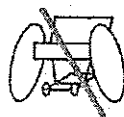
Multiplés financeurs :

La prise en charge impliquait plusieurs acteurs (Sécurité sociale, départements, PCH, etc.), rendant le parcours confus et inefficace.



Recherche de financements compliquée :

Les usagers devaient chercher des fonds supplémentaires pour couvrir les frais non remboursés, parfois via des cagnottes en ligne.



Fauteuils sportifs mal remboursés :

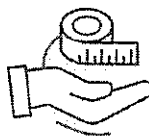
Les fauteuils pour le sport n'étaient pas pris en charge.



Nomenclature obsolète :

Le cahier des charges sur ce qui était remboursable était obsolète et peu adapté aux innovations.

APRÈS LA RÉFORME



Prise en charge intégrale de tous les fauteuils :

Tous les fauteuils, y compris les fauteuils sportifs et les plus spécifiques, voire sur mesure, sont intégralement pris en charge après évaluation des besoins par un professionnel de santé.



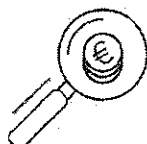
Délais réduits :

L'obtention d'un fauteuil passe à quelques jours ou semaines, au lieu de plusieurs mois/années.



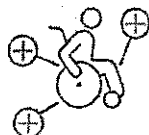
Un financeur unique :

La Sécurité sociale devient l'unique opérateur, simplifiant le parcours.



Recherche de financement simplifiée grâce à un guichet unique :

Les usagers n'ont plus à aller chercher d'autres financeurs et n'ont aucune démarche supplémentaire à effectuer.



Prise en charge intégrale des fauteuils sportifs

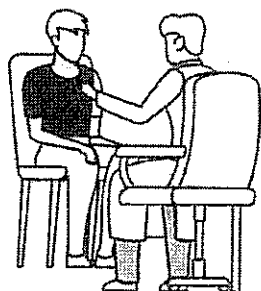


Pilotage et suivi :

Un comité animé par une personnalité qualifiée ajustera la réforme pour répondre aux besoins réels et prendre en compte les innovations.

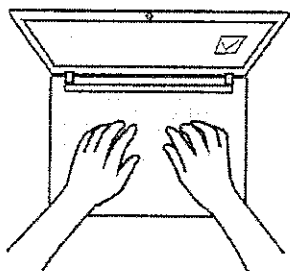
Source : ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Families, janvier 2025

Les étapes du parcours usager



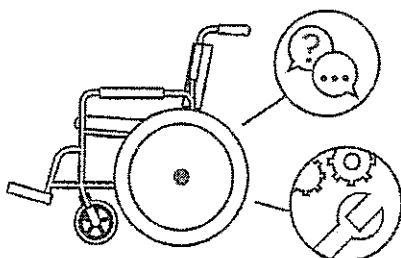
Évaluation des besoins, préconisation et essais fauteuil

- Identification des besoins spécifiques en fonction du handicap et du mode de vie.
- Indications sur le type de fauteuil requis.
- Essai de plusieurs fauteuils.



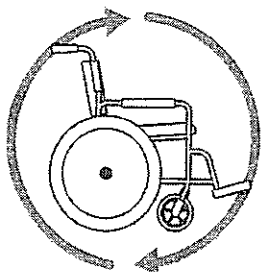
Prescription et demande d'accord préalable (DAP)

- Prescription établie avec des préconisations techniques adaptées.
- Indications sur le type de fauteuil requis.
- Envoi d'un dossier à l'assurance maladie, incluant la prescription, un devis et une justification médicale.
- Délai maximal de réponse : 2 mois.
- En l'absence de réponse, le silence vaut accord.



Mise à disposition et suivi

- Livraison du fauteuil roulant avec formation à son utilisation si nécessaire.



Renouvellement et réparation

- Adaptation ou remplacement anticipé du fauteuil si les besoins évoluent (ex. : pathologies neurodégénératives).
- Renouvellement facilité.
- Forfait réparation renforcé au besoin.

Source : ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles, janvier 2025