

Au programme :

- **PLFSS 2021**
- **Guides pratiques Audio, optique, Dentaire**
- **Impacts Covid-19 sur l'emploi et sur la protection sociale complémentaire en santé et prévoyance**
- **Perte d'autonomie**
- **Résiliation Infra Annuelle**

SPECIAL DDCG
21 Octobre 2020

Projet de Loi de Financement Sécurité Sociale 2021

L'évolution du financement de la Sécurité Sociale

L'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM)

- **Instauré en 1996** dans le cadre de la création des LFSS, il s'agit d'une **enveloppe que le législateur se fixe pour objectif de maîtriser** chaque année.
- L'ONDAM est fixé à **+ 6 %** en 2021 (soit 7,2% en incluant les crédits Covid + mesures Ségur de la santé).
- **Rectification de l'ONDAM 2020** avec une majoration de 10,1 Md€, soit une progression de +7,6 % (initialement prévu à 2,45%)
 - ▶ *Déficit prévisionnel du RG = 41,2 milliards d'euros*
 - ▶ *Pas de retour à l'équilibre global du RG en 2024 et même si rebond anticipé, insuffisant pour combler la dégradation observée en 2020*
 - ▶ *Branche maladie déficitaire de plus de 17 Md€ en 2024*



Nouveau financement

Contribution exceptionnelle des organismes complémentaires

- À verser en 2021 et 2022 (pour les années 2020 et 2021)
- Déclarée et liquidée selon les mêmes modalités que la TSA (Taxe de Solidarité Additionnelle)
- Affectée à la CNAM
- Assiette = sommes assujetties à la TSA (ensemble des cotisations versées au titre des contrats d'assurance maladie complémentaire, hors IJ)
- Taux de 2,6 % en 2020 et 1,3% en 2021



€

1 milliard
d'euros en 2021



€

500 millions
d'euros en 2022



Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS)

Empêcher la réduction du PASS 2021



La valeur du PASS de l'année N+1 ne pourra être inférieure à celle du PASS de l'année N, malgré l'évolution négative du salaire moyen pour 2020 (liée au fort recours à l'activité partielle).



PASS 2021

≥

PASS 2020

(41 136 €)

Les établissements de santé

La réforme du Ticket Modérateur (TM) à l'hôpital

- **Modification du calendrier de mise en place de Tarifs Journaliers de Prestations (TJP) nationaux** établis en fonction des soins donnés et du niveau de l'activité de l'établissement :

Base de calcul du TM	Activités Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO)	Activités Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)	Activités Psychiatrie
Établissements de santé « ex-OQN »	GHS	TJP nationaux	TJP nationaux
Établissements de santé « ex-DG »	TJP nationaux	TJP nationaux	TJP nationaux
Date de mise en place	1 ^{er} janvier 2021	NEW !!! 1 ^{er} janvier 2022	NEW !!! 1 ^{er} janvier 2022





Les établissements de santé

La création du Forfait Patient Urgences (FPU)

- Mise en place d'une participation forfaitaire pour les patients en cas de passage aux urgences non suivi d'hospitalisation, en lieu et place du TM proportionnel actuellement exigible = Forfait Patient Urgences (FPU)

2020

TM = 20%

Prise en charge obligatoire au titre des contrats responsables



2021

Participation forfaitaire nommée Forfait Patient Urgences (FPU) modulable

- ▶ Montant = a priori 18 €
- ▶ Montant minoré pour certains patients bénéficiant d'un régime d'exonération (si le motif du passage aux urgences est en lien avec le facteur d'exonération du patient ou non) = a priori 8 €
- ▶ Prise en charge au titre des contrats responsables ? (*source études d'impacts*)





Les établissements de santé

Financement expérimental

- Expérimentation d'une durée de 5 ans
- Où ?
 - ▶ Dans des établissements de santé pour leurs activités de médecine
- Quel financement (objectif à terme) ?
 - ▶ Une dotation populationnelle + un paiement à l'activité et à l'acte + un paiement à la qualité



Dans un premier temps, dès le 1er janvier 2021, les établissements volontaires (liste établie par arrêté) pourront bénéficier d'une dotation socle pour les activités de médecine en remplacement d'une partie de la T2A.





Les établissements de santé

Les revalorisations salariales et l'investissement pour l'hôpital



- Mise en œuvre du **complément de traitement indiciaire (CTI)** pour permettre juridiquement la revalorisation salariale
- Concerne les personnels hospitaliers et des EHPAD quel que soit leur statut (titulaire ou contractuel, soignant ou non soignant) publics et privés non lucratifs
- 1^{ère} revalorisation à compter du 1^{er} septembre 2020
 - ▶ Accords de Ségur signés en juillet dernier : 183 € nets par mois (+90 € applicable au 1er septembre 2020 ; +93 € au 1er mars 2021) ; Secteur privé lucratif = 160 € nets par mois (+80 € puis +80 €). Des accords conventionnels sont à mettre en œuvre avec les PS pour acter la revalorisation salariale.
- Création d'un **Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé**
 - ▶ 2,5 Md€ pour les projets hospitaliers prioritaires et l'investissement ville-hôpital
 - ▶ 1,4 Md€ pour le numérique en Santé
 - ▶ 2,1 Md€ pour la transformation, la rénovation et l'équipement dans les établissements médico-sociaux, dont 0,6 Md€ au titre de l'investissement numérique.





La prestation d'hébergement non médicalisé

Les hôtels hospitaliers

- Mise en place dans **les établissements de santé publics et privés**
- À destination des patients **en amont ou en aval d'un séjour hospitalier ou d'une séance de soins**
- **Financement spécifique** entre le 1^{er} janvier 2021 et jusqu'au 31 décembre 2023
- Possible passation d'une **convention entre l'établissement et un tiers pour déléguer la mise en œuvre de cette prestation**



Cahier des charges qui détaille les conditions d'accès au financement spécifique (arrêté à venir)



Financement spécifique via une dotation de type MIGAC (Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation).

L'idée étant de ne pas imposer une participation financière du patient, mais de laisser la possibilité aux établissements de conventionner localement avec les organismes complémentaires.

Travaux à venir pour déterminer si une participation du patient aux frais d'hébergement doit être systématisée et harmonisée et si une telle participation a vocation à être prise en charge par les OC dans le cadre des contrats responsables.





La convention médicale

Le report

- La convention médicale régit les relations entre les médecins libéraux conventionnés et l'Assurance Maladie.
- Elle est négociée entre :
 - ▶ L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM)
 - ▶ Les syndicats représentatifs des médecins libéraux



La convention médicale de 2016 prendra fin le 31 mars 2023 (au lieu du 20 octobre 2021)

Pour rappel, la LFSS pour 2020 a prévu une contribution des OC au titre du financement du forfait patientèle médecin traitant : celle-ci est due pour les années 2019, 2020 et 2021 et prorogée annuellement sauf disposition législative expresse prenant acte d'un nouveau dispositif conventionnel.

Il est donc certain que cette contribution sera prolongée au moins jusqu'en 2022 : l'occasion pour réfléchir à un nouveau mécanisme à intégrer dans la future convention ?



La téléconsultation

Une prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie Obligatoire

- **Jusqu'au 31 décembre 2021**, PEC à 100% des actes de téléconsultation (y compris exonération de la participation assuré)
- ▶ La prolongation a pour objectif de laisser le temps aux partenaires conventionnels de redéfinir les conditions du recours à cette pratique et aux professionnels de santé de s'équiper des outils et solutions techniques permettant sa gestion dans le droit commun : l'idée est-elle de supplanter les plateformes privées ?

Est-ce leur fin ?





Les prestations en espèces

Mesures sur les Indemnités Journalières (IJ) et le maintien de salaire

■ Allongement de la durée du congé paternité

- ▶ Dès le **1^{er} juillet 2021** ;
- ▶ Passage d'une durée du congé paternité de 11 à **25 jours**, soit de 14 à **28 jours** (si cumul avec le congé de naissance de 3 jours) ;
- ▶ **Obligatoire sur une période de 7 jours consécutifs à la naissance de l'enfant** (3 jours de congé naissance + 4 jours de congé paternité) ;
- ▶ Possibilité de prendre 21 jours supplémentaires à la suite de la période obligatoire ou plus tard

■ Dispositif de prise en charge exceptionnelle en cas de risque sanitaire grave

- ▶ Nouvelles possibilités de dérogation comme la neutralisation des durées maximum de versement des prestations pour les IJ (et aussi pour les frais de santé) ;
- ▶ **Dérogations envisageables** par décret **aux conditions d'octroi et de versement du complément employeur (Loi de mensualisation) en cas d'arrêt de travail** donnant lieu à IJSS : la condition d'ancienneté d'un an + l'obligation de justifier sous 48 heures du salarié à son employeur de son incapacité résultant d'un arrêt maladie + l'obligation d'être pris en charge par la sécurité sociale + l'obligation d'être soigné sur le territoire français ou dans un Etat de l'UE + les modalités de calcul de l'indemnité complémentaire + le délai de carence de 7 jours, ...



Prévention des risques et préservation de la santé au travail

Expérimentation d'une durée de 3 ans

- Avec qui : Des caisses de MSA volontaires et les caisses les plus sinistrées
- Quel objectifs ?
 - ▶ Améliorer le suivi individuel de l'état de santé du travailleur, connaître les risques de santé liés à ses expositions professionnelles
 - ▶ Réduire l'accidentalité et réduire la sous-déclaration des maladies liées au travail
- Quel contenu ?
 - ▶ **Un transfert des activités ou des actes de prévention exercés par les médecins du travail aux infirmiers de santé au travail**, pour les actes suivants :
 - l'examen médical d'aptitude effectué dans le cadre du suivi individuel renforcé
 - la visite de reprise après un congé maternité (hors postes à risque)
 - le bilan à 50 ans
 - ▶ Les médecins du travail pourront alors redéployer leurs actions et assurer le suivi des cas plus complexes ou peu suivis comme les saisonniers agricoles
- Un rapport sera établi à l'issue de cette expérimentation, afin d'envisager les modalités de sa généralisation



Guides pratiques

Contexte



Événement déclencheur : réforme 100% santé et constat d'une technicité complexe. Volonté d'accompagner les adhérents, patients, clients en apportant un pack d'informations différenciant et pouvant être capitalisé pour aller plus loin dans l'engagement lisibilité et ainsi asseoir notre volonté de transparence

- **OPTIQUE**
- **AUDITION**
- **DENTAIRE**

L'idée en septembre 2019...

Ces livrets pourraient être à disposition des adhérents, patients sur les sites des mutuelles, entités, dans les salles d'attente des agences des mutuelles, des établissements de VYV3 par exemple et pourraient s'inscrire dans une démarche forte de rapprochement entre les mutuelles et VYV3 par le biais d'une diffusion d'un support commun. Ainsi, nous profiterions de basculer les contraintes de la réforme du 100% santé en opportunité pour nous différencier et conglo­mérer une force du groupe incarné par VYV3 et les mutuelles en donnant du sens pour proposer un dispositif commun d'informations aux adhérents, aux clients des mutuelles, aux patients de VYV3 mais aussi pour les collaborateurs en agence, au téléphone, en gestion, au développement... des entités.



Entrepreneur du mieux-vivre



Aperçu



VOTRE GUIDE PRATIQUE

Optique



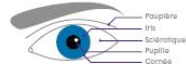
GRUPE
vyv
Entrepreneur du mieux-vivre

La vision

Le fonctionnement de l'œil

L'œil est l'organe de la vision. Il est constitué d'une cavité sphérique contenant un corps transparent, l'humeur aqueuse et le vitré. La lumière pénètre dans l'œil par sa surface circulaire située au centre de l'iris : la pupille.

L'œil



La cornée

Directement au contact de l'extérieur, la cornée est une membrane transparente de structure régulière et composée de cinq couches. C'est la structure qui a la plus grande sensibilité tactile du corps humain.

L'iris

L'iris est un diaphragme qui permet d'augmenter ou de diminuer la quantité de lumière qui pénètre dans l'œil en réglant soigneusement la courbure de l'œil.

VOTRE GUIDE PRATIQUE EN OPTIQUE

Les problèmes de vue

Les maladies des yeux

Le glaucome

Il se caractérise par une augmentation de la pression du globe oculaire due par la détérioration progressive du nerf optique. Cette maladie neurologique se présente souvent sans symptômes ou début de son évolution mais se manifeste souvent par des douleurs insupportables du champ visuel. Le suivi médical, par traitement médicamenteux (collyres), est à vie. Ce suivi permet de stabiliser et non de guérir, il peut être complété par un traitement ou laser ou une intervention chirurgicale.

La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)

À SAVOIR

Cette affection toucherait aujourd'hui plus d'un million de Français. La première cause de la cécité est due à cette maladie. La DMLA affecte une partie de la macula, partie de la rétine et entraîne une perte progressive et définitive de la vision à partir de 45 ans. Un traitement au laser ou par injection intravitréenne permet de stabiliser les lésions, de ralentir de retarder et de réajuster le fonctionnement chez l'hyperopie. Le traitement est l'application de l'oxygène et l'application d'un filtre pour conseiller sur l'impact de l'éclairage et des vitesses (pompes, télé-ordinateurs).

VOTRE GUIDE PRATIQUE EN OPTIQUE

Les problèmes de vue

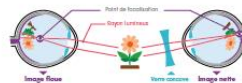
Les défauts de vision

Les amétropies

Défauts visuels (un ou plusieurs) peuvent être corrigés par un verre approprié. Cette catégorie regroupe l'ensemble des défauts de vision : myopie, hypermétropie, astigmatisme.

La myopie

C'est un œil trop puissant : il voit bien de près mais pas de loin. La myopie se corrige par un verre concave ou négatif*. La myopie possède un globe d'un œil trop long. L'image se forme en avant de la rétine.



* Les verres concaves ont une épaisseur au centre plus mince que leur épaisseur au bord pour que les rayons lumineux se font diverger la lumière.

VOTRE GUIDE PRATIQUE EN OPTIQUE

La prise en charge

Classe B plus de choix mais avec un reste à charge

- Un équipement premium - une monture avec un reste à charge ou non suivant la garantie complémentaire santé.
- Des remboursements pour la complémentaire santé compris entre 50 € à 200 € pour l'équipement complet (incluant la part de l'assurance maladie obligatoire) en fonction de la correction dont la monture limitée à 200 € dans le cadre des contrats respectifs.
- Une base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire à 0,08 € par élément (monture ou verre).

EXEMPLE AU 1^{ER} JANVIER 2020

- 2 verres multifocaux de classe B dont le globe est de -4,00 à -6,00 ou +4,00 à +6,00
- Monture de classe B
- Application des forfaits de tarifs 200€ (par verre et 14€ le montant)
- Garantie AMC (incluant la part de l'AMO) couvrant (à titre indicatif) 50% par verre et 60% la monture

	2 VERRES	1 MONTURE	TOTAL
Tarif moyen (à titre indicatif)	300 € par verre - 200 €	140 €	340 €
Base de remboursement (RS)	0,08 € par verre	0,08 €	-
Remboursement AMC** (+0,02 à 0,04)	(0,08 x 2) x 0,6 = 0,096 €	0,08 x 0,6 = 0,048 €	0,09 €
Remboursement AMC** (+0,02 à 0,04)	(80 x 2) x 0,04 = 6,40 €	80 x 0,04 = 3,20 €	236,91 €
Reste à charge (à titre indicatif)	200 - 0,096 - 180,24 = 19,664 €	140 - 0,048 - 79,97 € = 59,982 €	108 €

VOTRE GUIDE PRATIQUE EN OPTIQUE

** AMC : assurance maladie obligatoire
** AMC : assurance maladie complémentaire

Sommaire

La vision 6

Le fonctionnement de l'œil..... 8

L'œil au quotidien..... 12

La fatigue visuelle 14

Quelques exercices permettant de prévenir ou soulager la fatigue visuelle 17

Protéger ses yeux 18

Les problèmes de vue 20

Les défauts de vision 22

Les moyens de correction 26

Les maladies des yeux 34

Qui consulter ? 37

La prise en charge 38

Prise en charge par l'assurance maladie obligatoire 40

La réforme 100 % santé (RAC 0*) 42

Le 100 % santé en optique 46

VOTRE GUIDE PRATIQUE EN OPTIQUE

Aperçu



VOTRE GUIDE PRATIQUE

Audition

GRUPE
vyv

Entrepreneur du
mieux-vivre



Les oreilles au quotidien

Les différentes pathologies

Acouphènes

Messages sonores (sifflement, bourdonnement, etc.) perçus par le cerveau alors que l'oreille ne reçoit aucun son. Nombre d'entre eux ont comme origine une activité anormale du nerf auditif, après un traumatisme sonore par exemple. Les acouphènes peuvent être occasionnels, intermittents ou continus.

Déficience auditive

Dégradation et/ou pertes d'aggravation de la sensation auditive. Elle est due à une altération du système auditif.

Hyperacousie

Intolérance anormale au bruit.

Presbycusie

Vieillessement naturel de l'oreille. D'apparition progressive et généralement bilatérale, ce trouble apparaît le plus souvent vers 60 ans et entraîne une dégradation de la compréhension.



© M. BÉGIN - PHOTODISC

Le prix en charge

Évolution de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et des tarifs

La base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire est passée de 190,71 € à 300 € en 2019, 300 € en 2020 pour atteindre 400 € en 2021 (pour oreille - équipement adulte) pour les deux classes.

Les appareils de classe 1 sont plafonnés depuis 2019 à 1 300 €, puis à 1 100 € en 2020 et 950 € en 2021 par oreille (équipement adulte).

Les options

Les appareils de classe 1 doivent comporter au minimum :

- 3 options de la liste A,

- 4 options de la liste B *

Les appareils de classe 2 doivent comporter au minimum :

- 4 options de la liste A,

- 1 option de la liste B *

*Pour les aides auditives disposant également de la fonction et/ou d'un traitement pour les aides auditives de type intra-auriculaires (sans conduit) et/ou d'un traitement pour les aides auditives de type à canal, au moins 3 options de la liste A et/ou d'aides auditives comportant au moins 3 options de la liste B et/ou d'aides auditives de type à canal et/ou d'aides auditives comportant au moins 2 options de la liste B.

Les soins auditifs

Les types d'aides auditives



Le contour d'oreille classique

Il est posé sur l'oreille et relié à un embout tubotique sur mesure qui se fixe à l'intérieur de l'oreille.

Ce dispositif de plus en plus miniaturisé, offre par des systèmes multi-microphones, des solutions confortables et efficaces dans des ambiances bruyantes.

- Adapté à tous types de surdité
- Système à piles ou rechargeable



Le micro-contour à écouteur déporté

Il est posé sur l'oreille et relié à un tube fin à l'extérieur qui se fixe sur un écouteur logé dans l'oreille. Très confortable d'utilisation, il offre la sensation d'oreille touchée et la déformation de la propre voix de l'utilisateur, grâce à une adaptation facile. Il offre également des solutions efficaces dans les ambiances bruyantes.

- Convient aux surdités légères ou modérées
- Entretien et adaptation gratuites
- Système à piles ou rechargeable

Le prix en charge

Le 100 % santé en audiologie

Dès le 1^{er} janvier 2021, une offre d'équipement 100 % remboursée

Deux classes pour ces dispositifs

CLASSE 1

CLASSE 2

Sans prise en charge

Prix libre

La prise en charge totale (régime obligatoire + régime complémentaire) sera pour la classe 2 limitée à 1 700 € par oreille dans le cadre des contrats remboursables.

- Une aide auditive de bon niveau, pour maximum (par oreille) pour la classe 1.

2019	2020	2021
1 300 €	1 100 €	950 € (sans prise en charge)

- Une augmentation de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (pour l'adulte, elle était de 190,71 € en 2018) pour les 2 classes :

2019	2020	2021
300 €	500 €	400 € (100 % sans prise en charge)

- Une dissimulation du suivi de l'oreille (sans forfait de prestations)

- Remboursement sous les 4 ans.

Sommaire

Les oreilles au quotidien 6

La prévention et les signes d'alerte 8

Les différentes pathologies 10

Qui consulter ? 11

Les soins auditifs 12

Les étapes du parcours de soin auditif 14

L'aide auditive numérique et son fonctionnement 15

Les types d'aides auditives 16

La prise en charge 18

Quels changements depuis le 1^{er} janvier 2019 20

La prise en charge par l'assurance maladie 26

La réforme 100 % santé (RAC 0 *) 28

Le 100 % santé en audiologie 32

Impacts Covid-19

Les nouvelles mesures sur l'activité partielle

Le premier ministre a annoncé le 26 août dernier le report au 1^{er} novembre 2020 de la réforme de l'activité partielle de droit commun.

	Modulation allocation activité partielle	Dispositif spécifique d'activité partielle (APLD)
Entrée en vigueur	Du 1 ^{er} juin 2020 jusqu'au 31 décembre 2020	Du 1 ^{er} juillet 2020 jusqu'au 30 juin 2022
Indemnité d'activité partielle versée	<ul style="list-style-type: none"> Pas de changement toujours 70% de la rémunération brut 	<ul style="list-style-type: none"> 70% de la rémunération horaire brute ramenée à un montant horaire avec instauration du plafond à hauteur de 4,5 SMIC
Allocation d'activité partielle versée	<ul style="list-style-type: none"> Modulation du taux avec baisse de 70 % à 60% de la rémunération brut limité à 4,5 SMIC Sauf pour les secteurs définit dans le décret du 29 juin et ses 2 annexes → taux à 70% 	<ul style="list-style-type: none"> 60% de la rémunération horaire brute limité à 4,5 SMIC Ce taux horaire ne peut être inférieur à 7,23 euros sauf pour les contrats d'apprentissage ou professionnalisation
Engagement en termes d'emploi	Maintien dans l'emploi pendant la durée de l'activité partielle	L'accord collectif ou le document élaboré par l'employeur définit les engagements en termes d'emploi et de formation professionnelle
Durée du dispositif	Autorisation passée de 6 mois à 12 mois	Autorisation = 6 mois renouvelables Bénéfice du dispositif = dans la limite de 24 mois consécutifs ou non sur une période de référence de 36 mois consécutifs
Durée du travail	Pas de changement	L'accord ou le document définit la réduction maximale de l'horaire de travail en deçà de la durée légale qui ne peut être supérieure à 40 % pour chaque salarié concerné → possibilité de suspendre temporairement l'activité. Cette limite peut passer à 50 % dans des cas exceptionnels résultant de la situation particulière de l'entreprise, sur décision de l'autorité administrative et dans les conditions prévues par l'accord collectif.

Les nouvelles mesures sur l'activité partielle

	Modulation allocation activité partielle	Dispositif spécifique d'activité partielle (APLD)
Secteurs concernés	<ul style="list-style-type: none"> Définit par le décret du 29 juin 2020 et ses annexes 1 et 2 = tourisme, l'hôtellerie, restauration, sport, culture, transport aérien, événementiel qui sont particulièrement affectés par les conséquences économiques et financières de la propagation de l'épidémie de covid-19 au regard de la réduction de leur activité en raison notamment de leur dépendance à l'accueil du public Néanmoins un projet de décret prévoit d'ajuster la liste des secteurs éligibles afin de conserver une liste identique à celle des secteurs éligibles au fonds de solidarité 	Employeurs confrontés à une réduction d'activité durable qui n'est pas de nature à compromettre leur pérennité
Cumul possible	<ul style="list-style-type: none"> Non cumul sur une même période et pour un même salarié, avec le dispositif d'activité partielle de droit commun Possibilité de cumul si l'employeur bénéficie du dispositif spécifique d'activité partielle pour une partie de ses salariés → il pourra alors bénéficier concomitamment du dispositif d'activité partielle de droit commun pour les autres salariés (uniquement pour l'un des motifs prévus aux 2° à 5° de l'article R. 5122-1 du code du travail) 	
Communiqué de presse	<ul style="list-style-type: none"> Le 30 septembre 2020 le Ministère du travail a précisé dans un communiqué de presse, la prise en charge à 100% de l'activité partielle par l'Etat jusqu'au 31 décembre 2020 pour les entreprises de l'événementiel, de la culture, des opérateurs de voyage et de séjour et du sport (entreprises des secteurs S1 et S1 bis → même liste que celles des annexes 1 et 2 du décret du 29 juin 2020) 100% du salaire net pour les salariés au SMIC et 84% environ du net dans la limite de 4,5 SMIC La ministre du travail a précisé que cette prise en charge s'appliquera également aux entreprises signataires d'un accord d'activité partielle de longue durée tant que leur secteur bénéficiera de la mesure 	

Fin du dispositif d'activité partielle pour certains salariés

Restriction au dispositif d'activité partielle pour les personnes vulnérables et les proches cohabitant avec elles

- Le décret n° 2020-1098 du 29 août 2020 a mis un terme au bénéfice de l'activité partielle pour les **proches cohabitant avec une personne vulnérable** et **abroge le décret du 5 mai 2020 à compter du 1^{er} septembre 2020**
- Les **personnes vulnérables continuent à bénéficier de l'activité partielle dans les conditions suivantes** :
 - Réduction de la liste des critères de vulnérabilité auxquels doit répondre le salarié → de 11 à 4 critères : 1° Etre atteint de cancer évolutif sous traitement (hors hormonothérapie); 2° Etre atteint d'une immunodépression congénitale ou acquise; 3° Etre âgé de 65 ans ou plus et avoir un diabète associé à une obésité ou des complications micro ou macrovasculaires; 4° Etre dialysé ou présenter une insuffisance rénale chronique sévère
 - Certificat médical du médecin estimant que le salarié présente un risque de développer une forme grave d'infection au virus SARS-CoV-2 le plaçant dans l'impossibilité de continuer à travailler



Le juge des référés du Conseil d'Etat dans une ordonnance du 15 octobre 2020 suspend les dispositions du décret du 29 août 2020 qui ont restreint les critères de vulnérabilité au covid-19 permettant aux salariés de bénéficier du chômage partiel. Le juge estime que le choix des pathologies qui ont été conservées comme éligibles par rapport au décret du 5 mai dernier n'est pas cohérent ni suffisamment justifié par le Gouvernement.

Dès lors, en l'absence d'une nouvelle décision du Premier ministre, les critères retenus par le précédent décret du 5 mai 2020 s'appliquent à nouveau.

Indemnisation des arrêts de travail pour garde d'enfant

Fiche du Ministère du travail version du 1^{er} septembre 2020

- A compter du 1^{er} septembre 2020 et compte tenu de la poursuite de la circulation du virus, les dispositifs d'arrêt et d'indemnisation dérogatoires ont vocation à être à nouveau mis en œuvre au bénéfice des parents contraints de garder leur enfant sans pouvoir télétravailler, suite à la fermeture pour raison sanitaire de la classe ou de l'établissement d'accueil de leur enfant ou suite à l'identification de l'enfant comme cas contact à risque dans le cadre du contact-tracing.
- Les salariés de droit privé pourront être placés en position d'activité partielle déclarée par leur employeur selon les modalités propres à l'entreprise et ils seront indemnisés à ce titre
- Pour les autres catégories de salarié, un arrêt de travail dérogatoire ouvrant droit au versement d'indemnités journalières de sécurité pourra être établi **sans vérification des conditions d'ouverture de droit, sans délai de carence ni comptabilisation dans les durées maximales de versement des IJ** :
 - **Travailleurs non-salariés et autres catégories** (travailleurs indépendants, travailleurs non-salariés agricoles, artistes auteurs, professions libérales, professions de santé, gérants de société relevant du régime général)
 - **Stagiaires de la formation professionnelle**
 - **Contractuels de droit public de l'administration**
 - **Fonctionnaires à temps non complet travaillant moins de 28 heures**

Indemnisation des arrêts de travail pour garde d'enfant

	Entrée en vigueur	Justificatif	IJSS	Activité partielle
Salariés droit privé	1 septembre 2020	<ul style="list-style-type: none"> Justificatif attestant de la fermeture d'établissement, de la classe ou de la section selon les cas (message général reçu de l'établissement ou, le cas échéant, de la municipalité informant de la non ouverture ou du fait que l'enfant ne sera pas accueilli compte tenu des mesures sanitaires décidées ou attestation fournie pour l'établissement) Ou document de l'assurance maladie attestant que leur enfant est considéré comme cas contact à risque qu'il transmettra à son employeur, qui devra le conserver en cas de contrôle Le salarié remettra également à son employeur une attestation sur l'honneur qu'il est le seul des deux parents demandant à bénéficier d'un arrêt de travail pour les jours concernés 	NON	OUI
Travailleurs non-salariés et autres catégories	1 septembre 2020	<ul style="list-style-type: none"> Attestation de fermeture de la classe ou de l'établissement et qu'il en fait la demande via le téléservice declare.ameli.fr ou declare.msa.fr. Cette attestation devra être conservée par le déclarant en cas de contrôle Dans le cas où le travailleur non-salarié doit cesser son activité professionnelle pour garder à domicile son enfant identifié comme cas contact à risque, il n'a pas besoin de faire sa demande via le téléservice, l'assurance maladie délivrera l'arrêt de travail dans le cadre des opérations de contact-tracing. 	OUI	NON

Indemnisation des arrêts de travail pour garde d'enfant

	Entrée en vigueur	Justificatif	IJSS	Activité partielle
Stagiaires de la formation professionnelle	1 septembre 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Ils sont déclarés par leur organisme de formation à qui ils doivent remettre l'attestation de fermeture de la classe ou de l'établissement ou document de l'assurance maladie attestant que l'enfant est cas contact à risque • Le stagiaire devra également remettre l'attestation sur l'honneur qu'il est le seul des deux parents demandant à bénéficier d'un arrêt de travail pour les jours de concernés • Ces documents devront être conservé par l'organisme de formation professionnelle en cas de contrôle de l'administration. • L'organisme de formation professionnelle procédera à la déclaration de l'arrêt via le téléservice declare.ameli ou declare.msa.fr 	OUI	NON
Fonctionnaires à temps non complet travaillant moins de 28 heures	1 septembre 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Justificatif de l'établissement attestant que l'enfant ne peut être accueilli ou d'un document de l'assurance maladie attestant que leur enfant est considéré comme cas contact à risque, permet à l'employeur de maintenir ou de placer l'agent en autorisation spéciale d'absence (ASA), lorsque le télétravail est impossible. • L'agent remettra à son employeur une attestation sur l'honneur qu'il est le seul des deux parents demandant à bénéficier d'une ASA pour les jours concernés. 	OUI	NON

Indemnisation des arrêts de travail pour garde d'enfant

	Entrée en vigueur	Justificatif	IJSS	Activité partielle
Contractuels de droit public de l'administration	1 septembre 2020	<ul style="list-style-type: none"> Justificatif attestant de la fermeture d'établissement, de la classe ou de la section selon les cas (message général reçu de l'établissement ou, le cas échéant, de la municipalité informant de la non ouverture ou du fait que l'enfant ne sera pas accueilli compte tenu des mesures sanitaires décidées ou attestation fournie pour l'établissement) Ou un document de l'assurance maladie attestant que leur enfant est considéré comme cas contact à risque qu'il transmettra à son employeur, qui devra le conserver en cas de contrôle. Le salarié remettra également à son employeur une attestation sur l'honneur qu'il est le seul des deux parents demandant à bénéficier d'un arrêt de travail pour les jours concernés. Sur présentation de ces documents, son employeur procède à la déclaration de l'arrêt via le téléservice declare.ameli.fr ou declare.msa.fr 	OUI	NON

Suppression délai de carence des IJSS pour les cas contacts

Attestation d'isolement des « cas contact » ne pouvant pas télétravailler depuis le 3 octobre 2020

- Le ministre des solidarités et de la santé s'est prononcé sur la **suppression** du **délai de carence** des **IJSS** pour les **salariés** et **non-salariés contactés** par l'**Assurance Maladie** dans le cadre du « **contact tracing** » et **ne pouvant pas télétravailler**.
- Sur le site ameli, il est précisé que pour ces personnes « cas contact », il est possible de demander **un arrêt de travail en ligne** sur le site declare.ameli.fr à partir du 3 octobre :
 - L'arrêt est d'une durée de **7 jours débutant à la date à laquelle l'Assurance Maladie les ont contacté** pour les inviter à s'isoler et à réaliser un test, après un contact à risque avec une personne testée positive au coronavirus.
 - Pour les salariés ou non-salariés qui se seraient déjà **spontanément isolés avant cette date**, l'arrêt pourra être **rétroactif** dans la **limite** de **4 jours**.
 - Si les **résultats du test ne sont pas connus à la fin de l'arrêt initial**, le salarié pourra **demandeur** une **prolongation** de l'arrêt dans la **limite** de **7 jours supplémentaires**.
- Avant de procéder au versement des indemnités journalières, l'Assurance Maladie vérifiera que l'assuré est bien connu en tant que cas contact à risque.
- En cas d'accord, une **attestation d'isolement valant arrêt de travail dérogatoire** lui sera adressée, qui pourra être présentée à l'employeur.

Maladies professionnelles et Covid-19

Reconnaissance en maladies professionnelles pour les professionnels du secteur de la santé

- Le décret n° 2020-1131 du 14 septembre 2020 relatif à la reconnaissance en maladies professionnelles des pathologies liées à une infection au SARS-CoV2 est entré en vigueur le **16 septembre 2020**. Le décret crée deux nouveaux tableaux de maladie professionnelle relatif aux « **AFFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUËS LIÉES À UNE INFECTION AU SARS-COV2** » :

	Tableau n°100	Tableau n°60
Désignation des maladies	Affections respiratoires aiguës causées par une infection au SARS-CoV2, confirmée par examen biologique ou scanner ou, à défaut, par une histoire clinique documentée (compte rendu d'hospitalisation, documents médicaux) et ayant nécessité une oxygénothérapie ou toute autre forme d'assistance ventilatoire, attestée par des comptes rendus médicaux, ou ayant entraîné le décès	
Délai de prise en charge	14 jours	
Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies	Concerne principalement tous travaux accomplis en présentiel par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service, d'entretien, administratif ou de services sociaux, en milieu d'hospitalisation à domicile ou au sein des établissements et services, les activités de soins et de prévention auprès des élèves et étudiants des établissements d'enseignement et les activités de transport et d'accompagnement des malades, dans des véhicules affectés à cet usage	Concerne principalement tous travaux accomplis en présentiel par le personnel administratif, de soins et assimilé ou d'entretien, au sein des établissements et services dépendant d'organismes ou d'institutions relevant du régime de protection sociale agricole (services de santé au travail, structures d'hébergement et de services pour personnes âgées dépendantes, structures d'hébergement pour adultes et enfants handicapés, services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès de personnes vulnérables)

Maladies professionnelles et Covid-19

Reconnaissance en maladies professionnelles « hors tableaux »

- Cette reconnaissance est déjà prévue à l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale qui précise que si **une** ou **plusieurs conditions issues** de ces **tableaux ne sont pas remplies**, la **maladie** telle qu'elle est désignée dans un tableau de maladies professionnelles **peut être reconnue d'origine professionnelle** lorsqu'il est **établi** qu'elle est **directement causée** par le **travail habituel** de la victime.
- De même pour une **maladie caractérisée non désignée** dans un **tableau de maladies professionnelles** lorsqu'il est **établi** qu'elle est **essentiellement** et **directement causée** par le **travail habituel** de la victime et qu'elle **entraîne le décès** de celle-ci ou une **incapacité permanente** d'un **taux au moins égal à 25%**.
- Dans ce cadre, la **caisse primaire reconnaît l'origine professionnelle** de la **maladie après avis motivé d'un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)**. Le **décret n° 2020-1131 du 14 septembre 2020 déroge** aux règles de **composition** du **CRRMP** en **allégeant** sa composition pour **créer un CRRMP unique dédié** à la **reconnaissance de maladie professionnelle liées** à une **contamination** au **SARS-CoV2**. Il est composé :
 - **un médecin-conseil** relevant du service du contrôle médical de la Cnam ou de la direction du contrôle médical et de l'organisation des soins de la caisse centrale de la MSA ou d'une des caisses locales, ou un médecin-conseil retraité
 - **un professeur des universités-praticien hospitalier** ou **un praticien hospitalier** particulièrement qualifié en matière de pathologie professionnelle, réanimation ou infectiologie, en activité ou retraité, ou un médecin du travail, en activité ou retraité. Il sera nommé pour 4 ans et inscrit sur une liste établie par arrêté du directeur général de l'ARS

Focus sur la portabilité



Une situation économique difficile pour nos entreprises clientes :

- La crise sanitaire liée à la propagation de l'épidémie de Covid-19 a eu un impact conséquent sur l'activité des entreprises
- Hausse importante des inscriptions à Pôle Emploi, celles-ci étant principalement liées à des reclassements de travailleurs précaires dans les secteurs d'activité les plus touchés dès le début du confinement (comme le secteur de l'hôtellerie-restauration). (source DARES)
- Réduction annoncée des aides massives de l'Etat pouvant induire une vague de licenciements
- La situation rendra très difficile l'accès pour ces personnes à un nouvel emploi



Un impact significatif au niveau des coûts portés par les actifs :

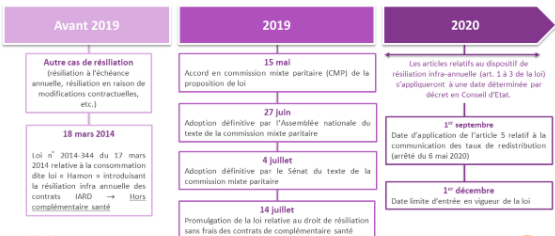
- Augmentation du nombre de personnes en portabilité
- Augmentation de la durée moyenne en portabilité
- Baisse du nombre des actifs

Résiliation infra annuelle

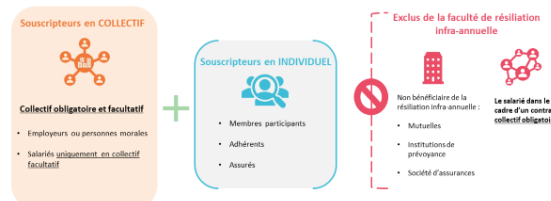
Un nouveau support réglementaire pédagogique

En ligne dans <https://groupevyv.sharepoint.com/teams/ReglementaireMonCherWatson>

Calendrier de mise en place



Pour qui ?



Quand ?

A une date fixée par décret en Conseil d'État, et au plus tard le 1^{er} décembre 2020.

Le souscripteur d'une assurance complémentaire santé pourra alors résilier son contrat d'assurance (assureurs) ou dénoncer son adhésion (mutuelles et institutions de prévoyance) :

- Au-delà de la 1^{ère} année de souscription
- À tout moment
- Sans frais ni pénalités

Information du souscripteur (ou adhérent)

La nouvelle faculté de résiliation doit être mentionnée dans les documents suivants :

Code de la mutualité	Opération COLLECTIVE OBLIGATOIRE	Opération COLLECTIVE FACULTATIVE et opération INDIVIDUELLE
	<ul style="list-style-type: none"> Bulletin d'adhésion ou le contrat collectif IPID 	<ul style="list-style-type: none"> Notice (pour les opérations collectives facultatives) Règlement (pour les opérations individuelles) Dans chaque avis d'échéance de cotisation IPID
Code des assurances	<ul style="list-style-type: none"> Contrat d'assurance Dans chaque avis d'échéance de prime ou de cotisation IPID 	
Code de la sécurité sociale	<p>Opération COLLECTIVE OBLIGATOIRE (en fonction de la location du futur article L. 922-12-31) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Bulletin d'adhésion ou contrat Dans chaque avis d'échéance de cotisation IPID 	<p>Opération COLLECTIVE FACULTATIVE et opération INDIVIDUELLE</p> <ul style="list-style-type: none"> Notice d'information ou contrat Dans chaque avis d'échéance de cotisation IPID

En attente du décret en Conseil d'État.

Accompagnement pendant la résiliation

Le nouvel organisme complémentaire d'assurance (OC) doit effectuer pour le compte du souscripteur les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation ou de dénonciation (notification en fonction du support choisi par le souscripteur).

Cet accompagnement permettra de faciliter les transferts d'informations nécessaires à la télétransmission, au tiers payant et au respect des règles applicables aux contrats responsables dans le cadre de la réforme 100 % santé et notamment :

- émission des droits et des nouvelles cartes de tiers payant
- encaissement des nouvelles cotisations ou primes

L'ancien OC doit s'assurer de l'absence d'interruption de la couverture de souscripteur durant la phase de basculement du contrat résilié vers le nouveau contrat souscrit qui engendre un certain nombre d'opérations :

- arrêt des droits à la date d'effet de la résiliation, notamment en modifiant l'organisme payeur dans le cadre de la procédure NOÉMIE (pour la télétransmission)
- arrêt des prélèvements et remboursement de la cotisation ou de la prime postérieure à la résiliation ou dénonciation

En attente du décret en Conseil d'État.

Communication des taux de redistribution

Il s'agit d'une obligation renforcée imposée dans le cadre des dispositions relatives au contrat responsable qui conditionne le bénéficiaire au régime social et fiscal de faveur (art. L. 871-1 du code de la sécurité sociale et art. 5 de la loi). Les taux de redistribution doivent être communiqués avant la souscription puis annuellement à chaque adhérent ou souscripteur.

Cette nouvelle obligation vise à simplifier les Informations transmises aux assurés concernant le montant des frais de gestion, des prestations versées et des cotisations en centrant la communication sur deux ratios exprimés en pourcentage hors taxes qui correspondent aux informations sur la rentabilité technique (ratio P/C) et les frais de gestion :

- Rentabilité technique (ratio P/C)** = Montant des Prestations / Montant des Cotisations ou primes (P/C) au titre de l'ensemble de son portefeuille d'affaires directes, brutes de réassurance
- Frais de gestion (FG/C et composition des FG)** = Montant total des Frais de Gestion / Montant des Cotisations ou primes, ainsi que la composition des Frais de Gestion (FG)

Ces deux données doivent permettre d'améliorer la lisibilité des offres pour les souscripteurs ou prospects sur le choix et le caractère adapté du contrat qu'ils ont souscrit ou qu'ils envisagent de souscrire.

Les modalités ont été précisées par l'arrêté du 6 mai 2020 qui entre en vigueur le 1^{er} septembre 2020.

vyv

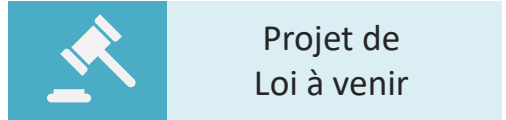
Perte d'autonomie



La perte d'autonomie

Une nouvelle branche de la Sécurité sociale (PLFSS 2021)

- Gestion par la CNSA
- Périmètre (à vocation à évoluer au gré des futures concertations) :
 - ▶ Dépenses actuelles de la CNSA : financement des ESMS, des prestations versées par les départements (APA, PCH), des dotations MDPH ...
 - ▶ AEEH, ASI ?
- Recettes :
 - ▶ Contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA)
 - ▶ Contribution additionnelle (CASA)
 - ▶ CSG à hauteur de 1,9 point. En 2024, la fraction de CSG sera augmentée de 0,15 point = réaffectation ou augmentation ?
- Pour l'année 2021, l'objectif de dépenses de la branche autonomie est fixé à 31,2 milliards d'euros



NEW !!!





La perte d'autonomie

Focus : que préconise le rapport VACHEY ?

- Solliciter un transfert de recettes entre les branches, mobilisation du Fonds de Réserve des Retraites (FRR) ;
- Réduction de l'abattement de 10 % pour le calcul des impôts des retraités ;
- CSG : alignement de la CSG des retraités et des invalides sur celle des actifs / déductibilité de la CSG de l'impôt au taux de 3,8% sur tous les revenus de remplacement (= augmentation d'imposition des retraités redevables de la CSG) ;
- Réflexion sur l'instauration d'une 2ème journée de solidarité ;
- Des mesures d'économie sur les dépenses de l'AAH et de l'APA.

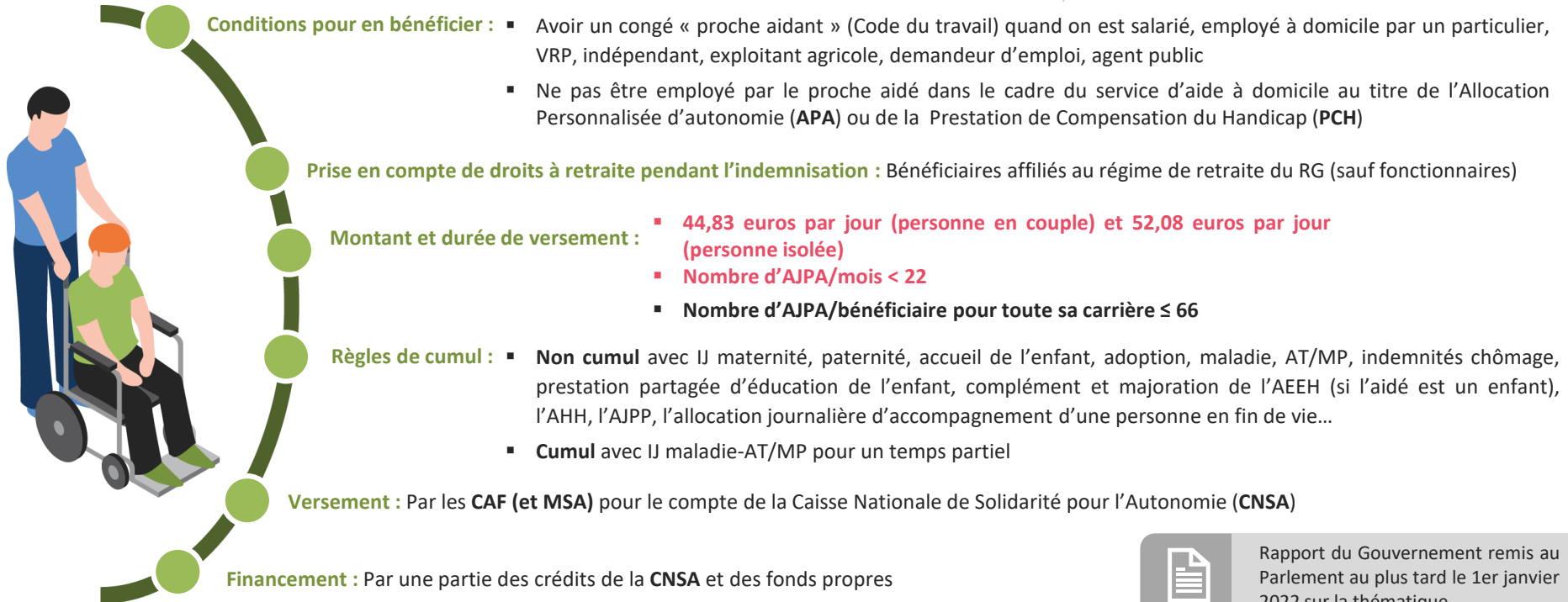


L'indemnisation du congé proche aidant

L'Allocation Journalière du Proche Aidant (AJPA)



Suppression de la condition d'ancienneté d'1 an pour bénéficier du congé « proche aidant »



Rapport du Gouvernement remis au Parlement au plus tard le 1er janvier 2022 sur la thématique



Entrée en vigueur : Depuis le 1er octobre 2020





Expertise Règlementaire VYV

UN ESPACE REGLEMENTAIRE DEDIE

Réglementaire, mon cher Watson !

Plus besoin de mener l'enquête pour retrouver les actualités réglementaires analysées par l'équipe expertise réglementaire du Groupe VYV. Retrouvez désormais au même endroit l'ensemble des productions. Et à venir, un service d'inscription en ligne aux conférences Comment Vous le Santé.

<https://groupevyv.sharepoint.com/teams/ReglementaireMonCherWatson>

The screenshot shows a SharePoint team site interface. At the top, the title is "Réglementaire, Mon Cher Watson !". Below the title is a navigation bar with links: Accueil, Documents, Événements, FAQ 100% Santé, Newsletters, Aide, and Modifier. On the right side, there are icons for "Suivi" and "Partager". The main content area features a large banner with the text "Bienvenue dans votre espace de partage réglementaire et santé !" and "POUR DÉCOUVRIR LE SITE : SUIVEZ LE GUIDE ->". The banner includes illustrations of a woman with a telescope and a man with a magnifying glass over a scale of justice. Below the banner are four smaller tiles: "Covid 19 - Impacts" (with an illustration of people and a virus), "FAQ - Réforme 100% Santé" (with icons for an eye, ear, and tooth), "Documents et Fiches Thématiques" (with an illustration of books), and "Newsletters" (with an illustration of a person at a computer with a notification icon).

CONFERENCES FAMIE VYV interne / externe

Acculturer, réviser les classiques, activer le mode « rappel » et « mise à jour », impacts règlementaires sur les contrats et usages clients.



BOOK SECU



Fiche explicative

FORFAIT PATIENTÈLE MÉDECIN TRAITANT

1. Définition

Des rémunérations forfaitaires traitant dans le suivi des patients en post-ALD.

Forfait pour le suivi des patients en post-ALD (FPM)

Pour prendre plus en compte le besoin de coordination médicale nécessaire la pathologie con

Montant = 40 € par patient.

Fiche explicative TELEMEDECINE

1. Définition de la télémedecine

L'article L. 6316-1 du Code de la santé publique donne une définition de la télémedecine : il s'agit d'une « forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication » et qui « met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels exerçant leurs soins au patient ».

C'est le Décret du 19 octobre 2010 qui définit les actes de télémedecine et leurs conditions de mise en œuvre. Ils sont au nombre de 5 :

Visite, verse par trimestre.

FICHES THEMATIQUES : Forfait patientèle, Télémédecine, ANI, Droits de l'Aidant, CSS, contrat responsable...

RAC 0 – 100% SANTE : Un support référentiel UNIQUE à disposition de tous



Reste A Charge - L'Essentiel

Veille active et analyses croisées contrat responsable, Lfss, fusion Cmauc-Acs, lisibilité garanties, Ani...

Etudes d'impacts personnalisées des effets de la réforme



RESILIATION INFRA ANNUELLE

Réforme de la résiliation infra-annuelle en santé

Direction Expertise et Accompagnement Clients
DIRECTION DÉVELOPPEMENT COLLECTIF GROUPE

COVID 19 et IMPACTS en protection sociale : prévoyance, santé



Impacts des mesures relatives à l'état d'urgence

Direction Expertise et Accompagnement Clients
DIRECTION DÉVELOPPEMENT COLLECTIF GROUPE





Contacts

Fatima DEHAK

Fabienne JOUANNY-CHALMEL

Sarah NEFATI

Nicolas MOREL

expertise.reglementaire.sante.prevoyance@groupe-vyv.fr

