

LFSS 2020 - L'essentiel

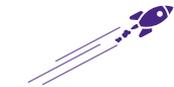
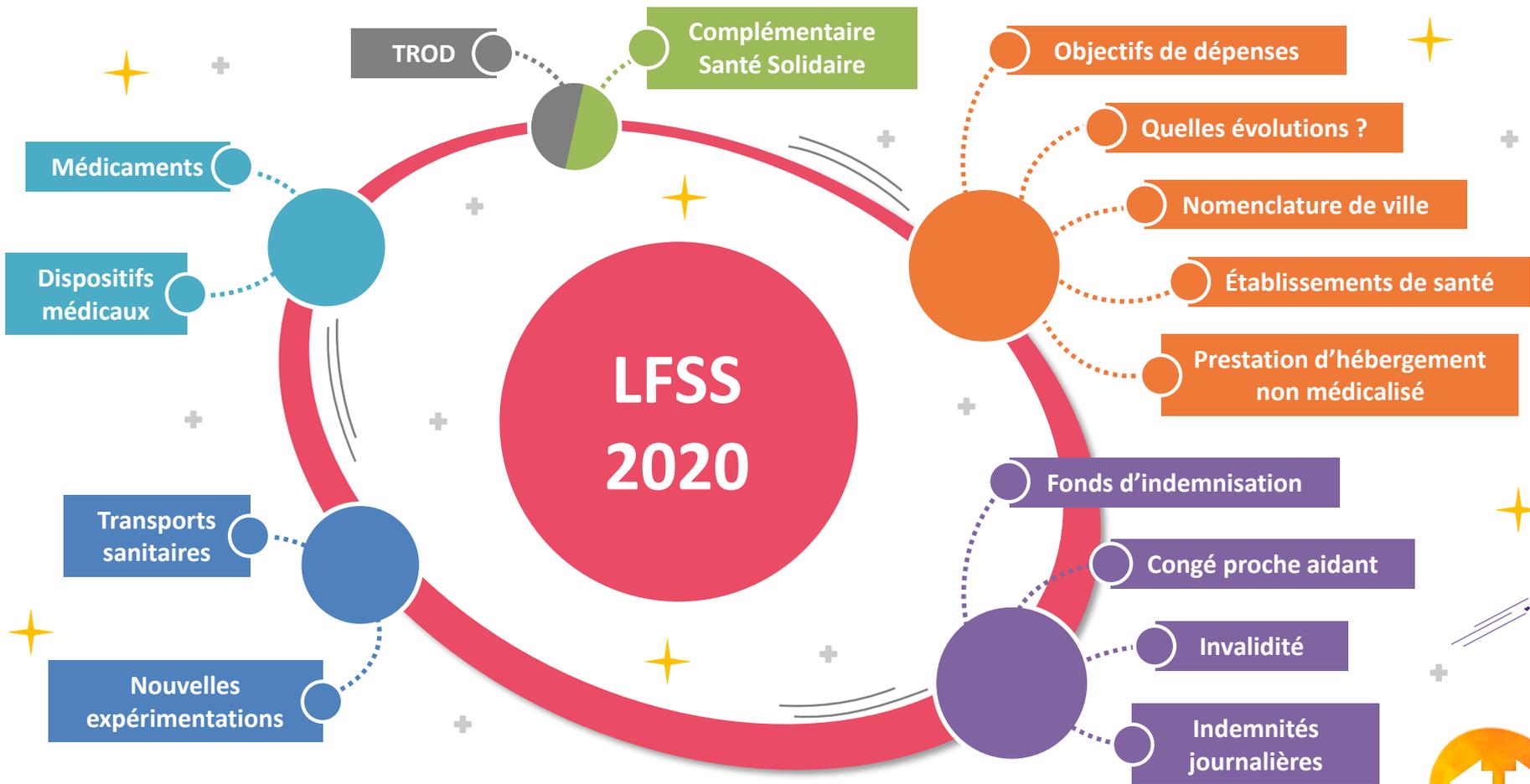
(en date du 24/12/2019 – publiée au JO du 27/12/2019)

Direction Expertise et Accompagnement Clients
DIRECTION DÉVELOPPEMENT COLLECTIF GROUPE





Au programme...



Le financement de la Sécurité Sociale, c'est quoi ?

Pourquoi une Loi spécifique ?

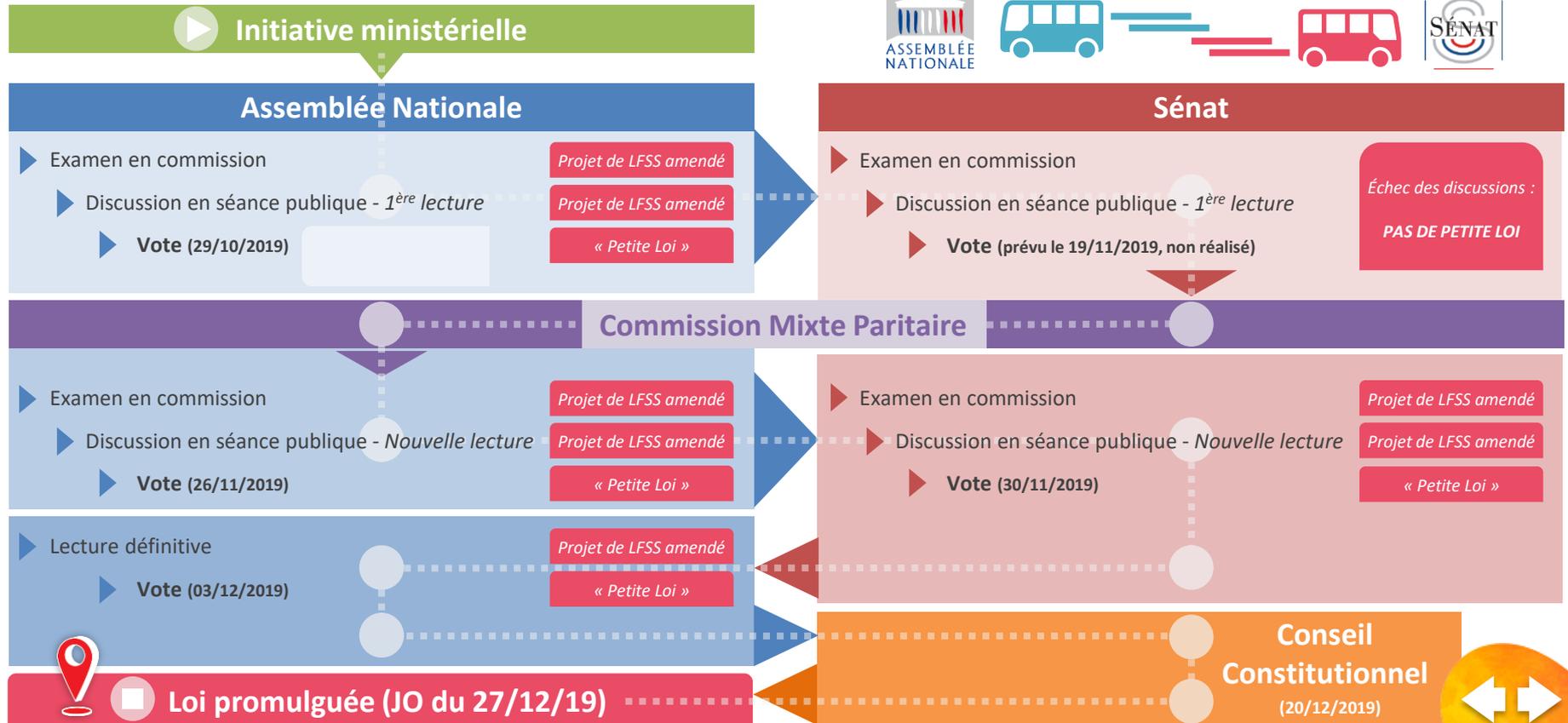
La Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS), mise en place pour la première fois en 1996, est « une adaptation » du modèle historique de la Loi de Finances (LF), aux spécificités de la dépense de sécurité sociale.

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



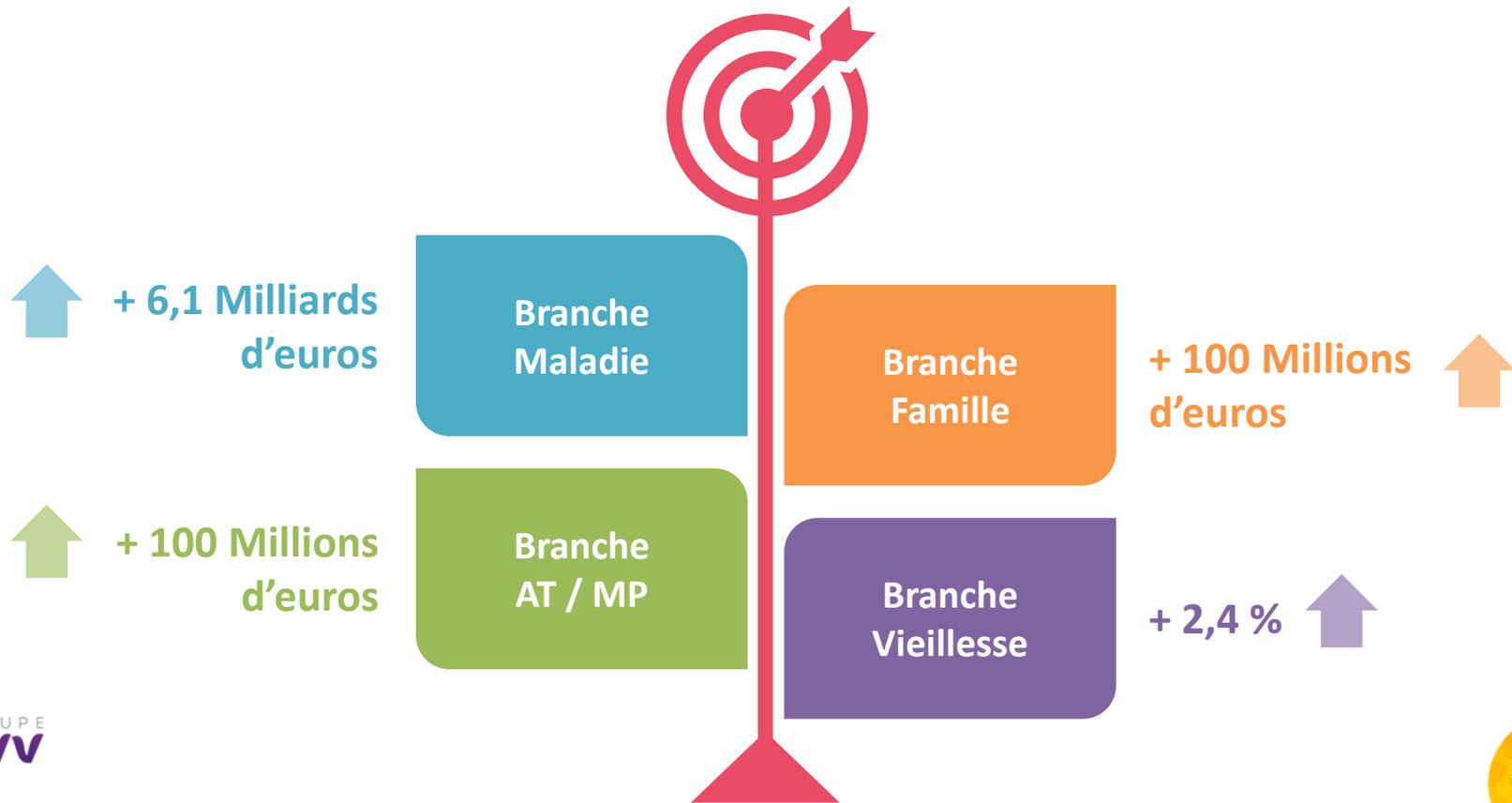
Le financement de la Sécurité Sociale, c'est quoi ?

Comment la Loi est-elle conçue ? *(circuit du PLFSS 2020)*



L'évolution du financement de la Sécurité Sociale

Les objectifs des dépenses par branche (pour 2020)



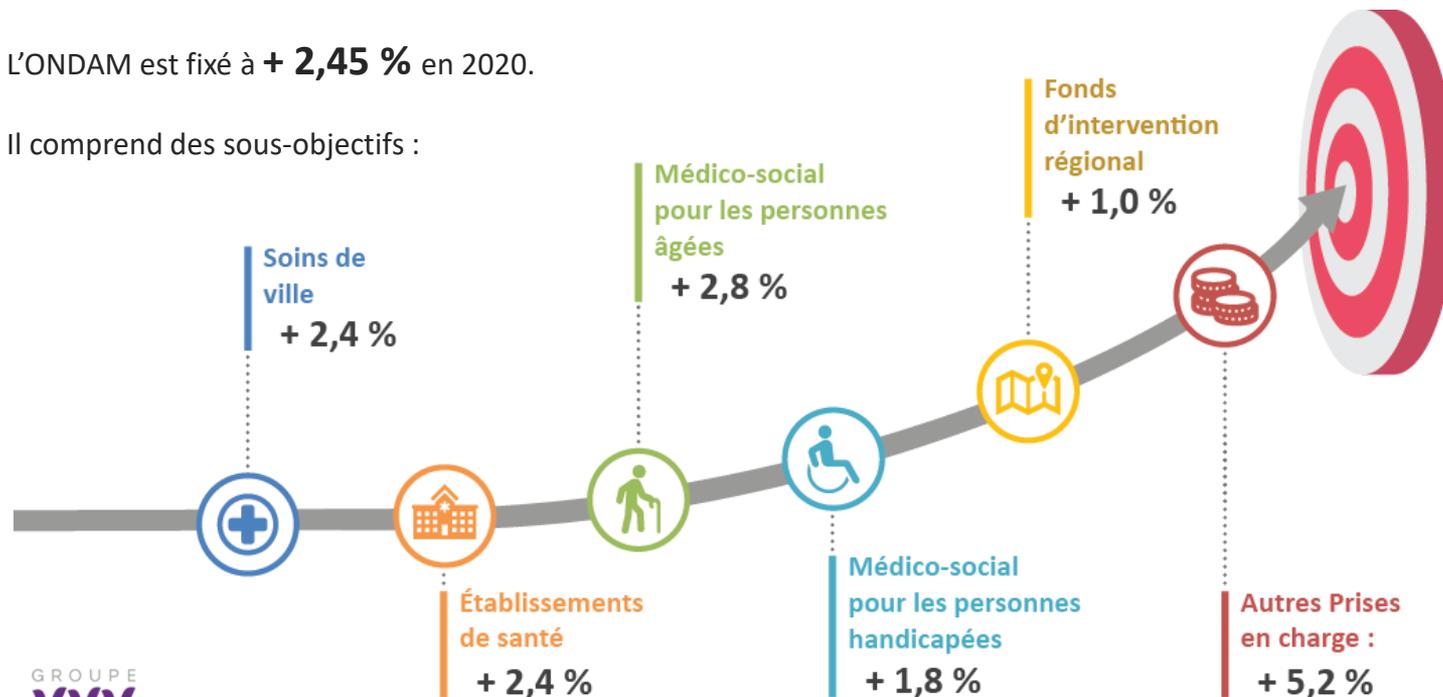
L'évolution du financement de la Sécurité Sociale

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 **+ 2,45 %** en 2020.

Il comprend des sous-objectifs :



4,2 Mds d'économies à faire portant principalement sur les soins de ville



L'évolution du financement de la Sécurité Sociale

Sur l'équilibre général du budget



Exceptions supplémentaires au principe de compensation intégrale des pertes de recettes de la sécurité sociale par le budget de l'État (déjà ébranlé l'an dernier) :

- Pas de compensation par le budget de l'Etat de la perte de recettes liées à la Loi MUES du 24 décembre 2018 (contexte « Gilets jaunes »)
- Pas de compensation non plus de la perte de recettes liées à l'instauration de la rupture conventionnelle dans la fonction publique (comme pour les salariés)



Dégradation des comptes sociaux en 2019

Nouvelle trajectoire : Pas de retour à l'équilibre pour la Sécurité sociale pour 2020, mais un report pour 2023 (avec toujours un amortissement de la dette sociale prévu pour 2024)



Les médicaments

Clauses de sauvegarde

■ **Relèvement du taux de croissance du CA** à partir duquel la contribution des entreprises pharmaceutiques se déclenche :

RAPPEL

La clause de sauvegarde est un outil de régulation de la dépense de médicaments créée en 1999.

Définition : Si le CA global HT des entreprises pharmaceutiques au titre des médicaments remboursables augmente plus vite qu'un seuil déterminé, elles doivent alors verser une contribution à l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).

Contexte : en 2018, les ventes de médicaments remboursables en France ont connu une baisse.



Pour 2019 : Hausse annuelle de **1%** par rapport à 2018 (contre 0,5% initialement prévue)



Pour 2020 : Hausse annuelle prévue de **0,5%** par rapport à 2019





Les médicaments

Génériques



RAPPEL

L'article 66 de la LFSS pour 2019 a notamment précisé les nouvelles modalités de la mention « N-S » (non substituable) : il faut une justification médicale du prescripteur à l'exclusion de la substitution du médicament princeps par son générique (situations médicales définies par arrêté).

En outre, la mention « N-S » manuscrite a été supprimée. Cette mention serait numérisée et le médecin devrait indiquer dans un logiciel la justification médicale de la non substitution (un logiciel « thesaurus de motifs »).

RAPPEL BIS

L'article 66 de la LFSS pour 2019 prévoyait qu'à compter du 1^{er} janvier 2020, si refus de l'assuré du médicament générique ou hybride proposé par le pharmacien, sans justification médicale, le remboursement du princeps s'effectuerait sur la base du prix du générique.

Nouveau rôle du pharmacien dans l'exclusion de la substitution :

Possibilité pour le pharmacien d'**exclure de la substitution d'un princeps** par son générique pour certaines situations médicales, **même lorsque le prescripteur n'a pas exclu cette possibilité sur l'ordonnance** (absence de mention NS).

Des précisions seront apportées par voie réglementaire sur :

- **les situations médicales** dans lesquelles cette exclusion peut être **justifiée par le pharmacien** sur l'ordonnance
- les modalités de **présentation de cette justification** par le pharmacien et d'**information du prescripteur**

Phase de transition avant l'entrée en vigueur de l'égalité de base de remboursement princeps et générique :

La limitation de la base de remboursement s'applique à compter de 2 ans après la publication au JO (ou BOPS) du prix de la première spécialité générique du groupe.



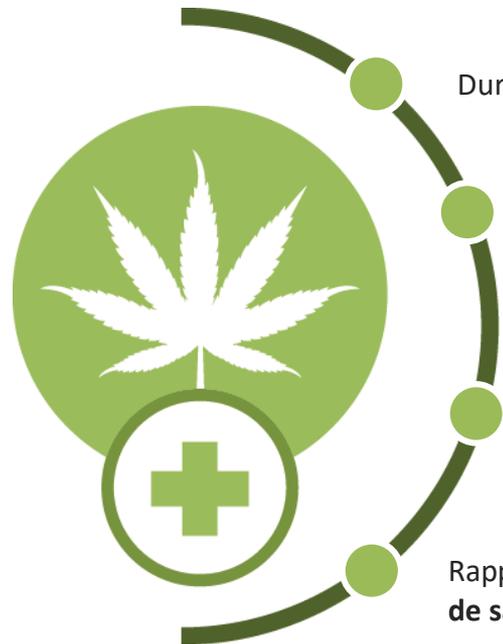
Au plus tard **au 1er janvier 2022**



Les médicaments

Prise en charge de médicaments particuliers

■ Expérimentation visant à autoriser l'usage médical du cannabis :



Durée de l'expérimentation de **2 ans**

Pour certaines indications ou situations cliniques réfractaires aux traitements indiqués et accessibles

Conditions de prise en charge, nombre de patients concernés, modalités d'importation, de production, d'approvisionnement, de prescription et de délivrance par les pharmacies hospitalières et d'officine, conditions d'information, de suivi des patients et de formation des professionnels de santé : **à définir**

Rapport du Gouvernement pour étudier la **pertinence de sa généralisation et les modalités de sa prise en charge** par l'AMO

Les dispositifs médicaux

Clause de sauvegarde et accès précoce

* Comme pour les médicaments

■ **Instauration d'une clause de sauvegarde** * pour les dispositifs médicaux pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation :

- **Taux de croissance du CA** à partir duquel la contribution des exploitants se déclenche : hausse annuelle de **3% pour 2020** par rapport à 2019
- Contribution affectée à la CNAM, dont le montant due par chaque entreprise redevable ne dépasse pas les 10 % de son CA HT, versée au plus tard le 1er juillet suivant l'année civile au titre de laquelle elle est due



Entrée en vigueur au **1^{er} janvier 2020**

■ **Mise en place d'un accès précoce** * pour les dispositifs médicaux innovants :

- Dispositif avec un **marquage « CE »** dans l'indication considérée
- **Prise en charge AMO transitoire pendant 12 mois** (renouvelable le cas échéant), avant le dépôt d'une demande d'inscription sur la LPP



Les dispositifs médicaux

Nouvelles conditions de prise en charge

■ Procédure dite de « **référencement sélectif** » (= mécanisme d'appels d'offres pour des dispositifs médicaux similaires) :



Initiative de la procédure : Ministère des solidarités et de la santé

Contenu : **Sélection de produits et prestations associées** comparables selon des critères (respect de spécifications techniques, qualité, volume nécessaire pour garantir un approvisionnement suffisant du marché, conditions tarifaires proposées)

Conséquences : Selon les cas, inscription sur la LPPR (= **accès au remboursement par l'AMO**) / Dérogation aux modalités de fixation des prix et aux tarifs de responsabilité / **Exclusion du remboursement par l'AMO**

Durée du référencement : **2 ans** maximum prorogable 1 an

Limite : Interdiction de placer un produit ou une prestation en situation de monopole

En cas de sélection, engagements des exploitants ou des distributeurs au détail pendant toute la période d'application du référencement :

- Fournir des quantités minimales de produits et prestations sur le marché français
- Garantir une couverture suffisante du territoire français

Si non respect de leurs engagements :

- Dérogation à la procédure de référencement ou relance d'une nouvelle procédure
- Suppression des produits ou prestations concernées du référencement
- Pénalité financière à l'encontre des exploitants ou des distributeurs au détail concernés = montant maximal de 10 % du CA HT réalisé en France
- Mettre à leur charge financière les surcoûts éventuels supportés par l'assurance maladie

Les dispositifs médicaux

Nouvelles conditions de prise en charge

- **Dispositifs médicaux à usage individuel pouvant faire l'objet d'une remise en bon état**, après utilisation par une première personne qui n'en a plus l'usage :

RAPPEL

La prise en charge par l'AMO des dispositifs médicaux inscrits sur la LPPR est actuellement réalisée s'ils sont achetés neufs ou loués. Après un achat, rien ne permet leur réutilisation lorsqu'ils n'ont plus d'utilité auprès du patient.

Liste limitative des dispositifs médicaux pouvant faire l'objet d'une remise en bon état d'usage.

Remboursement de ces dispositifs médicaux « reconditionnés », pouvant être conditionné par :

- **Obligation pour le distributeur d'informer le patient de la possibilité et les modalités d'acquisition de ces dispositifs** (pénalité financière d'un montant maximal de 5 % du CA HT)
- **Engagement de l'assuré à rapporter le dispositif médical** concerné à un centre dédié lorsqu'il n'en a plus l'utilité
- **Traçabilité de ces dispositifs médicaux** : identification par un code propre et transmission d'informations (circuit du produit, identification du bénéficiaire, réparation, maintenance)



Les dispositifs médicaux

Nouvelle obligation pour le prescripteur (*précisions sur la réforme du « 100% santé »*)

■ Extension de l'obligation de participation au dispositif d'évaluation qualité (faite au distributeur) **au prescripteur** :

RAPPEL

Réforme du 100% santé en LFSS pour 2019 : remboursement AMO des produits et prestations inscrits sur la LPPR pouvant être subordonné à l'obligation pour le distributeur de participer un dispositif d'évaluation visant à établir la qualité de la prise en charge du patient, sous peine de sanctions financières (10% maximum du CA hors taxes)

En cas de non-respect de cette obligation :

- **Possible sanction** du Directeur de la caisse AMO à l'encontre du prescripteur :
 - **Pénalité financière** d'un montant maximal de 10 000 € par an
 - Recouvrée par les URSSAF
 - Affectée à la CNAM



Les établissements de santé

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

RAPPEL

Pour la mise en place la Tarification à l'activité (T2A), la LFSS pour 2004 a prévu le calcul du TM sur la base des Groupes Homogènes de Séjour (GHS) pour les établissements dits « ex-OQN » (autre partie des établissements de santé privés).

Dérogation prévue :

Pour les établissements dits « ex-DG » (établissements publics et une partie des établissements privés non lucratifs), le calcul du TM se fait sur la base du Tarifs Journaliers de Prestations (TJP) hétérogènes. Cette dérogation était valable jusqu'au 31/12/2019, et à terme une bascule sur un calcul TM sur la base des GHS était prévue...

- **Dérogation prolongée jusqu'au 31/12/2020** pour les établissements « ex-DG »
- **Au 01/01/2021, mise en place de 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	Activités Soins de Suite et Réadaptation	Activités Psychiatrie
Établissements de santé « ex-OQN »	GHS	TJP nationaux	TJP nationaux
Établissements de santé « ex-DG »	TJP nationaux	TJP nationaux	TJP nationaux

- **Dotation annuelle** de financement alloué aux établissements **minorée ou majorée** selon l'impact de la nouvelle tarification en TJP nationaux sur leur niveau de recettes, **pendant 3 ans**



Les établissements de santé

La réforme du financement

- **Mise en place de trajectoires pluriannuelles relatives au montant des ressources** des établissements de santé publics et privés :
 - Sur une période maximale de **3 ans**, via un **protocole signé entre l'État et les fédérations hospitalières**
 - Élaboration et suivi de ce protocole par le **comité économique de l'hospitalisation publique et privée** (anciennement « observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée »)
 - Engagements réciproques définis au sein de ce protocole



RAPPEL

L'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée est un organe existant et composé de représentants des services de l'État, de représentants des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés et de représentants des organismes nationaux de l'assurance maladie.

Les établissements de santé

La réforme du financement

■ **L'Hôpital de proximité, de nouveaux modes de financement hors T2A** (conformément à la feuille de route « Ma santé 2022 ») :



■ Une **garantie pluriannuelle de financement**, déterminée selon :

- le volume d'activité et des recettes perçues antérieurement
- les besoins de santé du territoire
- la qualité de la prise en charge des patients

Valable pour une période de 3 ans, à la suite desquels elle sera révisée (source ministérielle)



Financement de l'activité de médecine « socle » de l'hôpital de proximité

■ Une **dotation de responsabilité territoriale**, déterminée selon :

- l'organisation et la réalisation des missions
- la qualité de prise en charge des patients



Financement des activités « complémentaires » de l'hôpital de proximité :

- Une offre de consultation de spécialités/l'accès à des plateaux techniques d'imagerie, de biologie et des équipements de télésanté
- Des actions spécifiques
- L'indemnité versée aux PS libéraux (médecins, sages-femmes et odontologistes) qui participent aux missions (indemnité autre que leurs tarifs conventionnels pour rémunérer leurs activités hospitalières non cliniques).



Les établissements de santé

La réforme du financement



Mise en place d'un objectif des dépenses d'assurance maladie pour la psychiatrie

Entrée en vigueur

Plan « Ma santé 2022 »



■ La Psychiatrie, un financement mixte :

- Une **dotation populationnelle**
- Des **dotations** pour le développement de nouvelles activités, l'activité estimée au travers de la taille et de l'évolution des files actives, la qualité des prises en charge proposée et la recherche

▶ 1er janvier 2021

■ Les Soins de Suite et Réadaptation, un financement mixte :

- **À l'activité**
- Une **dotation forfaitaire pluriannuelle**, qui a vocation à être majoritaire dans ce nouveau modèle de financement (source ministérielle)

▶ De 2021 à 2026

Pacte de refondation des urgences présenté le 9 septembre 2019



■ Les Urgences :

- **À l'activité**
- Une **dotation populationnelle** dépendant des besoins de la population et des caractéristiques de l'offre de soins d'un territoire (répartie par régions, fixée par an et par arrêté)
- Une **dotation complémentaire** (selon des critères liés à l'amélioration de la qualité et à l'organisation des prises en charge)

▶ 1er janvier 2021



Les nomenclatures de ville

La réforme du financement

RAPPEL

Pour la médecine de ville, l'ensemble des actes médicaux et paramédicaux et des actes réalisés lors des consultations externes en établissements de santé, font partie de :

- **la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) :** actes techniques réalisés par les médecins
- **la Nomenclature Générale des Actes et Prestations (NGAP) :** actes cliniques médicaux, actes des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux
- **la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) :** actes de biologie

■ **Révision intégrale** de ces nomenclatures en vue d'une **nouvelle hiérarchisation** dans un délai de **5 ans** à compter de la publication de la LFSS pour 2020 (feuille de route « Ma santé 2022 ») :

- Adaptations de la procédure de hiérarchisation et organisation des travaux du Haut Conseil des nomenclatures chargé du chantier de refonte, à prévoir.
- Révision en priorité des actes de la CCAM (source : étude d'impacts)
- Selon l'étude d'impacts toujours : revalorisation d'un certain nombre d'actes anciens (surcoût de l'ordre de 10 millions d'euros en 2020) + suppression d'actes obsolètes (économies de 10 millions d'euros par an à compter de 2021).



Entrée en vigueur : 1er avril 2020



Focus :



La Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

Précisions sur le nouveau dispositif

- **Autre date d'effet de la prise en charge au titre de la CSS, si le demandeur est en situation d'urgence médico-sociale :**

À la date d'ouverture des droits à l'AMO, si elle lui est postérieure (y compris en milieu de mois).

- **Remboursement des dépenses prises en charge par les OC gestionnaires de la CSS avec participation financière, d'un montant forfaitaire annuel par assuré :**

Ce montant sera fixé à 32 euros en 2020, à 30 euros en 2021, puis à 28 euros à compter du 1er janvier 2022 (source étude d'impacts).

- **Nouvelle dénomination :**

Le Fonds CMU-C devient le **Fonds de financement de la Complémentaire santé solidaire**.

- **Bénéficiaires de l'AAH et de l'ASI :**

L'AMO les **informe** de leur éligibilité potentielle à la CSS et les **accompagne** dans leurs démarches d'ouverture de droit ou de renouvellement du droit.





La Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

Bascule dans le nouveau dispositif

L'assuré avec une complémentaire santé individuelle ou collective (à adhésion obligatoire ou à adhésion facultative, hors accord collectif obligatoire d'entreprise), et qui devient bénéficiaire de la CSS, peut obtenir de plein droit :



- La **résiliation totale** des garanties souscrites auprès de son OC, s'il n'est pas inscrit sur la liste des OC gestionnaires
- La **gestion de sa CSS par cet OC**, s'il est inscrit sur la liste :

Si son contrat initial couvrait des risques différents de la nouvelle prise en charge CSS, ce même OC peut lui proposer de reconduire ces garanties (qui excèdent les garanties CSS) avec un contrat correspondant à des conditions tarifaires de droit commun.

La Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

Le nouveau contrat de sortie

À compter de l'expiration de son droit à la CSS, l'assuré se verra proposer **systématiquement** par son OC gestionnaire **un contrat de complémentaire santé responsable** (choisi par l'OC) :



■ Pendant **1 an**



Applicable aux assurés sortants
à compter du 1er janvier 2020

■ À un **tarif maximal encadré** réglementairement avec un montant variant **en fonction de l'âge**



- *Information faite à l'assuré de son droit à bénéficier d'un tel contrat (si choix d'un OC comme organisme gestionnaire) , au moment du remplissage du formulaire de demande de CSS*
- *Courrier à l'expiration de son droit (source d'étude d'impacts)*

La Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

Les garanties du nouveau contrat de sortie

- **Celles du cahier des charges des contrats responsables**, notamment la prise en charge :



TM pour les soins de ville



TM sur les frais d'hospitalisation et le FJH



Frais d'acquisition des prestations et équipements du panier « 100 % santé » en optique, audiologie et dentaire

- **Application du Tiers-payant** pendant 1 an

- **Aucune période probatoire** ne peut être opposée à l'assuré en cas de souscription à cette assurance individuelle de frais de santé



La Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

Qu'en est-il pour les droits en cours ?

RAPPEL

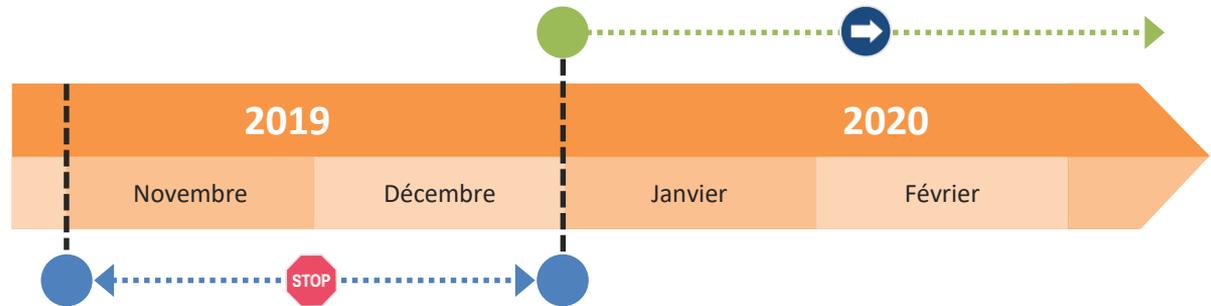
Contrat de sortie CMU-c :

Contrat OC avec les mêmes garanties que la CMU-c d'un montant maximal de 370 € par an pour une personne seule

Contrat de sortie ACS :

Contrat prolongé ou contrat ACS autre avec un tarif identique, sans chèque ACS et sans tiers-payant

Les **contrats de sortie CMU-c et ACS en cours au 1er janvier 2020** continueront à produire leurs effets jusqu'à leur terme.



Les personnes dont le **droit à la CMU-c ou à l'ACS arrive à expiration** entre le 1er novembre 2019 et le 1er janvier 2020 devront se voir proposer **les actuels contrats de sortie de la CMU-C et de l'ACS.**

La prestation d'hébergement non médicalisé

L'engagement maternité

- Mise en place dans les **établissements de santé publics et privés**
- À destination des **femmes enceintes** dont le **lieu de résidence** nécessite un temps d'accès à la **maternité** supérieur à un certain seuil (a priori **45 minutes**)
- Frais de transports entre le domicile et la maternité pris en charge au titre de l'assurance maternité (à 100% AMO)



Conditions d'accès à cette prestation, modalités de son attribution et organisation (possible **passation de convention entre l'établissement et un tiers**) à préciser par Décret



Le financement serait dans un premier temps pris en charge sur les missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation.



Le Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD)

Une nouvelle prestation du pharmacien prise en charge par l'AMO

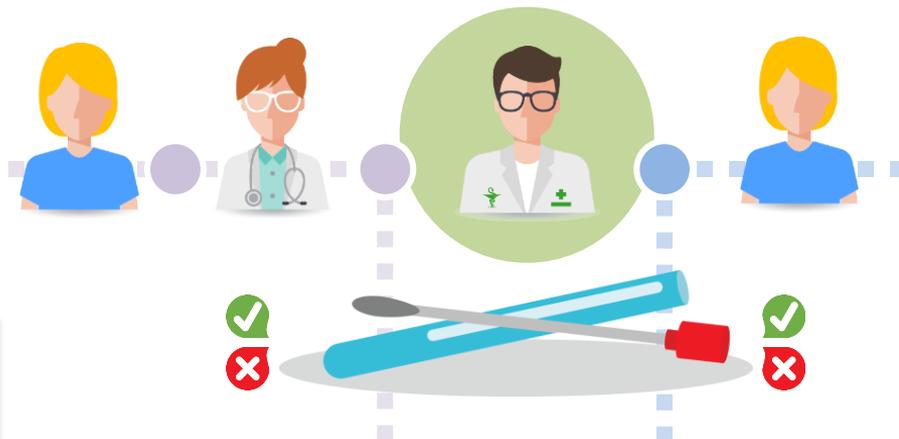
2 cas possibles :

1

Le patient se rend directement **chez un médecin**, qui lui prescrit un TROD, et établit une **ordonnance de dispensation conditionnelle**.

RAPPEL

Pour différencier les angines virales et bactériennes, les pharmaciens peuvent désormais réaliser des TROD au sein de leur officine selon des conditions définies par l'arrêté du 1er août 2016. Mais la réalisation de ce test n'est pas prise en charge par l'AMO.



2

Le patient se rend directement **chez un pharmacien** qui réalise le TROD.

Le pharmacien réalise le TROD et selon le résultat, il délivre ou non les médicaments qui sont indiqués sur l'ordonnance.

Selon le résultat, le pharmacien oriente le patient vers un médecin ou lui donne des conseils.

- Rémunération : 6€ à 7€ par TROD, selon les cas et résultats du test (Avenant n°18 à la convention des pharmaciens signé le 18 septembre 2019 avec entrée en vigueur au 1er janvier 2020)
- Remboursement part AMO : 70% et soumis à franchise médicale

Les transports sanitaires

La prise en charge des frais de transports

- Une prescription médicale doit préciser :
 - le mode de transport le plus adapté à l'état du patient
 - si cet état est **incompatible avec un transport partagé**, compris comme **véhiculant ensemble au moins 2 patients**
- Une prise en charge sur la base du **trajet le moins onéreux**, compte tenu des conditions de transport et du nombre de patients transportés
- La mise en service des ambulances de secours et de soins d'urgence (ASSU) dédiées exclusivement aux transports sanitaires urgents sans limite de quotas et avec autorisation ARS de mise en service
- La possibilité de mettre en œuvre des **nouvelles expérimentations sur l'organisation des transports sanitaires** dans le cadre de l'**article 51** de la LFSS pour 2018 (dérogation aux conditions d'agrément, au nombre théorique de véhicules, aux catégories de moyens de transport)



Les expérimentations

L'extension de l'article 51 de la LFSS pour 2018

RAPPEL

L'article 51 de la LFSS pour 2018 a créé l'article L. 162-31-1 du CSS qui permet des expérimentations dérogeant au droit commun pendant 5 ans dans différents domaines. L'objectif étant de réaliser des projets innovants et dérogatoires au droit commun en vue d'une potentielle généralisation pour réformer le système de santé.

- Outre les nouvelles expérimentations sur l'organisation des transports sanitaires, d'**autres dérogations à titre expérimental** :
 - En **biologie médicale** :
 - Permettre le remboursement d'examen de biologie médicale réalisés à la demande du patient sans prescription médicale
 - Permettre l'extension des lieux et des conditions de prélèvements et de réalisation des analyses des examens de biologie médicale
 - En **dentaire** :
 - Financer la participation de dentistes libéraux aux centres régulant les appels d'urgence médicale



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 »



- Conditions pour en bénéficier :**
 - Avoir un congé « proche aidant » (Code du travail) quand on est salarié, employé à domicile par un particulier, VRP, indépendant, exploitant agricole, demandeur d'emploi, agent public
 - Ne pas être employé par le proche aidé dans le cadre du service d'aide à domicile au titre de l'APA ou de la PCH
- Prise en compte de droits à retraite pendant l'indemnisation :** Bénéficiaires affiliés au régime de retraite du RG (sauf fonctionnaires)
- Montant et durée de versement :** Déterminés par Décret (modulable si l'aidant est une personne isolé ou lorsqu'il fractionne ou transforme ce congé en période d'activité à temps partiel) :
 - **Nombre d'AJPA/mois < plafond** déterminé par Décret
 - **Nombre d'AJPA/bénéficiaire pour toute sa carrière ≤ 66**
- Règles de cumul :**
 - **Non cumul** avec IJ maternité, paternité, accueil de l'enfant, adoption, maladie, AT/MP, indemnités chômage, prestation partagée d'éducation de l'enfant, complément et majoration de l'AAEH (si l'aidé est un enfant), l'AHH, l'AJPP, l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie...
 - **Cumul** avec IJ maladie-AT/MP pour un temps partiel
- Versement :** Par les **CAF (et MSA)** pour le compte de la **CNSA**
- Financement :** Par une partie des crédits de la **CNSA** et des fonds propres



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



Entrée en vigueur : À une date fixée par décret et au plus tard au 30 septembre 2020



Autres mesures à destination du proche aidant

Exonération sociale et fiscale

RAPPEL

Une partie de la PCH attribuée à une personne handicapée correspond à une aide humaine dont le versement peut servir au recours à un aidant familial. Cette prise en charge est de 3,90 €/h ou 5,84 €/h si l'aidant réduit ou abandonne son activité.

- Exonération des prélèvements de CSG/CRDS et de l'impôt sur le revenu, pour l'aide humaine versée au titre de la PCH à l'aidant familial (application de cette exonération sociale et fiscale au 1er janvier 2019).



Focus :



Bénéficiaire du congé de présence parentale

RAPPEL

Alors que les autres congés au bénéfice de l'aidant (congé proche aidant ou congé de solidarité familiale) peuvent être fractionnés ou utilisés avec un temps partiel, le congé de présence parentale ne le peut pas.

- Permettre à l'aidant en congé de présence parentale de fractionner ou utiliser son congé dans le cadre d'une activité à temps partiel (valable aussi pour les agents publics)



L'invalidité

Rénovation du cadre juridique



Nouvelle définition de l'invalidité :

- La réduction de la capacité de travail ou de gain du demandeur doit l'empêcher de se procurer un salaire supérieur « **à une fraction de la rémunération soumise à cotisations et contributions sociales** », dans sa profession antérieure
- Une perte de capacité de travail ou de gain définie par rapport « **à la catégorie de travail** » exercée par l'assuré concerné
- La suppression de la référence à « l'usure prématurée de l'organisme »

Précisions sur les règles de cumul :

- Suppression du Cumul Pension d'Invalidité + Retraite progressive**
- Cumul Pension d'Invalidité (PI) + Revenus d'activité** : « *Au-delà d'un seuil et dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État* », suspension totale ou partielle possible, avec des précisions réglementaires

Seuil (Source : étude d'impacts) :

- Salaire trimestriel moyen de la dernière année d'activité avant le passage en invalidité
 - Salaire annuel moyen des dix meilleures années d'activité avant le passage en invalidité
- A compter de ce seuil, réduction de la PI « mais seulement d'un pourcentage des gains constatés »*

Précisions pour les non-salariés agricoles :

- Nouveau mode de calcul des PI** : suppression du caractère forfaitaire des PI
- Revalorisation du montant des PI**



Une expérimentation à mettre en place pour réformer le dispositif d'invalidité

- Via une double instruction des dossiers (dont une liquidation des PI toujours selon les règles actuelles) dans 2 organismes au sein du RG et du régime agricole
- Refonte des règles d'ouverture de droits et des modalités d'évaluation (perte de capacité de gain, catégories d'invalidité...)
- Nouveau nom pour l'invalidité : « Prestation de Compensation Maladie » (PCM)



Focus :



Les prestations en espèces

Des nouvelles mesures concernant les Indemnités Journalières (IJ)



■ Travail aménagé (TA) ou temps partiel (TP) pour les victimes d'AT/MP :

- Suppression de la condition d'avoir un arrêt de travail à temps complet préalable
 - ▶ Les personnes pourront bénéficier du TA ou TP sur autorisation de leur médecin traitant (avec avis du médecin-conseil) et avoir des IJ en plus de leur salaire.

■ Temps Partiel Thérapeutique (TPT) :

- Suppression du délai de carence
 - ▶ Les personnes pourront bénéficier des IJ dès le premier jour d'arrêt.

■ Majoration du taux de remplacement des IJ pour les assurés ayant au moins 3 enfants à charge à partir du 31ème jour d'arrêt (66,6%) :

- Suppression de la majoration et application du taux de 50% comme pour les autres assurés
 - ▶ Applicable aux arrêts de travail prescrits à compter du 1er juillet 2020 et pour ceux prescrits avant cette date à condition que la durée n'a pas atteint 30 jours consécutifs au 1er juillet 2020

■ Cumul Indemnités Journalières + Cumul Emploi Retraite :

- Instauration d'une durée maximale

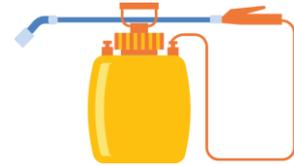


Pour aller plus loin...



Le Fonds d'indemnisation des victimes de pesticides

La mise en place d'un nouveau dispositif



■ **Création d'un Fonds d'indemnisation des victimes de maladies causées par des pesticides** (au sein de la CCMSA) :

RAPPEL

À présent, l'indemnisation des victimes de pesticides est fondée sur le régime des maladies professionnelles, avec des prises en charge dans le cadre du risque AT-MP du régime général et des régimes agricoles.

En outre, les non-salariés agricoles ont un niveau d'indemnisation inférieur aux salariés non agricoles. Par ailleurs, l'accès des victimes à une indemnisation est inégal et dépend des tableaux des maladies professionnelles au sein de chaque régime.

- 2 régimes d'indemnisation :
 - **Risque AT/MP d'un régime obligatoire** : pour les salariés non agricoles, salariés agricoles, non-salariés agricoles, assurés du régime Local.
 - **Solidarité nationale** : pour les non-salariés agricoles (pour leur complément d'indemnisation), les non-salariés agricoles ayant pris leur retraite avant la création du régime obligatoire AT-MP en 2002, les enfants atteints d'une pathologie résultant directement de leur exposition prénatale du fait de l'exposition professionnelle de l'un ou l'autre de leurs parents à des pesticides

L'indemnisation sera conditionnée par la reconnaissance du caractère professionnel de la maladie.

- Recettes :
 - La taxe sur les ventes de produits phytopharmaceutiques
 - Des contributions des branches AT/MP du RG, du régime agricole et du régime local
 - Des produits divers, dons et legs
- Dépenses :
 - L'indemnisation des victimes de pesticides
 - Les frais de fonctionnement du fonds et ceux liés à sa gestion



Au plus tard le 30 septembre 2020 :

Rapport du Gouvernement évaluant les conséquences du périmètre des personnes bénéficiaires du fonds et de la définition des pesticides retenue



Entrée en vigueur : Au 1er janvier 2020

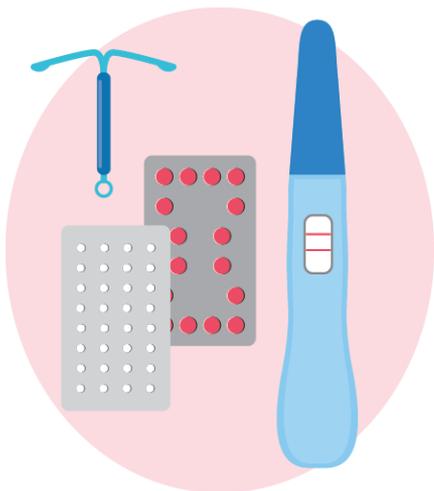


La contraception

Prise en charge pour l'ensemble des mineures

■ **Toutes les mineures sans condition d'âge** (et toujours dans le respect du secret médical) **seront prises en charge à 100% par l'Assurance maladie obligatoire et sans avance de frais**, pour :

- Les frais liés aux consultations annuelles réalisées auprès d'un médecin ou d'une sage-femme, en vue de la prescription d'un contraceptif ou d'examens de biologie médicale liés à la contraception, et des frais liés à la consultation de suivi la première année d'accès à la contraception (seuls les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge)
- Les frais relatifs aux examens de biologie médicale réalisés en vue d'une prescription contraceptive (glycémie à jeun, cholestérol, triglycérides) et dans la limite d'une fois par an
- L'achat de contraceptifs remboursables, sur prescription (pilules contraceptives de première ou deuxième génération, dispositifs intra-utérins (stérilets), implants contraceptifs, diaphragmes ou préservatifs masculins)
- Les frais liés à la pose, au changement ou au retrait d'un dispositif contraceptif



RAPPEL

Aujourd'hui, cette prise en charge est limitée aux seules mineures de 15 ans et +.

Les nouveaux parcours

Patients post-cancer et atteints de sclérose en plaques



■ Parcours post-cancer soumis à prescription médicale :

- Contenu :
 - Bilan d'activité physique
 - Bilan et consultations de suivi nutritionnels et psychologiques
- Organisation :
 - Par l'ARS en lien avec les acteurs concernés ;
 - Individualisée (besoins du patient identifiés par le médecin prescripteur)

■ Expérimentation d'un parcours d'accompagnement psychologique pour les patients atteints de sclérose en plaques :

- Durée de 3 ans
- Contenu : Consultations psychologiques
- Organisation :
 - Orientation du patient par le médecin prescripteur (besoins identifiés)
 - Psychologues figurant sur une liste établie par l'ARS
 - Liste des territoires fixée par arrêté
 - Financement des consultations, mise en œuvre et d'évaluation, fixées par décret



Les Focus



L'évolution du financement de la Sécurité Sociale

Sur l'équilibre général du budget

- **Principe de compensation intégrale des pertes de recettes de la sécurité sociale par le budget de l'État** issu de la Loi VEIL de 1994 : les réductions de contributions ou les exonérations de cotisations doivent être compensées par l'Etat.
- **Dérogations à ce principe** y compris via la LFSS pour 2019 avec l'exonération de forfait social de certains dispositifs de participation et d'intéressement.



Avec ces dérogations, la Sécurité sociale supporte la baisse des prélèvements obligatoires qui lui sont affectés = vers une autonomisation ?

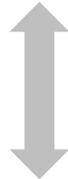


Les médicaments

Prise en charge de médicaments particuliers

L'ATU et le post-ATU :

Phase de développement
du médicament
(8 – 10 ans)



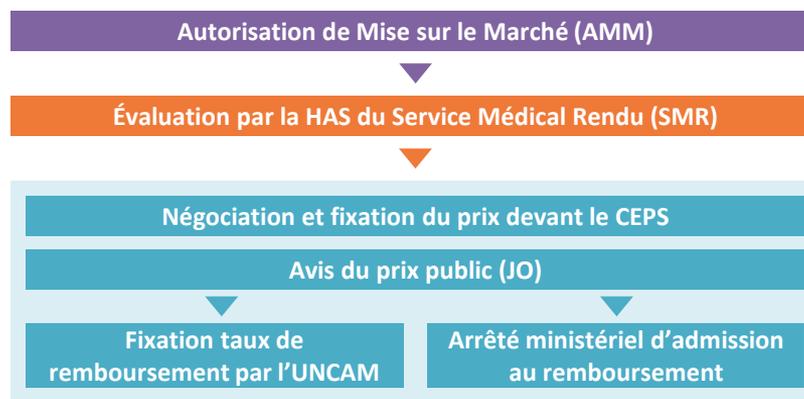
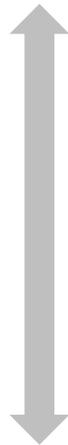
Autorisation ANSM



Pour les maladies graves sans traitement approprié



Phase d'autorisation,
d'évaluation et de
fixation du prix
(environ 400 jours après
l'AMM)



Ville

Hôpital

Les médicaments

Prise en charge de médicaments particuliers

Finalité de l'ATU et du post-ATU :

- Permet un accès précoce aux médicaments innovants
- Disponible uniquement à l'hôpital pour les patients hospitalisés ou dans les pharmacies hospitalières

Le médicament sous ATU :

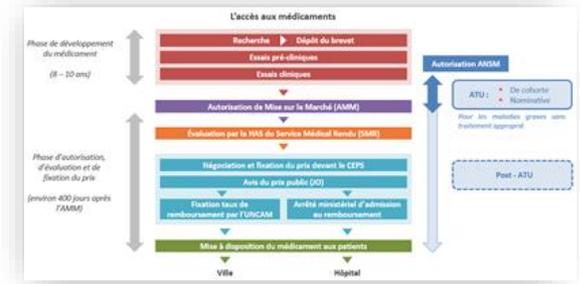
- 2 catégories à distinguer :
 - ATU de cohorte, délivrée à la demande des industriels, qui doivent parallèlement avoir déposé une demande d'AMM ou s'engager à le faire dans un délai maximal d'un an
 - ATU nominative, délivrée pour un patient nommé désigné à la demande du médecin prescripteur (patient atteint d'une maladie rare et pouvant participer à une recherche biomédicale)
- Pris en charge par l'AMO sur la base d'un prix libre fixé par l'entreprise pharmaceutique

Le médicament post-ATU :

- Régime transitoire entre l'obtention de l'AMM et la fixation du prix d'un médicament précédemment sous ATU (prise en charge de droit commun)
- Pris en charge par l'AMO sur la base d'un prix libre fixé par l'entreprise pharmaceutique, mais pas systématiquement :
 - Si le patient a initié son traitement sous le régime de l'ATU, le médicament « post-ATU » continue à être remboursé, sauf si refus AMM ou autre alternative thérapeutique
 - Si le patient a initié son traitement sous le régime « post-ATU », le médicament ne peut être pris en charge par l'assurance maladie que s'il s'agit d'une ATU de cohorte et à condition que l'indication soit mentionnée dans l'AMM ou dans une extension d'AMM

Le médicament post-AMM (sortie du système dérogatoire ATU ou post-ATU) :

- Prise en charge par l'AMO sur la base d'un prix fixé par le CEPS
- Différentiel entre le prix libre du laboratoire/prix fixé CEPS => remboursement de l'entreprise pharmaceutique de manière rétroactive (remises annuelles)



Les établissements de santé

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

Scénarios prévus à l'origine

- 2 scénarios « conservateurs » :
 - Suppression des TJP
 - ou
 - Généralisation et harmonisation des TJP
- 2 scénarios « de rupture » :
 - Forfaitisation du RAC
 - ou
 - Instauration d'un RAC Zéro (avec AMO en tiers-payant intégral)



Scénario retenu dans la LFSS 2020

Généralisation et harmonisation des TJP

- Pas de bascule des établissements ex-DG sur les tarifs GHS = le calcul du TM sur la base des GHS devient donc l'exception et non plus la norme
- Maintien d'assiettes tarifaires distinctes pour la facturation AMO et la facturation OC (GHS et TJP)
- Adaptations des SI des OC
- A priori pas d'impacts sur les RAC extrêmes

Les établissements de santé

La réforme du financement

La Loi Santé de juillet 2019 sur la labellisation des hôpitaux de proximité



▪ Définition :

« Établissements de santé publics ou privés, ou des sites identifiés de ces établissements [qui assurent le **premier niveau de la gradation des soins hospitaliers** et orientent les patients qui le nécessitent, conformément au principe de pertinence des soins, vers les établissements de santé de recours et de référence ou vers les autres structures adaptées à leurs besoins »

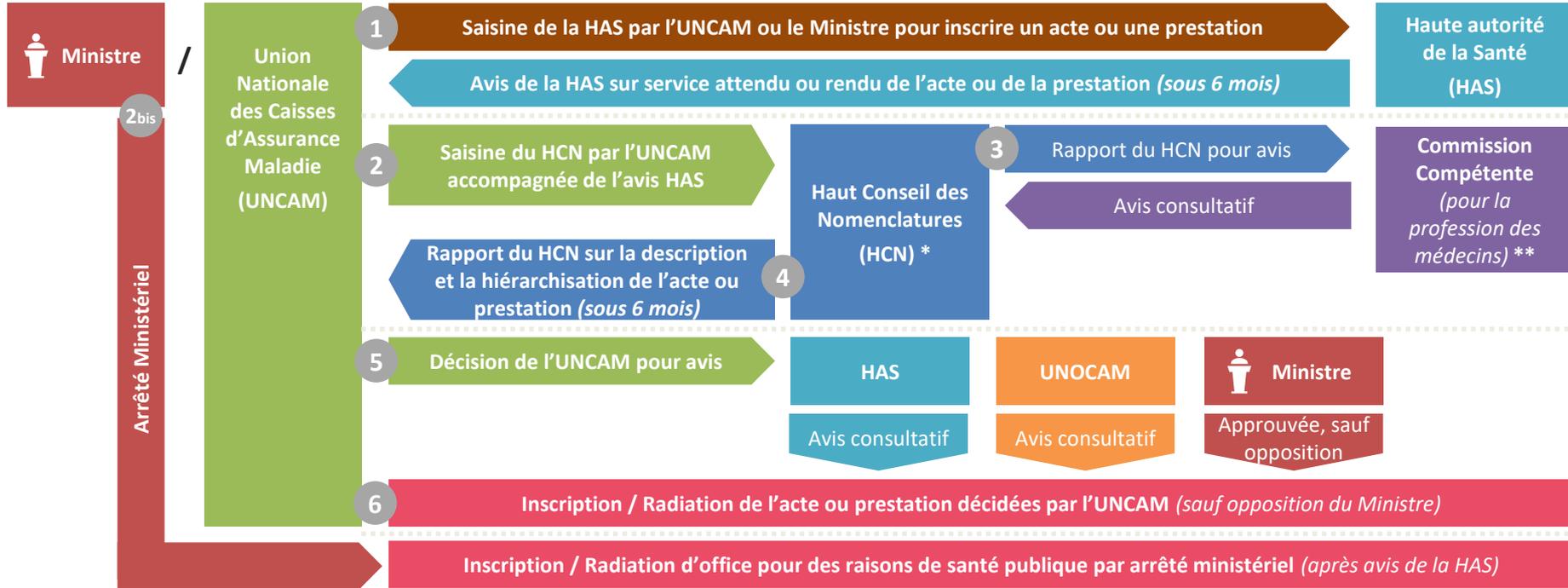
▪ Missions exercées avec « la participation conjointe des structures et des professionnels de la médecine ambulatoire » :

- Activités de médecine avec des actes techniques, des consultations de plusieurs spécialités, des plateaux techniques d'imagerie, de télésanté et de biologie médicale (en complémentarité de l'offre libérale disponible)
- Activités de médecine d'urgence, les activités prénatales et postnatales, les SSR, activités de soins palliatifs (en fonction des besoins du territoire), expertise à d'autres acteurs par le biais d'équipes mobiles
- Pas d'activité de chirurgie ni d'obstétrique. À titre dérogatoire - au regard des besoins de la population et de l'offre présente sur le territoire concerné - et sur décision du Directeur de l'ARS : possibilité de pratiquer certains actes chirurgicaux programmés (liste limitative définie par arrêté ministériel après avis conforme de la HAS)

Les nomenclatures de ville

La réforme du financement

Principales étapes conduisant à l'inscription d'un acte ou d'une prestation à la nomenclature médicale



* Composition du HCN : Médecins libéraux, praticiens hospitaliers, personnes qualifiées, représentants HAS et patients, président de la commission compétente des médecins

** Composition de la Commission Compétente : Professionnels de santé compétents pour les actes visés

Autres mesures à destination du proche aidant

Stratégie de mobilisation et de soutien en faveur des aidants du 23/10/2019

6 Priorités et 17 mesures clés pour les proches aidants :

Rompre l'isolement des proches aidants et les soutenir au quotidien :

- Mise en place d'un numéro téléphonique national de soutien des proches aidants dès 2020
- Création d'un réseau de lieux d'accueil labellisés « Je réponds aux aidants » dès 2020
- Création d'une plate-forme numérique « Je réponds aux aidants » d'ici à 2022
- Diversification et déploiement des offres d'accompagnement par des professionnels et des pairs dans tous les territoires

Ouvrir de nouveaux droits sociaux aux proches aidants et faciliter leurs démarches administratives :

- Mesure portée dans la LFSS pour 2020 sur l'indemnisation du congé proche aidant

Permettre aux aidants de concilier vie personnelle et vie professionnelle :

- Mesure portée par la LFSS pour 2020 sur le fractionnement du congé de présence parentale et donc de la modulation de l'AJPP
- Facilitation du retour à l'emploi des aidants qui ont dû arrêter de travailler pendant longtemps
- Inscription parmi les thèmes de la négociation obligatoire dans les entreprises (déjà porté par la Loi du 22 mai 2019) et parmi les critères de la responsabilité sociale et environnementale des entreprises

Accroître et diversifier les solutions de répit :

- Lancement d'un plan national de renforcement et de diversification des solutions de répit, adossé à un financement supplémentaire de 105 M € sur la période 2020-2022

Agir pour la santé des proches aidants :

- Meilleure compréhension des risques qui pèsent sur la santé des proches aidants, à travers une enquête de Santé publique France en 2020
- Instauration d'un « réflexe proches aidants » chez les professionnels de santé ou d'accompagnement à compter de 2020
- Identification du rôle de proche aidant dans le dossier médical partagé (DMP) en 2020 (déjà porté par la Loi du 22 mai 2019)

Épauler les jeunes aidants :

- Sensibilisation des personnels de l'Éducation nationale
- Aménagement des rythmes d'études pour les étudiants aidants dès fin 2019



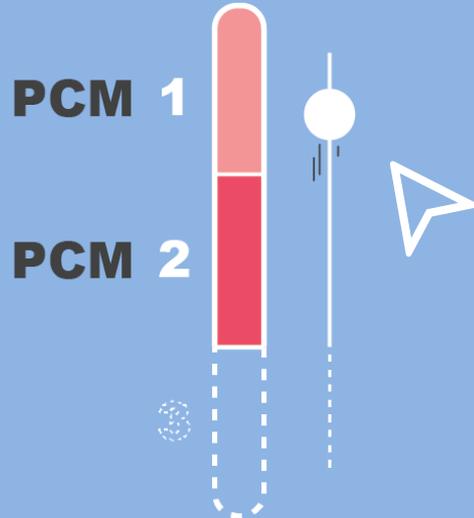
Ces mesures seront déployées en 2020 avec un financement prévu pour 3 ans à hauteur de 400 M€ dont 105 M € pour le répit.



L'invalidité

À titre expérimental

Redéfinir les catégories d'invalidité



Aujourd'hui

- **Catégorie 1** : « *invalides capables d'exercer une activité rémunérée* »
- **Catégorie 2** : « *invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque* »
- **Catégorie 3** : « *invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie* »

Vers une future réforme ?

Nouvelle dénomination du dispositif d'invalidité « *prestation de compensation maladie* » (PCM) :

- **PCM 1** : même définition, mais « *le taux de remplacement par rapport au salaire annuel moyen des dix meilleures années serait égal à la moitié du taux de perte de capacité de gain fixé par l'équipe pluridisciplinaire* ».
- **PCM 2** : même définition, mais « *le taux de remplacement resterait fixé à 50 %* ».
- **La catégorie 3 ou majoration pour tierce personne serait supprimée.**

A la place de la majoration pour tierce personne, il y aurait une allocation :

- Octroyée « *selon l'appréciation du médecin-conseil à des bénéficiaires de la PCM1 ou PCM 2* ».
- Avec la création de plusieurs niveaux d'indemnisation en fonction des besoins d'assistance en s'inspirant du dispositif existant pour l'AT-MP.

Impact : contrat prévoyance en entreprise avec notamment la suppression de la 3^{ème} catégorie

GRUPE
vyv

Contact

Nicolas MOREL

03 83 93 26 97

06 73 70 46 76

nicolas.morel@groupe-vyv.fr



Groupe VYV, Union Mutualiste de Groupe soumise aux dispositions du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 532 661 832, numéro LEI 969500E0I6R1LLI4UF62.
Siège social : Tour Montparnasse - 33, avenue du Maine - BP 25 - 75755 Paris Cedex 15.

