

Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2021 L'essentiel












Direction Expertise Règlementaire













DIRECTION DÉVELOPPEMENT COLLECTIF GROUPE



Au programme...



-  **Définition de la LFSS**
-  **Financement :**
 -  ONDAM
 -  Contribution exceptionnelle des organismes complémentaires
 -  Empêcher la réduction du PASS
-  **Établissements de santé :**
 -  Réforme du Ticket Modérateur à l'hôpital
 -  Création du Forfait Patient Urgences
 -  Revalorisations salariales et investissement pour l'hôpital
 -  Financement expérimental
-  **Prestation d'hébergement non médicalisé : les hôtels hospitaliers**

-  **Médecine :**
 -  Report de la convention médicale
 -  Prise en charge de la Téléconsultation
-  **Tiers payant**
-  **Congé paternité**
-  **Prestations en espèces : mesures IJ / maintien de salaire**
-  **Perte d'autonomie : nouvelle branche de la Sécu**
-  **Prévention des risques et préservation de la santé au travail : expérimentation d'une durée de 3 ans**
-  **Médicaments : refonte de l'ATU et de la RTU**
-  **Prestations de soins à domicile : encadrement de l'activité des prestataires de service et distributeurs de matériel**
-  **Sport en entreprise**
-  **Autres mesures**



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

Pourquoi une Loi spécifique ?

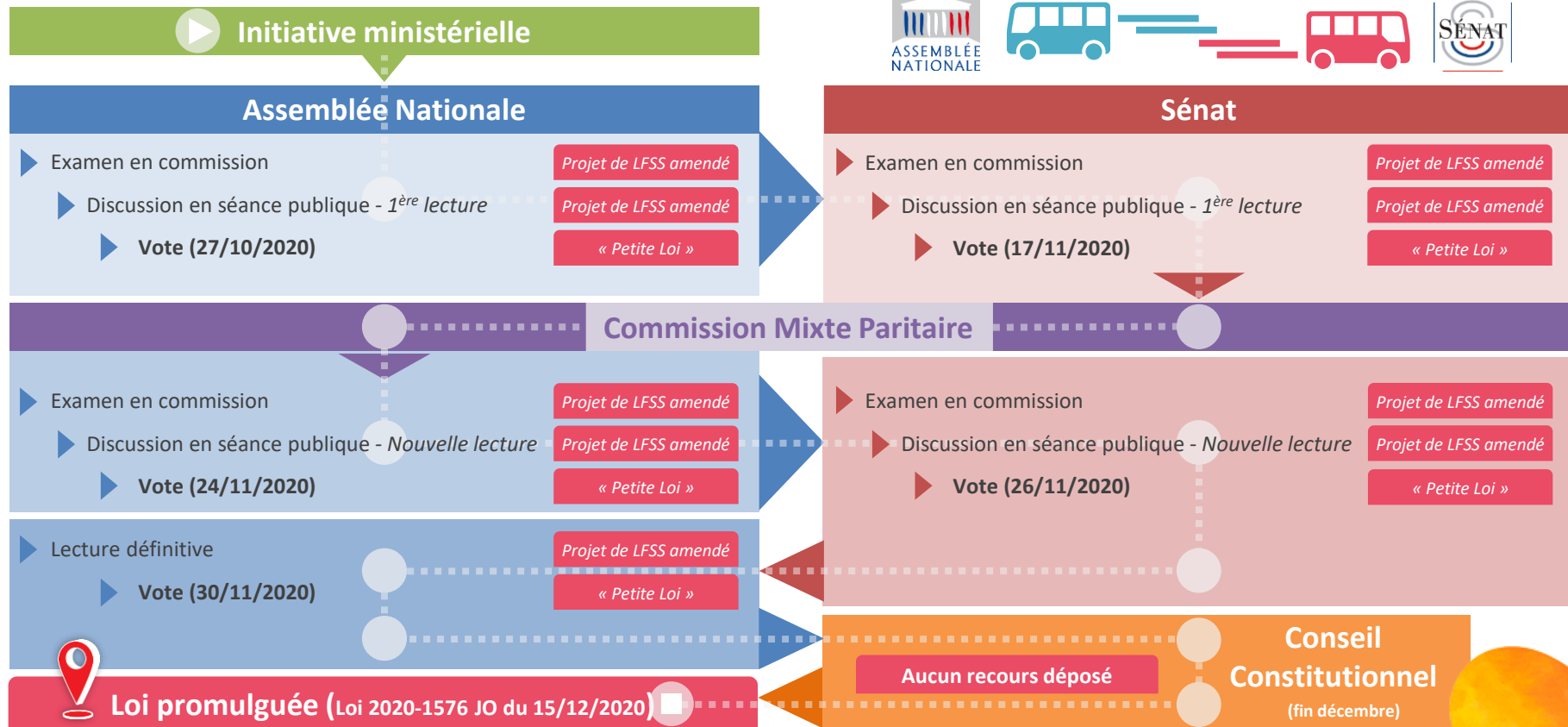
La Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS), mise en place pour la première fois en 1996, est « une adaptation » du modèle historique de la Loi de Finances (LF), aux spécificités de la dépense de sécurité sociale.

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



Conception de la Loi

Le circuit du PLFSS 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.

2020

Rectification de l'ONDAM 2020 :

à hauteur de 9,2%
(initialement prévu à 2,45%)

Une partie affectée aux dépenses des tests PCR et antigéniques et l'augmentation des moyens des établissements et services pour personnes âgées

Total : 218,9 milliards d'euros

Déficit prévisionnel du Régime Général + FSV (Fonds de Solidarité Vieillesse) = 49 milliards d'euros

2021

Progression de l'ONDAM + 6,2%
(prises en compte des mesures du Ségur de la Santé – hors covid)

**Dépenses estimées :
225,4 milliards d'euros**



Prévisions 2024

Branche maladie déficitaire de plus de 17 Md€

Pas de retour à l'équilibre global du Régime Général (-19,4 Md€) et même si rebond anticipé, insuffisant pour combler la dégradation observée en 2020





Nouveau financement

Contribution exceptionnelle des organismes complémentaires : Taxe Covid

- 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	NEW !!! 1^{er} janvier 2022	1^{er} janvier 2022	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



Participation forfaitaire nommée Forfait Patient Urgences (FPU) modulable

1^{er} septembre
2021

- ▶ 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*)



Cas d'exonération pour le FPU :

- Femmes enceintes à compter du 6^{ème} mois pour tous leurs soins, en rapport ou non avec la grossesse
- Les nouveau-nés dans les 30 jours suivant leur naissance

Précision apportée :

Les invalides de guerre entrent bien dans le champ du forfait minoré, de même que les usagers en ALD

Les établissements de santé

Les revalorisations salariales et l'investissement pour l'hôpital

SÉGUR
DE LA SANTÉ

Contexte

La création du Ségur de la Santé (25 mai 2020) fait suite aux engagements d'Emmanuel MACRON (**25 mars 2020** à Mulhouse) auprès de toutes les personnes mobilisées lors de la crise du covid-19 : « à l'issue de cette crise, **un plan massif d'investissement et de revalorisation** de l'ensemble des carrières sera construit pour notre hôpital ». Le rapport final a été remis le 21 juillet 2020.

Les revalorisations salariales

- 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 et la 2^e au 1^{er} décembre 2020 au lieu du 1^{er} mars 2021

8,2 milliards d'euros

pour transformer les métiers et revaloriser
ceux qui soignent
(budget annuel supplémentaire)

- 7,6 Md€ pour les 2 millions d'infirmiers, aides soignants et personnels techniques et administratifs
- 450 M€ pour les 100 000 médecins hospitaliers
- 200 M€ pour les étudiants et internes travaillant à l'hôpital

6 milliards d'euros

Création d'un fonds pour la modernisation et
l'investissement en santé
(budget annuel supplémentaire)

- 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.



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



Un rapport d'évaluation devra être transmis au Parlement au plus tard le 30/06/2026



Dès publication du décret (avant le 31 décembre 2021), les établissements volontaires (liste établie par arrêté) pourront bénéficier d'une dotation selon ces 3 modalités

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**



Le gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation au plus tard le 31/12/2022

*Elargissement dans le cadre de la chirurgie ambulatoire pour les publics isolés (socialement et territorialement)
→ s'inscrit dans une démarche d'égalité des soins*



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 se 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** : prise en charge à 100% des actes de téléconsultation (suppression de la participation forfaitaire 1 euro)
- ▶ 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





Tiers payant

Equipements et panier 100% Santé

- **Le tiers payant de la part complémentaire** devra être possible pour les équipements et soins prothétiques relevant du **panier 100% Santé**



Pour les contrats santé souscrits ou renouvelés à compter du
1^{er} janvier 2022

(adaptation du contrat responsable)

Interruption volontaire de grossesse

- Tiers payant RO pour les frais relatifs à une IVG



Renforcer l'anonymat de l'intéressée





Congé paternité

Allongement de la durée



- Dès le **1^{er} juillet 2021** ;
- Passage d'une durée du congé paternité de 11 à **25 jours ou 32 jours en cas de naissances multiples**, soit de 14 à **28 jours** (cumul avec une période de 4 jours + congé de naissance de 3 jours + période de 21 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

Les prestations en espèces

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

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

- ▶ Possibilités de dérogation par décret comme la neutralisation des durées maximum de versement des prestations pour les IJ pour régime général et régimes spéciaux (et aussi pour les frais de santé) + **poursuite potentielle des dérogations pour certains assurés (Décret 31 janvier 2020) + application rétroactive des dispositions dans la limite d'1 mois avant la date de sa publication**
- ▶ **Dérogations possibles 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 : condition d'ancienneté d'un an + obligation de justifier sous 48 heures l'arrêt maladie + obligation d'être pris en charge par la sécurité sociale + obligation d'être soigné sur le territoire français ou dans un Etat de l'UE + modalités de calcul de l'indemnité complémentaire + délai de carence de 7 jours ... **application rétroactive des dispositions dans la limite d'un mois avant la date de sa publication**



Création d'un dispositif d'IJ en cas d'arrêt maladie pour l'ensemble des professionnels libéraux affiliés à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL), à compter du 1^{er} juillet 2021

La perte d'autonomie

Une nouvelle branche de la Sécurité sociale

■ Gestion par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (**CNSA**)


■ Ressources :

- ▶ Contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) et Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) pour 2,8 milliards d'euros (taux 0,3 % pour les deux)
- ▶ CSG à hauteur de 1,93 % portant sur l'ensemble des assiettes de la CSG (28,1 milliards d'euros)
- ▶ En 2024 cette fraction de CSG sera augmentée de 0,15 % (actuellement affecté à la CADES)
- ▶ Au total ces recettes s'élèveront à 31,2 milliards d'euros en 2021



■ Pour l'année 2021, l'objectif de dépenses de la branche autonomie est fixé à **31,6 milliards d'euros** avec un déficit de 400 millions

■ Sur la base du rapport Vachey et à l'issue d'une concertation, le conseil de la CNSA formulera un avis et des recommandations sur les pistes de financement de la politique de soutien à l'autonomie. Il rendra public les conclusions de ces travaux au plus tard le 1er mars 2021.



Mise en œuvre par ordonnance dans un délai de 12 mois à compter de la promulgation de la loi

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



Les médicaments

Refonte de l'ATU ⁽¹⁾ et de la RTU ⁽²⁾

- Mise en place de 2 nouveaux systèmes d'accès et de prise en charge par l'assurance maladie
 - ▶ « **Accès précoce** » : médicaments susceptibles d'être innovants pour lesquels le laboratoire s'engage à déposer une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) rapidement
 - ▶ « **Accès compassionnel** » : médicaments non nécessairement innovants (pas destinés à obtenir une AMM) qui répondent de façon satisfaisante à un besoin thérapeutique



Focus sur l'ATU et le post-ATU:



Les prestations de soins à domicile

Encadrement de l'activité des prestataires de service et distributeurs de matériel

■ Objectif :

- ▶ Renforcer les garanties de qualité, de bonnes pratiques et de bon usage des ressources publiques
- ▶ Réguler l'accès au secteur
- ▶ Limiter le gaspillage (environnemental et financier)
- ▶ Lutter contre la fraude

■ Comment :

- ▶ Mise en place d'une **certification qualité HAS** des prestataires de service et distributeurs de matériel (PSDM), le référentiel des bonnes pratiques sera rendu public au plus tard le 31 décembre 2021
- ▶ **Accord UNCAM et PSDM** sur les modalités de délivrance et de prise en charge des prestations et matériels concernés



Les PSDM fournissent des dispositifs médicaux et des aides techniques aux personnes malades, ou présentant un handicap, et vivant à leur domicile. La distribution de ces équipements peut s'accompagner de prestations variées (de la simple livraison au télé suivi de l'observance du traitement).

Les prestataires : 20 000 salariés

Les patients : 2 millions chaque année (dont 50% au titre de l'apnée du sommeil)

Les pharmacies d'officine peuvent aussi remplir ces missions.



Sport en entreprise

Exonération des cotisations

- Rétablissement de la mesure concernant « l'exclusion de l'assiette des cotisations de sécurité sociale » qui avait été supprimée par un amendement gouvernemental.



Afin de favoriser le développement du sport en entreprise

(Entrée en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} mars 2021)





Autres mesures

Expérimentation : Sages femmes et fond d'intervention régional

- A titre expérimental et pour une durée de 3 ans, **possibilité pour les sages femmes**, ayant réalisé la formation complémentaire obligatoire et justifiant des expériences spécifiques attendues, **de pratiquer des IVG instrumentales en établissement de santé**
- **Mise en place à titre expérimental par un financement du Fond d'intervention régional (FIR)**
 - ▶ parcours d'accompagnement, sous prescription médicale, pour les personnes atteintes de **diabète de type 2**
 - **bilan d'activité physique** avec orientation vers les maisons Sport-Santé
 - bilan et consultations de suivi nutritionnels et psychologiques
 - ▶ **consultation longue sur la santé sexuelle** pour les assurés (**garçons et filles**) **entre 15 et 18 ans**





Les Focus





La perte d'autonomie

Missions de la CNSA

- Veiller à l'équilibre financier de la branche, établir les comptes et effectuer le règlement et la comptabilisation de toute opération relevant de la branche
- Piloter et assurer, dans le champ des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, l'animation et la coordination des acteurs participant à leur mise en œuvre, en vue de garantir l'équité et l'efficacité de l'accompagnement des personnes concernées (rôle d'accompagnement et d'appui aux maisons départementales de l'autonomie...)
- Contribuer au financement et pilotage de la prévention de la perte d'autonomie, des prestations individuelles d'aide à l'autonomie et des dispositifs mis en place au niveau national ou local en faveur de l'autonomie et des proches aidants en assurant une répartition équitable sur le territoire national ainsi qu'au financement et à l'investissement dans le champ de soutien à l'autonomie
- Contribuer à l'information des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs proches aidants, notamment en créant des services numériques en favorisant la mise en place de guichets uniques au niveau départemental permettant de faciliter leurs démarches administratives et le suivi personnalisé de leurs parcours
- Contribuer à la recherche et à l'innovation dans le champ du soutien à l'autonomie (personnes âgées et personnes handicapées)
- Contribuer à la réflexion prospective sur les politiques de l'autonomie, leurs possibles adaptations territoriales et proposer toute mesure visant à améliorer la couverture du risque
- Contribuer à l'attractivité des métiers participant à l'accompagnement et au soutien à l'autonomie notamment au travers de ses actions en faveur de la formation et de la professionnalisation des professionnels





La perte d'autonomie

Financement

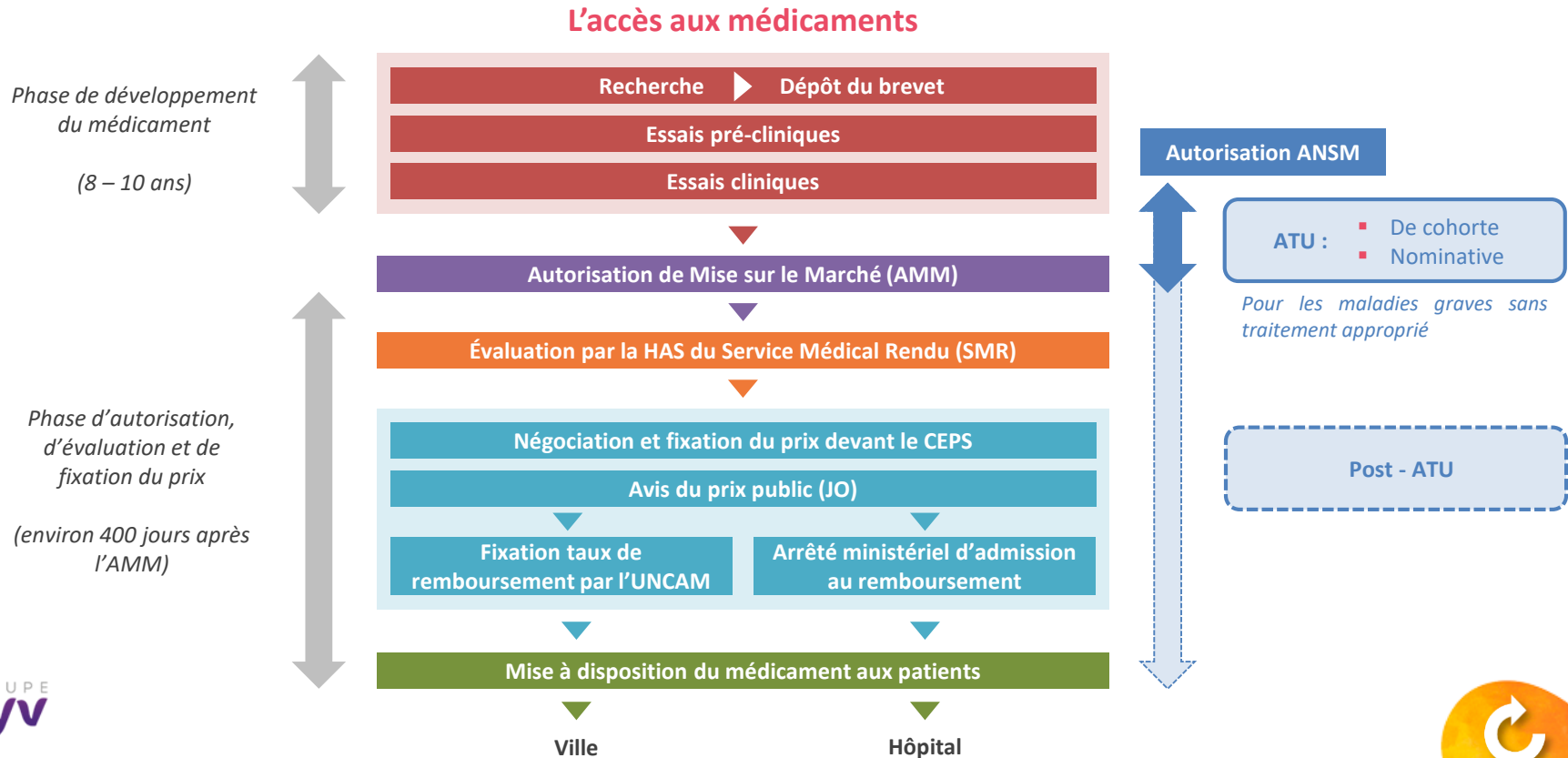
- La CNSA assure le financement :
 - ▶ des établissements ou services sociaux et médico-sociaux
 - ▶ des aides à l'investissement au bénéfice de ces établissements et services, ainsi que de l'habitat inclusif
 - ▶ des concours versés aux départements, destinés à couvrir une partie du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée (APA), du coût de la prestation de compensation du handicap (PCH), des coûts d'installation ou de fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), du coût de certaines actions de prévention
 - ▶ des autres dépenses d'intervention en faveur des personnes handicapées, des personnes âgées dépendantes et des proches aidants entrant dans le champ des missions de la CNSA
 - ▶ de la gestion administrative





Les médicaments

FOCUS : L'ATU et le post-ATU





Contact

Direction Expertise Règlementaire Groupe VYV

Nicolas MOREL

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 969500E016R1LLI4UF62.
Siège social : Tour Montparnasse - 33, avenue du Maine - BP 25 - 75755 Paris Cedex 15.

