

PLFSS 2022 - L'essentiel

Version en date du 26 octobre 2021 : vote solennel à l'Assemblée nationale

Direction Expertise Règlementaire
DIRECTION DÉVELOPPEMENT COLLECTIF GROUPE



« Construire l'État providence du XXI^e siècle »

Extrait du discours d'Olivier Véran du 21 octobre 2021 - 1^{ère} lecture PLFSS 2022 séance publique à l'Assemblée nationale :

« C'est le dernier Plfss de ce quinquennat, un dernier mais non des moindres. Il y a devant nous encore de beaux projets et de belles conquêtes. L'Etat social a répondu présent pour offrir la meilleure protection possible à tous les Français.

*« Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale **tire les enseignements de la période que nous affrontons et qui a démontré le rôle central de l'hôpital et plus largement de la sécurité sociale.***

*Nous voulons **tirer profit de ce qui a fonctionné pendant la crise, pérenniser des innovations qui semblaient hier trop audacieuses mais qui sont désormais bien installées dans la vie des Français et des professionnels de santé.***

*Je pense par exemple au numérique en santé avec la téléconsultation, le télé soin puisque nous sommes passés presque du jour au lendemain de 10 000 téléconsultations par semaine à plus d'un million de téléconsultations par semaine pendant la crise. **Je souhaite que cette pratique perdure et qu'elle apporte une réponse.***

Je pense aussi à l'articulation entre l'assurance-maladie obligatoire et les complémentaires.

*L'**expérimentation du télé soin au plus fort de la crise a aussi montré l'efficacité d'une prise en charge à 100 %** qui était déterminante pour le succès rapide et massif de cette solution. C'est d'ailleurs dans ce cadre, pour réfléchir à une meilleure manière d'exercer le droit, que **le haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie a été chargé de réfléchir à des évolutions potentielles.***

*Le rapport de la Drees publié en septembre dernier sur les comptes de la santé nous apprend par exemple que la France est le second pays de l'OCDE où les frais de gestion du système de santé sont les plus élevés derrière les États-Unis où comme vous le savez le système est quasiment intégralement privatisé ; et **40 % de ces frais de gestion provient des organismes complémentaires alors qu'ils pèsent pour 12% des dépenses de santé, d'où la réflexion qui a été ouverte, mais réflexion ne fait pas proposition...** »*

Au programme...



Le financement de la Sécurité sociale et son évolution

Les mesures de prévention

- Consultations de psychologues
- Filière visuelle
- Contraception féminine
- Modalités de prescriptions des masseurs-kiné
- Expérimentations

Télésurveillance médicale

Les médicaments et dispositifs médicaux

Les établissements de santé

- Le TM hospitalier
- Le forfait patient urgence

100% Santé : tiers payant intégral

La complémentaire santé solidaire

PSC fonction publique

Prolongation des dispositifs relatifs à la crise sanitaire

Les mesures pour les indépendants

Ségur de la santé

Centres de santé

Autonomie

- Favoriser le maintien à domicile
- Transformer le modèle de l'EHPAD
- Renforcer le pilotage national de la branche

Autres mesures

- Poursuite de l'unification du recouvrement social autour de l'URSSAF
- Aide sociale et fiscale aux services à la personne

Le financement de la Sécurité sociale

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.

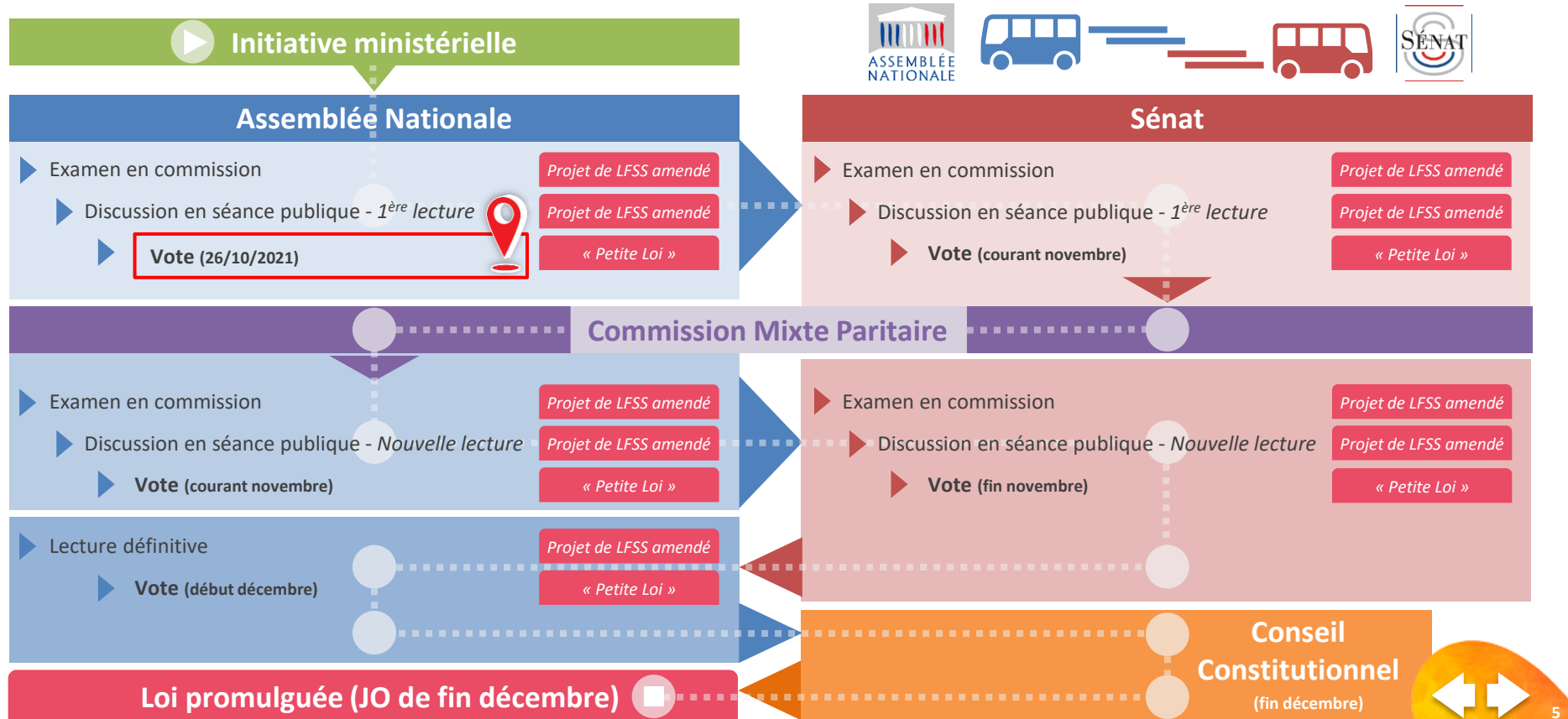
Elle permet au Parlement d'être informé et de se prononcer sur les comptes de la sécurité sociale, et contient notamment :





Le financement de la Sécurité sociale

Comment la loi est-elle conçue ? (circuit du PLFSS 2022)



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 **prévision que le législateur se fixe pour maîtriser** les dépenses annuelles de soins.

Rectification de l'ONDAM 2021 avec une majoration de 11,7 milliards d'euros soit une progression de + 7,4% (initialement prévu à 2,3%).

L'ONDAM 2022 accuse une légère baisse à -0,6% (réduction des dépenses liées à la lutte contre l'épidémie).

Hors dépenses liées au Covid, il progresse en réalité de 3,8% par rapport à 2021 et de 2,6% si on retranche encore les dépenses liées au Ségur de la santé.

| *Provision de 5 milliards d'euros pour gérer la crise sanitaire*

Objectif : réduire le déficit de la branche maladie pour approcher les 15 milliards d'euros en 2025.



Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS)

PASS 2022 identique à 2021 selon le rapport provisoire de la cour des comptes de la Sécurité sociale du 24 septembre 2021



La valeur du PASS de l'année N+1 ne pourra être inférieure à celle du PASS de l'année N :

PASS 2022

≥

PASS 2021

(41 136 €)

Mesures de prévention

Consultations de psychologues (amendement déposé par le gouvernement)

Discours

- Lors du discours de clôture des Assises de la santé mentale le 28 septembre 2021, Emmanuel Macron a annoncé la mise en place de **consultations de psychologues prises en charge par la sécurité sociale sur la base de forfait, pour tous dès l'âge de 3 ans, sur prescription médicale et dans le cadre d'un parcours de soins.**
- Le gouvernement a **prévu 50 millions d'euros dans le PLFSS 2022** pour amortir cette mesure (100M€ en 2023 et 170M€ en 2024). [dp_sante_mentale-ok.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)

Amendement

- Seules les séances réalisées dans le cadre du dispositif national feront l'objet d'un remboursement (l'assuré est adressé par un médecin / le psychologue* réalisant les séances a été sélectionné par une autorité compétente et est conventionné avec l'Assurance maladie). **Ces séances ne pourront pas faire l'objet de dépassement d'honoraires.**
- Ce dispositif de conventionnement est réservé aux psychologues volontaires et pourra ne concerner qu'une partie de leur activité.
- Le gouvernement a précisé qu'il s'agissait d'un forfait de 8 séances par an : 1 séance pour la réalisation du bilan initial et 7 séances de suivi au maximum (modalités précisées par décret).

* dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice en centre de santé ou en maison de santé

Attente de décret

- **Remboursement : 60% pour l'assurance maladie et 40% pour les complémentaires.**
- **Tarifs : 40 € pour la 1ère consultation, 30 € pour les suivantes.**
- Calendrier : janvier 2022 lancement de la procédure de candidature des psychologues / début 2022 : remboursement des séances.

Vers un remboursement des séances de psychologues en 2022 - Ministère des Solidarités et de la Santé
([solidarites-sante.gouv.fr](#))





Mesures de prévention

Filière visuelle



- ❑ Les orthoptistes pourront réaliser un bilan visuel et prescrire des verres correcteurs et des lentilles, sans prescription médicale, pour les corrections faibles (ne pratiquaient à ce jour que l'examen de réfraction).



Amendements
AN

L'orthoptiste ne peut adapter ou renouveler cette primo-prescription que si le patient a consulté, dans un délai qui sera précisé par décret, un médecin ophtalmologiste.

- ❑ Les orthoptistes pourront réaliser, sans prescription médicale, le dépistage de l'amblyopie et celui des troubles de la réfraction chez les enfants (les critères d'âge seront fixés par décret). Ces dépistages seraient pris en charge, dans le cadre du dispositif MT'Yeux, à 100 % par l'assurance maladie.

Pour rappel :

Les orthoptistes réalisent déjà sur prescription médicale, en lien avec les ophtalmologistes, les bilans visuels simples pour les faibles corrections, incluant l'examen de réfraction.

La prestation d'adaptation effectuée par les opticiens lunettiers s'étend désormais aux prescriptions des orthoptistes, à condition qu'un bilan visuel ait été réalisé préalablement par un médecin ophtalmologiste.

La mesure vise à améliorer l'accès aux soins visuels en réduisant les délais de rendez-vous et en dégageant du temps médical pour les ophtalmologistes.



Mesures de prévention

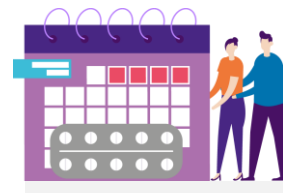
Contraception féminine

- ☐ **Prise en charge intégrale et sans avance de frais par l'AMO des frais d'acquisition de certaines contraceptifs et des frais relatifs aux actes et consultations pour les 18-25 ans.**

Cette prise en charge intégrale existait déjà depuis 2013, pour les femmes de 15 à 18 ans et avait été étendue au moins de 15 ans en 2020.

Cette nouvelle mesure est donc une extension de l'existant avec un élargissement au niveau de l'âge. Elle fait suite à un constat du recul de la contraception lié à un renoncement pour raisons financières.

Coût de la mesure pour les 18-25 ans : **21 millions d'euros par an.**



Amendements
AN

- **Élargir la prise en charge intégrale de la consultation longue « santé sexuelle » aux garçons – 25 ans.**
- **Le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les moyens à mettre en œuvre pour développer, promouvoir et prendre en charge la contraception masculine.**

Modalités de prescription des masseurs-kinésithérapeutes

- ☐ La loi rend effective la **possibilité pour les masseurs-kinésithérapeutes de pouvoir renouveler la prescription d'actes**, dans le respect des recommandations de la Haute Autorité de Santé, par exemple dans le cas d'un traitement continu de longue durée. Ce dispositif est désormais intégré dans le cadre des relations conventionnelles de l'assurance maladie et des représentants de la profession.



Mesures de prévention

Généralisation d'expérimentations et entrée dans le droit commun

- ❑ « Mission retrouve ton cap » pour la prévention de l'obésité infantile (mise en œuvre depuis 2017 pour les enfants de 3 à 8 ans) avec élargissement aux enfants jusqu'à 12 ans. Le dispositif consiste en un accompagnement personnalisé et pluridisciplinaire (diététique, psychologique et d'activité physique) en coordination avec des structures adaptées.
- ❑ Dépistage du VIH en laboratoire de biologie médicale, sans ordonnance et sans avance de frais.



Prolongation d'expérimentations

- ❑ « Halte soins addictions » : expérimentation nationale d'ouverture d'espaces de réduction des risques par usage supervisé prolongée de 3 ans (ex salles de consommation à moindre risque).
- ❑ Transports sanitaires urgents préhospitaliers : règles d'organisation et de financement. L'expérimentation a débuté au 1er janvier 2012 (pour une période de dix ans) à la demande du SAMU, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité de l'offre de transports sanitaires urgents en région. Une réforme d'ampleur à venir sur les transports sanitaires.



Mesures de prévention

Nouvelles expérimentations

Accès direct, sans prescription, à certains auxiliaires médicaux exerçant dans une structure de soins coordonnés.

| *Expérimentation pour une durée de **3 ans** dans **6 départements**.*

Soins de **kinésithérapie**

Soins **orthophoniques**

Un bilan et un compte-rendu des soins réalisés sont adressés au médecin traitant et reportés dans le dossier médical partagé.

Un décret précise les modalités de mise en œuvre et les conditions d'évaluation des expérimentations en vue d'une éventuelle généralisation.



Télesurveillance médicale

Définir un modèle de sa prise en charge dans le droit commun (périmètres des activités, modalités d'évaluation, formes de financement)

En lien avec la mesure 24 du Ségur de la Santé :

SÉGUR DE LA SANTÉ
Les conclusions

FÉDÉRER LES ACTEURS DE LA SANTÉ DANS LES TERRITOIRES AU SERVICE DES USAGERS

MESURE 24

ASSURER LE DÉVELOPPEMENT DE LA TÉLÉSAITÉ DANS TOUS LES TERRITOIRES

- **Accélérer le développement des téléconsultations :**
 - des consultations en télémédecine en prolongeant le dispositif mis en place pendant la crise du COVID ;
 - en assouplissant le principe de connaissance préalable du patient pour les téléconsultations ;
 - en permettant dans certaines conditions des téléconsultations en dehors des principes actuels du parcours de soin coordonnés.
- **Élargir à tous les patients les conditions de réalisation d'une télé-expertise** et permettre aux professionnels de santé non médicaux de solliciter une télé-expertise.
- **Permettre une prise en charge conventionnelle des actes de télémédecine** pour les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes.
- **Fixer le périmètre et les principes du financement de la télésurveillance** puis confier aux partenaires conventionnels le soin de définir la rémunération afférente.

La télésurveillance médicale est un acte de télémédecine défini dans le code de la santé publique visant à « permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient.»

Elle est expérimentée depuis plusieurs années au travers du programme Expérimentations de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours en Santé (ETAPES) . Les expérimentations « ETAPES » permettent la prise en charge dérogatoire par l'assurance maladie de la télésurveillance dans cinq pathologies chroniques : insuffisance rénale, insuffisance respiratoire, diabète, insuffisance cardiaque et prothèses cardiaques implantables. (LFSS 2018 : fin des expérimentations au 31 décembre 2021).



Les médicaments et dispositifs médicaux

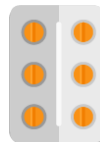
Rénover la politique du médicament au service de l'accès aux soins, de l'innovation et de l'attractivité

- ❑ Permettre aux patients de pouvoir accéder à de nouveaux traitements qui ne sont pas éligibles à l'accès précoce mais qui présentent une amélioration du service médical rendu, avec un remboursement transitoire et temporaire d'un an.
- ❑ Faciliter l'accès des médicaments et dispositifs médicaux onéreux à l'hôpital (préparations spéciales, préparations magistrales...).
- ❑ Augmenter le taux de recours aux **médicaments biosimilaires** (élargir le rôle des pharmaciens en proposant un nouveau cadre d'exercice relatif à la substitution de certains groupes biosimilaires en relation avec le prescripteur et le patient).



Un médicament biosimilaire est similaire à un médicament biologique de référence qui a été autorisé en Europe depuis plus de 8 ans et dont le brevet est tombé dans le domaine public. Les médicaments biologiques ou biomédicaments, sont obtenus par un procédé biotechnologique qui implique une source biologique (protéines, cellules...).

Un médicament biosimilaire n'est pas un médicament générique.



Les dépenses de l'AMO relatives aux produits de santé devraient augmenter de 1 Md € en 2022 avec une hausse moyenne de 2,4% par an jusqu'en 2024 (Annonce d'Emmanuel Macron, Innovation santé 2030).

Les établissements de santé

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

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 2022	1 ^{er} janvier 2022	1 ^{er} janvier 2022

OQN : objectifs quantifiés nationaux (Ets de santé privés à but lucratif)

DG: dotation globale (Ets publics de santé et Ets privés participant au service public hospitalier (PSPH))

GHS : groupe homogène de séjours

Les établissements de santé

Forfait patient urgences (FPU)

Initialement prévue au 1^{er} septembre 2021, l'entrée en vigueur de la réforme de la facturation des urgences a été reportée au 1^{er} janvier 2022.



- Tarif nominal = **18 € ou 20 € ?**
- Tarif minoré = **8 € ou 9 € ?**
(Patients en affection de longue durée, patients en accident de travail / maladie professionnelle)



Prise en charge au titre des contrats responsables

Cas d'exonération pour le FPU :

- Femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse
- Nourrissons dans les 30 jours qui suivent la naissance
- Titulaires d'une pension d'invalidité
- Bénéficiaire de rentes AT-MP dont l'incapacité est au moins égale à 2/3
- Invalides de guerre
- Mineurs victimes de sévices sexuels
- Donneurs d'organes dans le cadre du prélèvement d'éléments du corps humain et de la collecte de ces produits
- Victimes d'un acte de terrorisme, blessées ou impliquées lors de cet acte
- Les malades soignés dans le cadre de la crise sanitaire

Tiers payant intégral dans les paniers 100% santé

Encadrement des services numériques

La LFSS 2021 a rendu obligatoire le tiers payant de la part complémentaire pour les équipements audio et optique ainsi que les soins prothétiques relevant du **panier 100% Santé à compter du 1^{er} janvier 2022**.

Dans ce cadre, les organismes d'assurance complémentaire devront mettre à la disposition des professionnels de santé, des établissements et centres de santé, des services numériques répondant à des caractéristiques définies par décret.

Ces caractéristiques portent notamment sur :

- les conditions de mise à disposition des informations relatives aux droits et garanties des personnes couvertes par les contrats,
- les modalités et délais de délivrance de l'accord des organismes lorsque la prestation est soumise à accord préalable,
- les délais et garanties de règlement des sommes dues.



La complémentaire santé solidaire (CSS)

Faciliter son accès pour les bénéficiaires des minimas sociaux afin de lutter contre le non-recours

Bénéficiaires du RSA (revenu de solidarité active)	Bénéficiaires ASPA (allocation de solidarité aux personnes âgées)
Accès automatique à la CSS sans participation financière, sauf opposition de leur part	Accès facilité à la CSS sans participation financière, avec une présomption de droits à la CSS
Autorisation de résiliation sans frais et en cours de droit de la CSS auprès de l'organisme gestionnaire (résiliation effective à la fin du mois de réception de la demande)	
Circuit de financement simplifié : il est proposé que la prise en charge de la part AMC avancée par l'AMO dans le cadre du tiers payant intégral coordonné soit réalisée directement par la CNAM	
Objectif 2025 : 95% de taux de recours pour les nouveaux bénéficiaires	Objectif 2025 : 75% de taux de recours pour les nouveaux bénéficiaires

PSC fonction publique

Harmonisation du régime fiscal et social des contributions des employeurs publics d'Etat à la protection sociale complémentaire

Les exonérations sociales et fiscales ne s'appliquent qu'aux **accords collectifs dont l'adhésion est obligatoire**.

▶ **Alignement sur celui existant dans le secteur privé**

Les remboursements versés aux agents publics de l'état et aux militaires bénéficient également de cette mesure. Ce régime fiscal et social sera également applicable aux contrats de prévoyance rendus obligatoires par accord.

Prolongation des dispositifs relatifs à la crise sanitaire

Permet au gouvernement de déroger aux règles de prise en charge de droit commun sans consultation :

- des divers frais de santé,
- aux conditions de versement des prestations en espèces attribuées en cas d'incapacité de travail,
- au maintien de la rémunération des assurés contraints d'interrompre leur activité professionnelle du fait des consignes sanitaires.

Les mesures pour les indépendants

La protection sociale des travailleurs indépendants

- Compenser la baisse éventuelle des IJ des indépendants occasionnée par la réduction des revenus qu'ils ont subi en 2020, en retenant, pour les arrêts de travail ou les congés de maternité débutant en 2022, le montant d'indemnité journalière le plus favorable à l'assuré en excluant ou incluant le revenu 2020.
- Le maintien des droits aux prestations en espèces de l'assurance maladie-maternité-invalidité-décès aux assurés et notamment chômeurs indemnisés qui reprennent une activité professionnelle indépendante et s'ouvrent de nouveaux droits aux IJ mais dont l'indemnité est nulle ou faible.
- Meilleure protection du conjoint collaborateur :
 - étendre le statut de conjoint collaborateur du chef d'entreprise artisanale, commerciale ou libérale à la personne qui vit en concubinage avec ce chef d'entreprise,
 - simplifier et d'adapter le mode de calcul des cotisations sociales pour les conjoints collaborateurs, y compris pour les conjoints de micro entrepreneurs,
 - limiter à cinq années la possibilité d'exercer sous le statut de conjoint collaborateur.
- Étendre le congé paternité aux conjoints collaborateurs des professions libérales.

Les mesures pour les indépendants

La protection sociale des travailleurs indépendants

- ❑ Nouvelles mesures pour les travailleurs des plateformes (ex : Uber, Deliveroo, Just Eat, LeCab..)
 - Renforcer la capacité de ces plateformes à financer une couverture complémentaire santé :
 - En proposant à leurs travailleurs des garanties collectives de protection sociale complémentaire santé, mises en place de manière collective.
 - Ces garanties bénéficieront de l'exclusion de l'assiette des cotisations et contributions sociales des travailleurs concernés.
 - Possibilité d'opter pour le régime général de sécurité sociale lorsque le volume de leur activité et les recettes générées sont très réduits.

Au plus tard le 31 janvier 2022, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'amélioration de la couverture sociale contre le risque accidents du travail et maladies professionnelles des travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 7342-8 du code du travail. (il s'agit des travailleurs des plateformes)





Séгур de la santé

Extension au sein du secteur médico-social

Les salariés soignants, aides médico-psychologiques (AMP), auxiliaires de vie sociale (AVS) et accompagnants éducatifs et sociaux (AES) exerçant **dans les établissements médico-sociaux privés financés par l'assurance-maladie** (établissements pour personnes handicapées, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ne relevant pas de la branche de l'aide à domicile, établissements pour publics en difficultés spécifiques) bénéficieront également de la mesure de revalorisation salariale à compter du **1er janvier 2022 soit 183 € nets mensuels.**



L'ONDAM 2022 intègre 2,7 milliards d'euros de financements supplémentaires au titre du Ségur par rapport à 2021. Total des dépenses pour le Ségur (ONDAM 2022) 12,5 milliards d'euros.



Centre de santé

Renforcer les contrôles sur les centres de santé dentaire ou ophtalmologique

« Lutter contre les détournements du modèle des centres de santé spécialisés »

Objectif :

- mettre fin au conventionnement d'office des centres de santé avec l'assurance maladie,
- mieux encadrer le fonctionnement de ces centres,
- mettre fin aux pratiques frauduleuses.

Mesures :

- application de tarifs d'autorité si non adhérents à l'accord national,
- sanctions financières prévues par l'ARS, les recettes de ces sanctions seront affectées à la CNAM, afin de permettre une continuité de traitement pour les victimes de préjudices résultant des pratiques déviantes dénoncées.



Autonomie

Favoriser le maintien à domicile

- Instauration d'un tarif plancher national à hauteur de 22 € par heure pour les SAAD (services d'aides et d'accompagnement à domicile) à compter du 1^{er} janvier 2022.
- Refonte de la tarification des SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) pour 2023.

Généraliser le versement d'un financement complémentaire aux services dispensant ces deux prestations.

Financement par la branche autonomie : 250 M€ en 2022 et 390 M€ en 2025.



Amendements
AN

- Tarif plancher puisse être fixé annuellement
- Expérimentation d'une carte professionnelle pour les intervenant(e)s de l'aide à domicile.

Transformer le modèle de l'EHPAD

Nouvelle mission « centre de ressources territorial » avec financements spécifiques de la branche autonomie à hauteur de 20 M€ en 2022 et 80 M€ d'ici 2025 (partage d'expertise et accompagnement du virage domiciliaire).

Accroissement des personnels : objectif 10 000 postes supplémentaires d'ici 5 ans.

Renforcer le pilotage national de la branche

Création d'un système d'information unique qui doit contribuer à faciliter les démarches des usagers et de leurs aidants.



Autonomie

**Objectif de dépenses de la branche autonomie pour 2022 :
34,2 milliards d'euros (+ 6,1 % par rapport à 2021)**

Recettes :

- Contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA)
- Contribution additionnelle (CASA)
- CSG à hauteur de 1,93 point (28,3 Md€) + fraction de la taxe sur les salaires (600 millions d'€)

En 2022, la CNSA financera la prestation de compensation du handicap (PCH) parentalité (transfert de la branche famille = pas d'impact sur son solde).

En 2024, la fraction de CSG (actuellement affectée à la CADES) sera augmentée de 0,15 point.





Autres mesures

Poursuite de l'unification du recouvrement social autour de l'URSSAF

Transfert du recouvrement vers les URSSAF et les CGSS des cotisations actuellement recouvrées par la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (CIPAV).

Aide sociale et fiscale aux services à la personne

Rendre immédiate la perception des aides applicables au secteur des services à la personne afin que les dépenses acquittées par les particuliers tiennent compte directement des aides dont ils bénéficient (sociales ou fiscales).

Une extension progressive aux prestations donnant lieu à une prise en charge au titre de l'APA ou de la PCH sera envisageable à compter de 2023, en partenariat avec les conseils départementaux en charge de ces prestations.





Contact

Nicolas MOREL

Direction Expertise Règlementaire

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.

