



Loi de financement de la Sécurité sociale 2022

L'ESSENTIEL

GROUPE
vyv

Entrepreneur du
mieux-vivre



Programme

Le financement de la Sécurité sociale et son évolution	4
Les mesures de prévention	14
Consultations de psychologues	16
Filière visuelle	17
Contraception féminine	18
Consultation de prévention	18
Modalités de prescriptions des masseurs-kinésithérapeutes	19
Expérimentations.....	20
Télésurveillance médicale.....	22
Médicaments, dispositifs médicaux et aides techniques	26
Les établissements de santé.....	30
La réforme du ticket modérateur hospitalier	32
Le forfait patient urgences.....	34
La complémentaire santé solidaire	36
Protection sociale complémentaire de la fonction publique	40
Prolongation des dispositifs relatifs à la crise sanitaire	42
Les mesures pour les indépendants	44
Séjour de la santé	48
Centres de santé	50
Autonomie	52
Favoriser le maintien à domicile	54
Transformer le modèle de l'EHPAD.....	54
Renforcer le pilotage national de la branche.....	55
Objectif de dépenses de la branche autonomie	55
Autres mesures	56
Aides sociales et fiscales aux services à la personne	57
Renforcement du dispositif d'indemnisation du congé proche aidant	58
Cancers féminins	59



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). La LFSS vise à maîtriser les dépenses sociales et de santé. Elle détermine les conditions nécessaires à l'équilibre financier de la Sécurité sociale et fixe les objectifs de dépenses en fonction des prévisions de recettes.

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

Des tableaux d'équilibre par branche pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et pour le régime général



Un Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)



Loi



Des informations sur l'amortissement de la dette



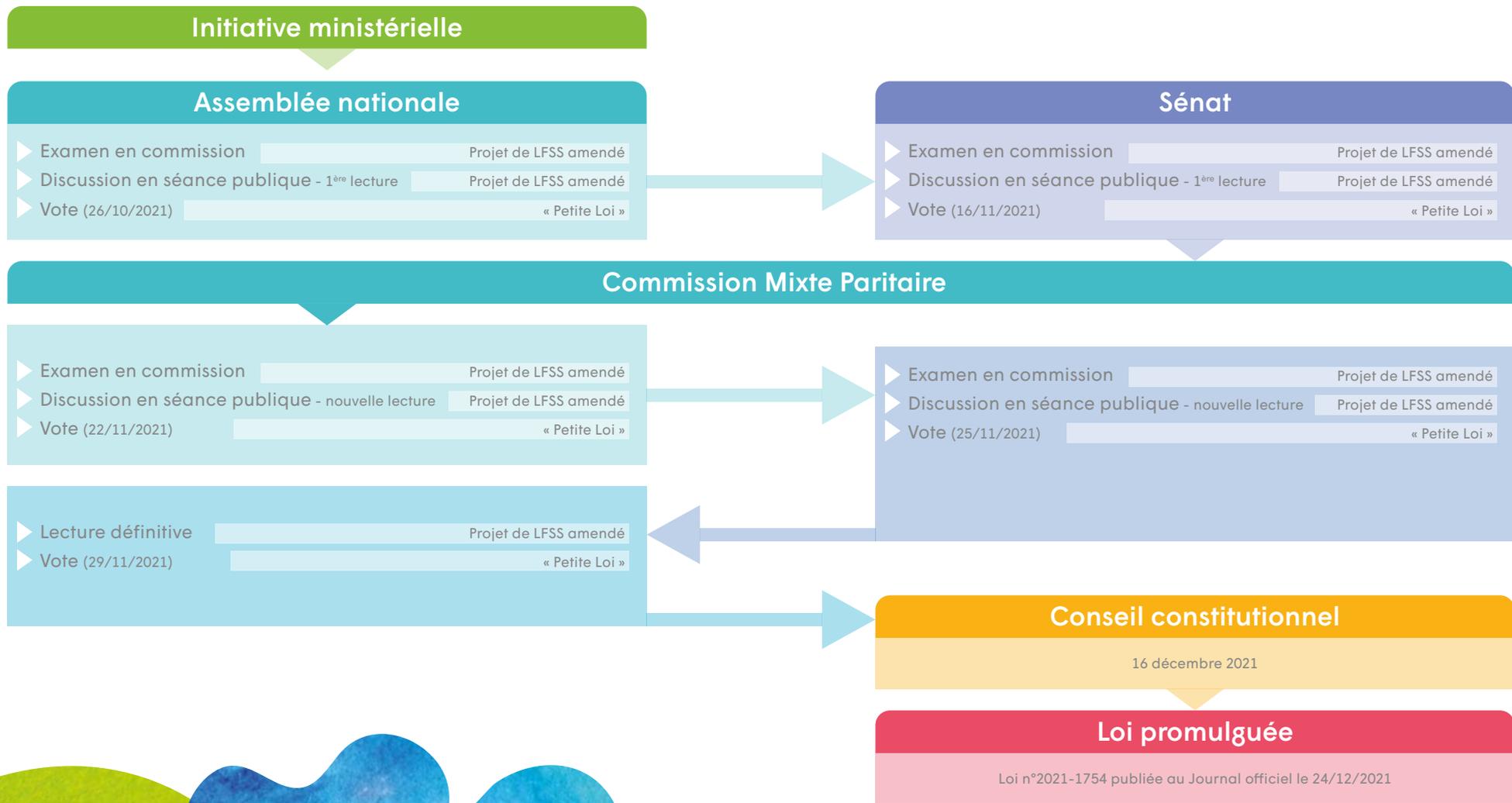
Des dispositions sur les recettes et les dépenses



Des annexes sur les relations financières entre l'État et la Sécurité sociale, les besoins en trésorerie des régimes, les objectifs et moyens de fonctionnement des organismes, etc.

Comment la loi est-elle conçue ?

Circuit du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) 2022



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.

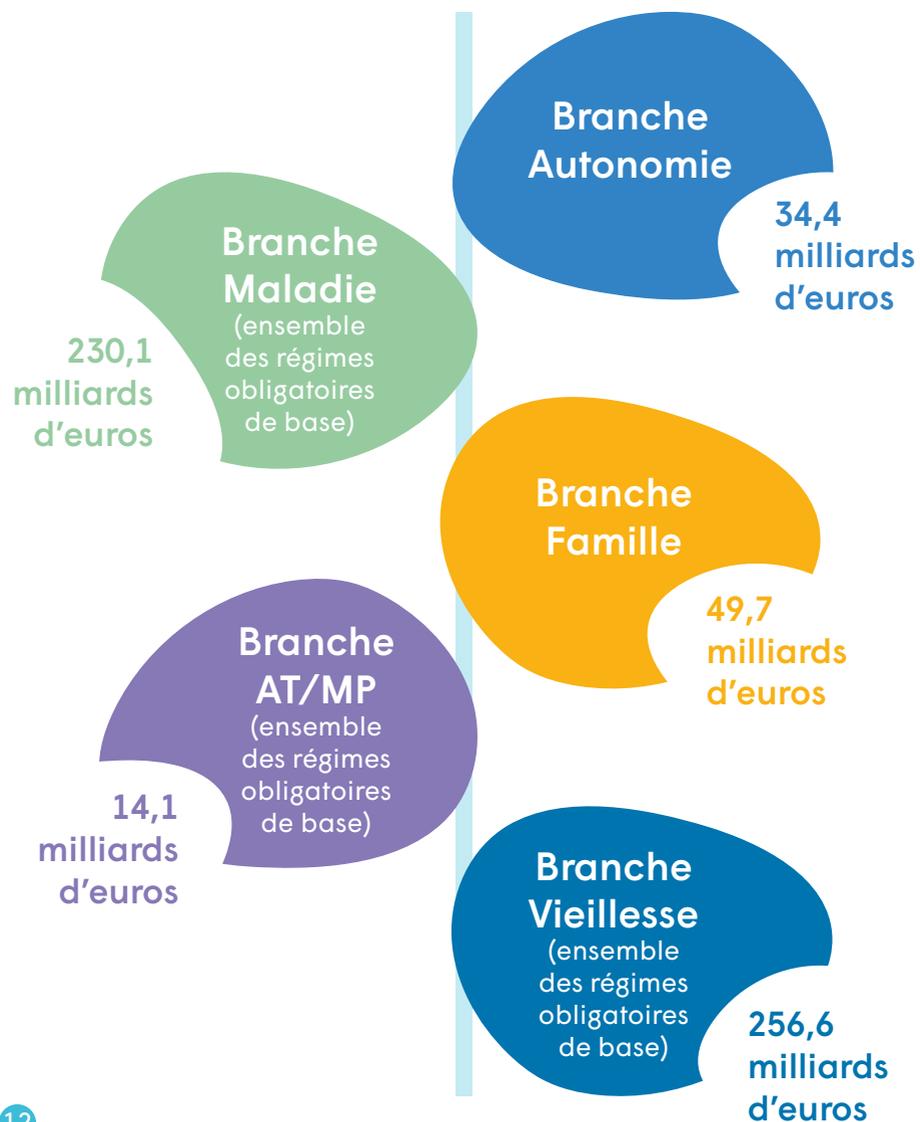
- L'ONDAM 2021 a été rectifié et majoré de 11,7 milliards d'euros, soit une progression de +7,4% (initialement prévu à 2,3 %).
- L'ONDAM 2022 subit une légère baisse de -0,6 % (réduction des dépenses liées à la lutte contre l'épidémie).
- Hors dépenses liées au Covid-19, il progresse en réalité de 3,8 % par rapport à 2021 et de 2,6 % si on enlève encore les dépenses liées au Ségur de la santé.
- Une provision de 5 milliards d'euros est prévue pour gérer la crise sanitaire.
- L'objectif est de réduire le déficit de la branche maladie pour approcher les 15 milliards d'euros en 2025.

ONDAM 2022 de l'ensemble des régimes obligatoires de base par sous-objectifs

Total :
236,8 milliards
d'euros



ONDAM 2022 par branche



Plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS)

Le **plafond de la Sécurité sociale** est un montant de référence pris en compte pour le calcul de certaines prestations sociales comme les indemnités journalières, les pensions d'invalidité ou encore les pensions d'assurance vieillesse du régime général. Il est réactualisé chaque année, en fonction de l'évolution des salaires, pour une date d'effet au 1^{er} janvier.

Le PASS 2022 est identique à celui de 2021 soit 41 136 € (arrêté du 15 décembre 2021 portant fixation du plafond de la Sécurité sociale pour 2022).



Pour rappel :

la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 a prévu que la valeur du plafond ne pouvait être inférieure à celle de l'année précédente. Le décret n° 2021-987 du 27 juillet 2021 détermine en conséquence les modalités de calcul du plafond, notamment pour les années suivant une reconduction de sa valeur.



PASS 2022 \cong **PASS 2021**
(41 136 €)

Les mesures de prévention



Consultations de psychologues

• Discours

Lors du discours de clôture des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie 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.**

• Article 79

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 nombre de psychologues pouvant proposer des séances est fixé annuellement. Leur répartition est déterminée au regard de chaque territoire.



Le saviez-vous ?

Le Gouvernement a prévu **50 millions d'euros** pour amortir cette mesure.
(100 millions d'euros en 2023 et 170 millions d'euros en 2024)

En attente de décret pour confirmation des dispositions suivantes :

- **Remboursement** : 60 % pour l'Assurance maladie et 40 % pour les complémentaires.
- **Tarifs** : 40 € pour la 1^{ère} séance (bilan initial), 30 € pour les 7 séances de suivi au maximum.
- **Calendrier** :
Janvier 2022 : lancement de la procédure de candidature des psychologues.
Début 2022 : remboursement des séances.

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

Sources :

- Vers un remboursement des séances de psychologues en 2022 - Ministère des Solidarités et de la Santé. (solidarites-sante.gouv.fr)
- Dossier de presse des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie 2021 (solidarites-sante.gouv.fr).

Filière visuelle

- ✓ **L'orthoptiste peut désormais réaliser un bilan visuel et prescrire des verres correcteurs et des lentilles, sans prescription médicale** (les modalités, conditions de réalisation et critères d'âge seront fixés par décret).
- ✓ **L'orthoptiste ne peut adapter ou renouveler une prescription de verres correcteurs ou de lentilles réalisée par un médecin ophtalmologiste ou par un orthoptiste qu'à la condition qu'un bilan visuel ait été réalisé préalablement par un médecin ophtalmologiste dans des conditions fixées par décret.**
- ✓ **L'orthoptiste peut également 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).

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.



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.

Contraception féminine

Les frais d'acquisition de certains contraceptifs et les frais relatifs aux actes et consultations pour les 18-25 ans sont désormais intégralement pris en charge et sans avance de frais par l'Assurance maladie obligatoire.



Le saviez-vous ?

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.

Le coût de la mesure pour les 18-25 ans est de **21 millions d'euros par an.**

Consultation de prévention

La prise en charge intégrale de la consultation de prévention en matière de santé sexuelle est élargie à tous les assurés de moins de 26 ans.

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.



Généralisation d'expérimentations

- ✓ L'expérimentation « **Mission : retrouve ton cap** » pour la **prévention de l'obésité infantile**, mise en œuvre depuis 2017 pour les enfants de 3 à 8 ans, est généralisée pour les enfants de 3 à 12 ans. Le dispositif consiste en un accompagnement personnalisé et pluridisciplinaire (diététique, psychologique et d'activité physique) en coordination avec des structures adaptées.
- ✓ L'expérimentation « **Au labo sans ordo** », qui permet le **dépistage du VIH en laboratoire de biologie médicale** sans ordonnance, est également généralisée.

Prolongation d'expérimentations

- ✓ Le **dispositif de répit du proche aidant**, par l'intervention continue d'un professionnel unique, à domicile ou en lieu de séjour, **est prolongé jusqu'au 31 décembre 2023**.
- ✓ L'expérimentation concernant les **transports sanitaires urgents préhospitaliers** est prolongée. Lancée au 1^{er} janvier 2012 à la demande du SAMU, pour une période de dix ans, elle a pour objectif d'améliorer la qualité et l'efficacité de l'offre de transports sanitaires urgents en région.

Nouvelles expérimentations

- ✓ La loi prévoit d'expérimenter pour une durée de **3 ans dans 6 départements l'accès direct, sans prescription, à certains auxiliaires médicaux (soins de kinésithérapie et soins orthophoniques), exerçant dans une structure de soins coordonnés**.

Un bilan et un compte rendu des soins réalisés devront être 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.

- ✓ **Les infirmiers** en pratique avancée **peuvent réaliser à titre expérimental**, dans 3 régions, **certaines prescriptions soumises à prescription médicale** dont la liste est fixée par décret.

Télésurveillance médicale



Prise en charge de la télésurveillance

La loi prévoit de définir le modèle de prise en charge de la télésurveillance dans le droit commun (périmètres des activités, modalités d'évaluation, formes de financement).

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

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

MESURE 24

ASSURER LE DÉVELOPPEMENT DE LA TÉLÉSANTÉ DANS 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 ETAPES (expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé).

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
- Prothèses cardiaques implantables

(LFSS 2018 fin des expérimentations au 31 décembre 2021)

L'entrée en vigueur du remboursement de droit commun de la télésurveillance sera fixée par décret au plus tard le 1^{er} juillet 2022.



Médicaments, dispositifs médicaux et aides techniques

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

La LFSS 2022 facilite l'accès à certains traitements, médicaments et dispositifs médicaux :



Le saviez-vous ?

- ✓ Elle permet 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.
- ✓ Elle facilite l'accès à des médicaments et dispositifs médicaux onéreux à l'hôpital (préparations spéciales, préparations magistrales...).
- ✓ Elle augmente également le taux de recours aux **médicaments biosimilaires** (elle élargit 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).

Les dépenses de l'Assurance maladie obligatoire relatives aux produits de santé devraient augmenter de 1 milliard d'euros en 2022.

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.

Expérimentation sevrage tabagique

L'expérimentation de la prise en charge par l'Assurance maladie, sans prescription, des traitements de sevrage tabagique (substituts nicotiques) dispensés par les pharmaciens d'officine est prévue pour une durée de 2 ans dans trois régions.

Un décret précise les modalités de mise en œuvre (traitements concernés, honoraires de dispensation...) et les territoires concernés. Un rapport d'évaluation sera réalisé par le Gouvernement au terme de l'expérimentation et transmis au Parlement.

Amélioration de l'accès aux aides techniques pour les personnes en situation de handicap ou âgées

L'objectif est de permettre des évolutions concrètes dans les modalités de prise en charge des aides techniques afin d'en faciliter leur accès.

Certaines aides, dont l'intérêt médical est reconnu, pourraient être inscrites sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) et directement remboursées par l'Assurance maladie. La participation de l'assuré pour ces aides techniques inscrites à la LPPR pourrait être supprimée.

Les établissements de santé



La réforme du ticket modérateur hospitalier

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 ticket modérateur	Activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO)	Activités de psychiatrie	Activités de soins de suite et de réadaptation (SSR)
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 2023

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

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

GHS : groupe homogène de séjours.

Le forfait patient urgences

Afin de simplifier la facturation des soins, la LFSS pour 2021 prévoyait la mise en place d'un **forfait patient urgences** (FPU) dû par l'ensemble des patients, pour **chaque passage aux urgences** non suivi d'une admission au sein de services hospitaliers.

Cette participation a pour objectif de **remplacer l'actuel ticket modérateur** qui représente **la part restant à la charge du patient** après le remboursement de l'Assurance maladie. Pour rappel, le ticket modérateur s'élève à 30 % du coût des soins pour un passage aux urgences ne nécessitant pas d'hospitalisation ou à 20 % du coût si le patient est hospitalisé.

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

Le FPU, comme cela était le cas pour le ticket modérateur, est **pris en charge par l'organisme de complémentaire santé** de l'assuré ou par lui-même s'il n'est pas couvert par un contrat santé.

Prise en charge au titre des contrats responsables

Tarif nominal

19,61 €

Tarif minoré

8,49 €

(Patients en affection de longue durée, patients en accident de travail / maladie professionnelle (AT/MP < 2/3))

Cas d'exonération pour le FPU :

- Femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse.
- Nourrissons dans les 30 jours qui suivent la naissance.
- Titulaires d'une pension d'invalidité.
- Bénéficiaires 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.

Arrêté du 17 décembre 2021 relatif aux montants du forfait patient urgences prévu à l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale (JO n°0302 du 29/12/2021).



La complémentaire santé solidaire



Faciliter l'accès à la complémentaire santé solidaire (CSS) pour les bénéficiaires des minimas sociaux afin de lutter contre le non-recours

1^{er} janvier 2022

Bénéficiaires du RSA (revenu de solidarité active)

- Accès automatique à la CSS sans participation financière, sauf opposition de leur part.
- Objectif 2025 : 95 % de taux de recours pour les nouveaux bénéficiaires.

1^{er} avril 2022

Bénéficiaires de l'ASPA (allocation de solidarité aux personnes âgées)

- Accès facilité à la CSS sans participation financière, avec une présomption de droits à la CSS.
- Objectif 2025 : 75 % de taux de recours pour les nouveaux bénéficiaires.

Date fixée par décret et
au plus tard le 1^{er} janvier 2023

Résiliation en cours de droit

Autorisation de résiliation sans frais et en cours de droit de la CSS auprès de l'organisme gestionnaire pour tous les bénéficiaires de la CSS (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 de l'Assurance maladie complémentaire, avancée par l'Assurance maladie obligatoire dans le cadre du tiers payant intégral coordonné, soit réalisée directement par la Caisse nationale d'Assurance maladie.

Protection sociale complémentaire de la fonction publique

Protection sociale complémentaire de la fonction publique

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

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



Alignement sur le régime fiscal et social existant dans le secteur privé

- Les remboursements de la cotisation santé versés aux agents publics de l'État et aux militaires, pendant la période transitoire, bénéficient aussi 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

Prolongation des dispositifs relatifs à la crise sanitaire

La loi a rendu possible la prolongation des dispositifs relatifs à la crise sanitaire. Cette disposition permet au Gouvernement de déroger aux règles de prise en charge de droit commun sans consultation :

- des divers frais de santé,
- des conditions de versement des prestations en espèces attribuées en cas d'incapacité de travail,
- des conditions d'application du complément employeur.



Jusqu'à une date
fixée par décret et au
plus tard jusqu'au
31 décembre 2022

Les mesures pour les indépendants



La protection sociale des travailleurs indépendants

- ✓ **La LFSS 2022 permet la compensation de la baisse éventuelle des indemnités journalières des travailleurs indépendants** occasionnée par la réduction des revenus qu'ils ont subie 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.
- ✓ **La loi prévoit le maintien des droits aux prestations en espèces de l'assurance maladie-maternité-invalidité-décès** aux assurés et notamment aux chômeurs indemnisés qui reprennent une activité professionnelle indépendante et s'ouvrent de nouveaux droits aux indemnités journalières mais dont l'indemnité est nulle ou faible.



- ✓ **Une meilleure protection du conjoint collaborateur est mise en place :**
 - Le statut de conjoint collaborateur du chef d'entreprise artisanale, commerciale ou libérale est étendu à la personne avec laquelle ce dernier vit en concubinage.
 - Le mode de calcul des cotisations sociales pour les conjoints collaborateurs y compris pour les conjoints de micro-entrepreneurs est simplifié.
- ✓ Le congé paternité est étendu aux conjoints collaborateurs des professions libérales.
- ✓ **De nouvelles mesures pour les travailleurs des plateformes de mobilité sont également mises en place. L'objectif est de renforcer la capacité de ces plateformes à financer une couverture complémentaire santé à compter du 1er janvier 2023.**

Elles pourront proposer 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.

Les plateformes ont désormais la possibilité d'opter pour le régime général de la Sécurité sociale lorsque le volume de leur activité et les recettes générées sont très réduits.

Au plus tard le 31 janvier 2022, le Gouvernement remettra au Parlement un rapport sur l'amélioration de la couverture sociale contre le risque d'accident du travail et de maladie professionnelle des travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 7342-8 du code du travail.



Le saviez-vous ?

La possibilité d'exercer sous le statut de conjoint collaborateur sera limitée à cinq années.

Séjour de la santé



Séjour 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) bénéficient également de la mesure de revalorisation salariale depuis le **1^{er} janvier 2022 soit 183 € nets mensuels**.

L'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) 2022 intègre 2,7 milliards d'euros de financements supplémentaires au titre du Séjour par rapport à 2021.

Total des dépenses pour le Séjour (ONDAM 2022) : 12,5 milliards d'euros.

Centres de santé

Centres de santé

Renforcer les contrôles sur les centres de santé dentaire ou ophtalmologique

Afin de **lutter contre les détournements du modèle des centres de santé spécialisés**, la loi a pour objectif d'arrêter le conventionnement d'office de ces centres avec l'Assurance maladie et de mieux encadrer leur fonctionnement pour mettre fin aux pratiques frauduleuses.



Pour cela, elle prévoit l'**application de tarifs d'autorité** si les centres ne sont pas adhérents à l'accord national. **Des sanctions financières** sont également prévues par l'Agence régionale de santé (ARS). Les recettes de ces sanctions seront affectées à la caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM), afin de permettre une continuité de traitement pour les victimes de préjudices résultant des pratiques déviantes dénoncées.

Autonomie



Favoriser le maintien à domicile

- ✓ **Un tarif plancher national** à hauteur de 22 € par heure pour les **SAAD** (services d'aide et d'accompagnement à domicile) est instauré depuis le 1^{er} janvier 2022.
- ✓ **Une refonte de la tarification des SSIAD** (services de soins infirmiers à domicile) est prévue pour 2023.

Le **versement d'un financement complémentaire** aux services dispensant ces deux prestations est **généralisé**. Ces mesures seront **financées par la branche autonomie** à hauteur de 250 millions d'euros en 2022 et à hauteur de 390 millions d'euros en 2025.

Transformer le modèle de l'EHPAD

La loi prévoit la possibilité pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) d'exercer une mission de « **centre de ressources territorial** ». La mise en œuvre de cette nouvelle mission doit contribuer à l'émergence de l'« **EHPAD de demain** ». Les EHPAD concernés bénéficieront de **financements spécifiques de la branche autonomie** à hauteur de 20 millions d'euros en 2022 et de 80 millions d'euros d'ici 2025. Il est également prévu d'augmenter, dès 2022, le nombre de postes dans les établissements, l'objectif est d'atteindre **10 000 postes supplémentaires d'ici 5 ans**.

Renforcer le pilotage national de la branche

Pour renforcer le pilotage national de la branche autonomie, un système d'information unique est créé. Il doit contribuer à faciliter les démarches des usagers et de leurs aidants.

Objectif de dépenses de la branche autonomie

L'objectif de dépenses de la branche autonomie est fixé à 34,2 milliards d'euros pour 2022 (+6,1 % par rapport à 2021).

Les financements proviendront de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) et de la contribution sociale généralisée (CSG) à hauteur de 1,93 point (28,3 milliards d'euros) en plus de la fraction de la taxe sur les salaires (600 millions d'euros).

La loi précise également qu'en 2022, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), financera la prestation de compensation du handicap (PCH) parentalité.

En 2024, la fraction de la contribution sociale généralisée (actuellement affectée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale) sera augmentée de 0,15 point.

Autres mesures



Aides sociales et fiscales aux services à la personne

La perception des aides applicables au secteur des services à la personne est rendue immédiate 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'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou de la prestation de compensation du handicap (PCH) sera envisageable à compter de 2023, en partenariat avec les conseils départementaux en charge de ces prestations.

Renforcement du dispositif d'indemnisation du congé proche aidant

Les modalités de ce renforcement seront fixées par décret. L'objectif étant d'élargir le champ du bénéfice de l'AJPA (allocation journalière proche aidant) dans les cas suivants :

- aux proches aidants de personnes dont le handicap ou la perte d'autonomie peuvent, sans être d'une particulière gravité, nécessiter une aide régulière de la part d'un proche, en particulier aux aidants de personnes âgées classées en GIR 4* (groupe iso-ressources) et bénéficiaires de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie),
- aux proches aidants de personnes invalides ou bénéficiaires de rentes d'accident du travail et de maladie professionnelle et bénéficiaires à ce titre de la majoration pour tierce personne ou de la prestation complémentaire de recours à une tierce personne (et qui ne peuvent accomplir seuls certains actes de la vie quotidienne),
- pour les dispositions relatives au « don de congé » entre salariés d'une entreprise pour s'occuper d'un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

Afin de renforcer l'attractivité du congé proche aidant et du congé de présence parentale, il est prévu de revaloriser au niveau du Smic le montant de l'allocation journalière du proche aidant (AJPA) et de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP).

Enfin, le bénéfice de l'AJPA et de l'AJPP sera ouvert aux conjoints collaborateurs d'une exploitation agricole ou d'une entreprise artisanale, commerciale, libérale ou agricole.

Cancers féminins : vers une prise en charge des conséquences sur la sexualité

Les cancers féminins et leurs traitements peuvent avoir des conséquences sur la sexualité. Ces effets peuvent être temporaires ou plus pérennes, comme lorsqu'ils provoquent la ménopause chez la femme.

Aujourd'hui, le traitement proposé, et remboursé par la Sécurité sociale, est généralement un traitement hormonal de substitution qui ne peut être prescrit à toutes les femmes, en particulier celles ayant souffert d'un cancer hormono-dépendant.

Les femmes victimes d'un cancer peuvent utiliser des traitements locaux alternatifs, sans hormones, mais ceux-ci ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale.

Pour répondre à cet enjeu, **la LFSS prévoit, avant le 1^{er} septembre 2022, la remise d'un rapport par le Gouvernement au Parlement, sur l'ouverture du remboursement par la Sécurité sociale des traitements** (solutions thérapeutiques non-hormonales) favorisant le retour à une vie sexuelle normale des femmes à la suite d'un cancer hormono-dépendant ou de la zone pelvienne.





Document imprimé en France



GROUPE
vyv
Entrepreneur du
mieux-vivre



Groupe VYV, Union Mutualiste de Groupes soumise aux dispositions du Code de la mutualité, n° Siren 532661832, n° LEI 96950E016R1LL14UF62.
Siège social: Tour Montparnasse - 33, avenue du Maine - BP 25 - 75735 Paris Cedex 13.
© Gettyimages