



GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

PLFSS

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT
DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE

2021

29 SEPTEMBRE 2020

Dossier de presse

Sommaire

Sommaire	3
Edito.....	5
Mettre en œuvre les engagements du Ségur de la santé	9
Revaloriser les salaires des personnels hospitaliers et des EHPAD.....	9
Investir dans la santé	11
Faire évoluer les modes de financement de l'hôpital.....	14
Poursuivre les innovations organisationnelles.....	15
Répondre à la crise sanitaire	18
Un soutien financier massif.....	18
Une contribution des organismes complémentaires au financement de la crise sanitaire et une mobilisation des réserves de quelques régimes spéciaux d'assurance maladie	20
La protection des personnes fragiles	20
Une provision dans l'ONDAM 2021 au titre des tests, vaccins et masques.....	21
La mise en œuvre des dispositifs récents de soutien aux entreprises du fait de la crise.....	22
Elargir le champ de la sécurité sociale.....	25
Une nouvelle étape dans la politique de soutien à l'autonomie avec la création d'une 5ème branche de la sécurité sociale	25
L'allongement du congé paternité.....	29
La revalorisation de l'allocation supplémentaire d'invalidité et son financement par la sécurité sociale.....	31
Poursuivre les mesures de simplification et d'accès aux soins pour les assurés sociaux	32
La refonte des modalités d'accès et de prise en charge des nouveaux médicaments innovants	32
Le renforcement de l'encadrement de la qualité des prestataires de services et distributeurs de matériel médical	36
Le renforcement de la démocratie sociale en santé	36
Les simplifications des procédures déclaratives de revenus.....	37
Les simplifications administratives.....	38

**La nécessité de rétablir la soutenabilité financière de la sécurité sociale,
fortement impactée par la crise.....40**

Une progression des dépenses d'assurance maladie sans précédent pour
répondre aux besoins exceptionnels de la crise et aux décisions structurelles en
faveur du secteur hospitalier 40

Un objectif de soutenabilité financière qui doit perdurer..... 42

Edito



Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2021 constitue l'un des exercices les plus singuliers depuis la création du PLFSS en 1996, tant au vu de la crise sanitaire et de son impact sur les finances sociales qu'en raison des transformations structurelles qu'il porte.

Comme s'y était engagé le Président de la République, les mesures mises en place ont permis d'amortir fortement les conséquences de la crise sanitaire sur le niveau de vie des Français et l'activité des— entreprises, dans un contexte marqué par des mesures exceptionnelles prises pour protéger la vie de nos concitoyens.

Le Gouvernement a également agi sans hésitation pour couvrir les surcoûts et les pertes de recettes de nos établissements de santé et de nos établissements pour personnes âgées. Peu de pays à travers le monde ont mis en place de telles garanties, qui sont à l'image de notre système social : protectrices et solidaires. Elles nous permettent de protéger nos concitoyens au moment où ils en ont le plus besoin.

Mais le PLFSS que nous présentons est également un engagement d'avenir. La crise doit nous inciter à aller de l'avant, en consolidant et modernisant notre système de protection sociale.

Le premier engagement traduit par ce projet de loi, c'est celui du Ségur de la santé qui trouvera dès cette année son inscription dans la loi, avec des revalorisations salariales historiques qui rendront aux métiers concernés leur dignité et leur attractivité, un investissement massif dans l'immobilier, les équipements et le numérique qui fait partie intégrante du plan de relance engagé par le Gouvernement. Cet effort inédit dans notre système de santé constitue une formidable opportunité pour accélérer et approfondir la transformation de notre système de santé déjà initiée par Ma santé 2022.

Autre grand défi de la sécurité sociale, la cinquième branche dédiée à l'autonomie, que le PLFSS pour 2021 matérialise pour la première fois. Attendue de longue date, cette réforme amorce un changement dans la conception de la politique de l'autonomie : bénéficiant de recettes qui lui sont propres, la politique de l'autonomie fera désormais l'objet d'une discussion annuelle dans le

cadre de l'examen des lois de financement de la sécurité sociale. C'est sur ces fondations nouvelles que le projet de loi sur le grand âge et l'autonomie, qui sera présenté dans les mois à venir, viendra fixer les contours de l'ambition nationale pour la politique du grand âge.

Le PLFSS pour 2021 consacre enfin l'égalité des femmes et des hommes dans l'accueil de l'enfant à la naissance. Il propose de doubler la durée du congé de paternité et d'accueil du jeune enfant qui passera ainsi à un mois. Cette avancée sociale majeure fera de la France un pays en pointe dans le soin porté à l'enfant dans les premiers âges de la vie, tout en répondant à une aspiration forte des parents.

Dans le même temps, nous devons plus que jamais inscrire les finances sociales dans une trajectoire de retour à l'équilibre qui ne fasse pas durablement reposer sur les générations futures le poids des déséquilibres d'aujourd'hui. Nous avons pris nos responsabilités à chaque instant depuis le début de cette crise. Le remboursement de notre dette sociale est sécurisé par le prolongement de la CADES jusqu'en 2033.

La sortie de crise sera un rendez-vous important pour garantir la pérennité du financement de notre protection sociale. Nous ne pourrions pas faire l'impasse d'une nécessaire maîtrise de nos dépenses, avec un renouvellement et un renforcement de nos outils de régulation. Le rapport confié au Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie sur la rénovation de l'ONDAM en est une première étape pour ce qui concerne la santé. Les enjeux de pertinence, de gains d'efficacité, et de lutte contre la fraude seront centraux dans cette rénovation.

Bruno Le Maire, Ministre de l'économie, des finances et de la relance

Olivier Véran, Ministre des solidarités et de la santé

Olivier Dussopt, Ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la relance, chargé des Comptes publics

Brigitte Bourguignon, Ministre déléguée auprès du ministre des solidarités et de la santé, chargée de l'Autonomie

Adrien Taquet, Secrétaire d'Etat auprès du ministre des solidarités et de la santé, chargé de l'enfance et des familles

LES MESURES PHARES DU PLFSS 2021

Gérer la crise sanitaire, adapter notre système de santé, octroyer de nouveaux droits sociaux



1 INVESTIR DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

- 183€ de plus chaque mois pour les personnels des établissements de santé et de EHPAD
- 19Md€ de soutien à l'investissement
- Un système de financement des établissements de santé qui évolue
- Des organisations innovantes : maisons de naissance, hôtels hospitaliers



2 PROTÉGER DU COVID

- Des financements inédits : 9,8Md€ en 2020 et 4,3Md€ en 2021 de crédits supplémentaires d'assurance maladie pour la gestion de crise
- Des aides massives d'exonérations et de reports de cotisation sociales pour soulager les entreprises victimes du choc économique



3 CONFORTER UN NOUVEAU RISQUE DE SÉCURITÉ SOCIALE : LA PERTE D'AUTONOMIE

- Un financement autonome et solidaire
- Un débat démocratique annuel sur les politiques de soutien à l'autonomie
- Un cadre organisationnel pour préparer les mesures du plan grand âge et autonomie



4 ALLONGER LE CONGÉ PATERNITÉ

- Un mois de congé paternité contre 14 jours actuellement
- Obligatoire pendant 7 jours immédiatement après la naissance
- Un allongement pris en charge par la sécurité sociale



5 FAVORISER L'ACCÈS AUX MÉDICAMENTS INNOVANTS

- Des règles plus simples pour autoriser les médicaments innovants
- Des exigences de qualité pour les prestataires de service et distributeurs de matériel médical

Mettre en œuvre les engagements du Ségur de la santé

Les points clés

- **Revalorisation des salaires** des personnels hospitaliers et des EHPAD : **8,8 Md€** ajoutés à la trajectoire de l'ONDAM pour 2020 – 2023
- **Un ONDAM en hausse de 6% en 2021** hors crédits crise COVID
- **Plan massif d'investissement** contribuant au plan de relance en faveur des établissements de santé et médico-sociaux : **19 Md€**
- Poursuite de la réforme de la tarification hospitalière
- Expérimentation sur 5 ans d'un **modèle mixte de financement populationnel des activités de médecine**
- Poursuite du **développement de la télémédecine** avec, pendant 2 ans, la prise en charge intégrale des actes de téléconsultation
- **Déploiement des maisons de naissance**, lieux d'accompagnement faiblement médicalisés et personnalisés des femmes enceintes et de leur bébé
- **Soutien au développement des hôtels hospitaliers**

Revaloriser les salaires des personnels hospitaliers et des EHPAD

Le PLFSS 2021 prévoit les dispositions législatives et les financements nécessaires à la mise en œuvre des revalorisations d'une ampleur inédite pour les personnels des établissements de santé et des établissements d'accueil pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) prévues dans les accords du Ségur signés en juillet dernier.

Ces revalorisations salariales se traduisent dès septembre 2020 par une augmentation du salaire net de l'ensemble des personnels des établissements de santé et des EHPAD de 90€¹ par mois, suivie d'une seconde revalorisation de 93€ par mois en mars 2021.

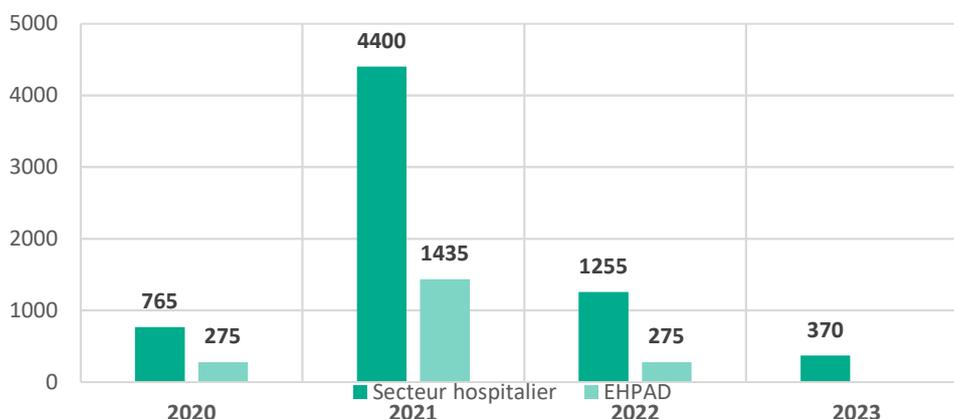
Cette mesure socle s'accompagnera de revalorisations par filières d'activité, d'un investissement pour l'attractivité de l'hôpital public pour les praticiens hospitaliers, des revalorisations des indemnités de stage et des émoluments d'internat ainsi que de la revalorisation des gardes pour les internes.

Ce sont au total, 8,8 Md€ supplémentaires² qui sont intégrés dans la trajectoire de l'ONDAM pour la période 2020-2023 au titre de ces revalorisations, dont 1 Md€ dès 2020 et **5,8 Md€ supplémentaires dans l'ONDAM 2021**. L'impact pour les finances publiques est évalué à 4,6 Md€ au total pour la période 2020-2023 compte tenu des impacts en recettes du fait du surcroît de cotisations sociales.

¹ 80€ pour les salariés du secteur privé lucratif

² Par rapport au dossier de presse du Ségur, ce montant a été revu à la hausse d'environ 0,6 Md€ pour neutraliser l'impact à la baisse des revalorisations sur les allègements de charge dont bénéficient les établissements privés lucratifs et non lucratifs. Ces mouvements sont neutres au point de vue des comptes, les cotisations supplémentaires ainsi versées constituant à due concurrence des recettes des branches de la sécurité sociale.

Chronique 2020-2023 des mesures nouvelles RH Ségur



Au-delà de sa traduction budgétaire dans la trajectoire financière des régimes de sécurité sociale et de l'ONDAM, un article du PLFSS 2021 vise spécifiquement à mettre en œuvre juridiquement la revalorisation en créant le complément de traitement indiciaire (CTI) pour les personnels concernés (fonctionnaires, agents contractuels de droit public, militaires et certains ouvriers de l'Etat) des trois versants de la fonction publique (fonction publique hospitalière, territoriale, de l'Etat) : ce sont plus de 973 000 personnes qui bénéficieront de cet élément de rémunération supplémentaire qui s'ajoute à ceux déjà existants (traitement principal, primes et indemnités).

Personnels bénéficiaires du CTI	Effectifs
Personnels de la fonction publique hospitalière en établissement public de santé	765 318 agents
Personnels de la fonction publique hospitalière en EHPAD	172 479 agents
Personnels de la fonction publique territoriale en EHPAD	29 991 agents
Personnels relevant du ministère des Armées	5 828 agents

Ce complément de traitement indiciaire sera versé aux personnels exerçant leurs fonctions au sein de certains établissements publics de santé, établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ou établissements de santé relevant du ministère des Armées. Il sera versé, à titre rétroactif, à compter du 1^{er} septembre 2020. A cette date, il s'élèvera à 24 points d'indice (90€ nets mensuels). Il sera revalorisé au 1^{er} mars 2021 pour atteindre 49 points d'indice (183€ nets mensuels).

Ce complément de traitement indiciaire sera particulièrement favorable aux personnels concernés, dans la mesure où il sera pris en compte au même titre que le traitement indiciaire principal pour la retraite, et procurera un supplément de pension s'ajoutant à la pension liquidée.

S'agissant du cas particulier des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), quel que soit leur statut, public ou privé, la mesure prévue en

PLFSS permet la prise en charge par la nouvelle branche autonomie de la sécurité sociale du coût de ces revalorisations, et ce pour l'ensemble des personnels, y compris ceux financés par la section dépendance et la section hébergement. Cette décision vise à ne pas alourdir le tarif hébergement à la charge des résidents, ni les charges des départements qui financent la section dépendance des EHPAD.

Ces revalorisations salariales constituent un levier très important pour permettre aux établissements non seulement d'améliorer leur attractivité mais également d'engager des réflexions visant à transformer et à adapter leur organisation. Les établissements se verront par exemple donner davantage de marges de manœuvres pour aménager et adapter l'organisation du temps de travail à leur niveau, au travers d'accords locaux qui pourront notamment porter sur les heures supplémentaires ou l'annualisation du temps de travail et le forfait jour. L'intéressement collectif des équipes permettra également de valoriser les projets conduits.

Investir dans la santé

Le PLFSS pour 2021 traduit à la fois l'engagement du Président de la République d'un plan massif d'investissement pour l'hôpital et les conclusions du Ségur de la santé élargissant cet effort massif aux établissements médico-sociaux et ainsi qu'au numérique en santé.

Il matérialise ainsi le plan de 19Md€ prévu dans les conclusions du Ségur visant à redonner aux établissements de santé et médico-sociaux les marges financières nécessaires à l'investissement, notamment du quotidien et pour améliorer les conditions de travail. Ce plan repose sur deux piliers :

- La mobilisation de crédits d'un montant équivalent au refinancement d'un tiers de la dette des établissements assurant le service public hospitalier (soit 13 Md€), qui concrétise l'annonce du Premier Ministre de novembre 2019 ;
- Un programme d'aides à l'investissement en santé d'un montant total de 6 Md€ concernant les établissements de santé, les établissements médico-sociaux et le numérique.

Son schéma de gouvernance reposera largement sur le niveau régional et la participation des territoires - et de leurs élus - dans la prise de décision.

Financer un tiers de la dette des établissements participant au service public hospitalier

Le PLFSS pour 2021 concrétise l'engagement du Gouvernement de novembre 2019 d'aider à hauteur d'un tiers de leur dette agrégée les établissements participant au service public hospitalier, qui a été réaffirmé dans les conclusions du Ségur de la santé.

Un programme de financement nouveau d'un montant de 13 Md€, équivalent à environ un tiers de la dette constatée au 31 décembre 2019, sera versé aux établissements concernés sur une durée maximale de 15 années. Cet apport massif de financements nouveaux leur redonnera notamment les marges financières nécessaires à l'investissement du quotidien et améliorera les conditions de travail (pose de rails d'hôpital, achat de matériel...).

Ce programme de financement se fixe ainsi un double objectif :

- L'assainissement de la situation financière des établissements de santé concernés et la sécurisation de leur investissement, en particulier courant ;
- L'accompagnement de la transformation de l'offre de soins portée par les établissements assurant le service public hospitalier et l'amélioration de la réponse aux besoins de la population sur leur territoire. Le programme de financement permettra aux établissements d'investir pour améliorer leur organisation, pour moderniser le fonctionnement des services, pour adapter leurs fonctionnements et générer des gains d'efficience.

Le versement de ces dotations nouvelles interviendra après la signature d'un contrat entre l'ARS et l'établissement bénéficiaire, précisant les objectifs et charges qu'elles permettront de financer.

Les financements versés aux établissements dans ce cadre seront constitués de deux parts :

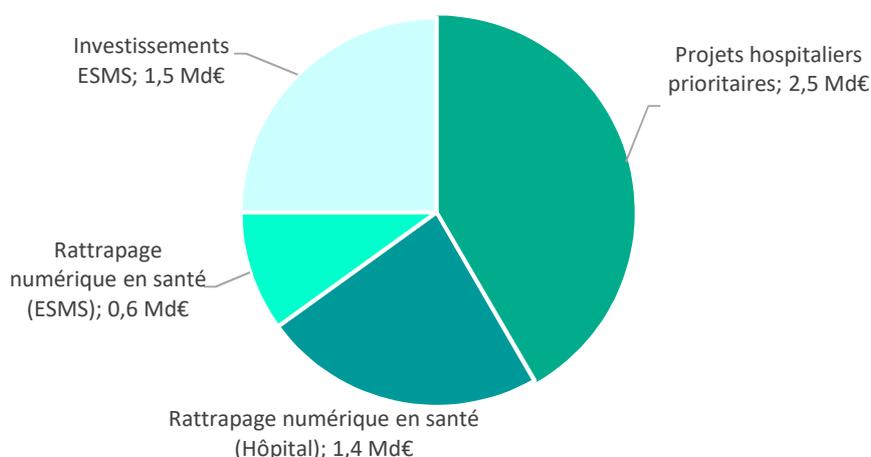
- Une part socle qui représentera au total 20% des 13 Md€, fléchée par l'échelon national selon des critères qui seront précisés par décret, après concertations avec les acteurs hospitaliers ;
- Une part modulable qui représentera au total 80% des 13 Md€ et qui sera attribuée aux établissements bénéficiaires par les ARS dans le cadre de l'enveloppe régionale qui leur aura été allouée et à l'issue du processus de contractualisation qu'elles piloteront à l'échelle territoriale.

Déployer un plan massif d'investissement de 6 milliards d'euros

Le plan d'investissement de 6 Md€, complémentaires au soutien de 13Md€ auprès des établissements de santé endettés, contribue au plan de relance de 100Md€ pour relancer l'économie. Il doit permettre de financer trois grandes priorités du Ségur de la santé :

- Les projets hospitaliers prioritaires et les investissements ville – hôpital à hauteur de 2,5 Md€ engagés sur 5 ans, soit 500 M€ dès 2021, afin de relancer l'investissement structurant et poursuivre la modernisation des établissements de santé ;
- Le rattrapage du retard sur le numérique en santé à hauteur de 1,4 Md€ sur 3 ans :
 - 800 M€ pour l'intégration des prérequis techniques pour la modernisation, l'interopérabilité, la réversibilité et la sécurité des SI de santé ;
 - 400 M€ pour le soutien à la circulation des données de santé ;
 - 200 M€ sur 3 ans pour renforcer les équipes numériques et les prestations d'accompagnement au sein des opérateurs concernés (p.ex. l'agence du numérique en santé (ANS) et la CNAM).
- La transformation, la rénovation et l'équipement dans les établissements médico-sociaux à hauteur de 2,1 Md€ sur 5 ans :
 - 1,5 Md€ destinés à transformer les établissements les plus vétustes, dont 300 M€ en 2021 ;
 - 600 M€ destinés à l'équipement numérique, dont 100 M€ en 2021.

Décomposition des 6Md€ investissements Ségur



Se doter d'un outil de gouvernance et pilotage budgétaire pour la modernisation et l'investissement en santé

Afin de permettre d'allouer les crédits de ce plan d'investissement massif de manière transversale et de financer des projets intégrés ville-hôpital-médico-social, il est prévu dans le PLFSS la mise en place d'un nouveau fonds transversal pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS). Ce fonds résulte de la transformation de l'actuel fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Le FMIS voit son champ élargi à de nouveaux bénéficiaires (établissements médico-sociaux, structures d'exercice coordonné en ville) et ses sources de financement sont ouvertes à la nouvelle branche autonomie de la sécurité sociale pour que celle-ci trouve toute sa place dans la mise en œuvre du plan d'investissement issu du Ségur. Le fonctionnement et les modalités de délégation des crédits issus du fonds restent inchangés.

Le fonds pour la modernisation et l'investissement en santé complète la rénovation de la gouvernance des investissements dans le champ sanitaire annoncée dans les conclusions du Ségur de la santé avec la création du comité national d'investissement en santé (CNIS).

Le CNIS fixera les grandes orientations nationales pour l'investissement, préconisera les critères de répartition d'enveloppes financières dédiées à l'investissement entre les régions et dialoguera avec les ARS sur leur politique régionale d'investissement. Il étudiera avec elles les projets hospitaliers les plus complexes ou d'un montant supérieur à 100M€ HT toutes dépenses confondues ou presque intégralement financés par des financements nationaux. Il s'appuiera sur un conseil scientifique et technique qui devra produire des recommandations et des éléments de méthode, et déterminer des critères plus individualisés d'appréciation des projets.

Ce soutien massif à l'investissement et articulé autour de de priorités claires permettra de donner un nouveau souffle et une nouvelle direction aux projets pour investir au plus près des besoins des territoires et améliorer l'efficacité des organisations en les adaptant aux nouveaux besoins.

Le numérique : accélérer son déploiement au service de la santé

La crise que nous traversons a mis en lumière les bénéfices du numérique dans un monde en pleine transformation. La médecine est entrée dans une ère connectée, le nombre de téléconsultations a été multiplié par 100 au mois d'avril 2020. Le numérique vient enrichir les parcours de soins sans pour autant se substituer aux pratiques existantes : la prise de RDV en ligne, la téléconsultation, le suivi à distance, les résultats d'examens sur son smartphone sont autant d'usages que les Français ont massivement adoptés ces derniers mois.

Ces nouveaux usages se confrontent aussi à une réalité : notre système numérique doit se moderniser pour accompagner cette transformation. L'identifiant national de santé, permettant à chaque citoyen d'avoir une identité numérique unique, en est encore qu'au début de son déploiement. Les résultats d'examens sont très souvent encore fournis sur papier. La majorité des citoyens ne dispose pas encore d'un dossier médical partagé permettant de gérer de manière sécurisée ses données de santé.

Le Ségur de la santé vient renforcer le déploiement des services numériques socles et nécessaires aux usages numériques de demain. En complément de l'Espace Numérique de Santé qui permettra à chaque citoyen d'être acteur de sa santé à partir du 1er Janvier 2022, le Ségur met en place des mesures d'accélération permettant de mettre à jour les logiciels des professionnels et des établissements de santé afin qu'ils puissent alimenter le dossier médical partagé du patient.

Des incitatifs forts cibleront des cas d'usage prioritaires comme le partage de l'histoire médicale du patient, les documents de sortie, les résultats de biologie et d'imagerie, afin de s'assurer de l'accès effectif du citoyen à ses données de santé et à leur partage entre professionnels. Cette accélération de la circulation des principales données du parcours de soin permettra au citoyen de souscrire demain à de nouveaux services numériques dans un cadre éthique et sécurisé.

Faire évoluer les modes de financement de l'hôpital

Poursuivre la réforme de la tarification hospitalière

Les conclusions du Ségur de la santé ont réaffirmé la nécessité d'adapter les modes de financement des activités de soins et de remplacer progressivement la tarification à l'activité par des modes de financement combinés permettant de mieux prendre en compte les besoins des territoires, la qualité et la pertinence des soins et d'assurer la convergence entre les secteurs. La feuille de route de la réforme du financement des établissements de santé engagée dès 2018 par « Ma Santé 2022 » voit son ambition renforcée et vise désormais une refonte globale des modèles de financement des établissements de santé en 2023.

L'année 2021 constituera un tournant dans la mise en œuvre de cette feuille de route avec l'entrée en vigueur de 4 réformes majeures : réformes du financement de la psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation (SSR), ainsi que de celles des urgences et des hôpitaux de proximité.

En 2020, la crise sanitaire liée à la COVID-19 a toutefois fortement perturbé le calendrier de mise en œuvre de la feuille de route. Le PLFSS pour 2021 ajuste en conséquence le

calendrier d'entrée en vigueur de plusieurs de ces réformes (soins de suite et réadaptation, hôpitaux de proximité, ticket modérateur) ou en adapte les modalités de mise en œuvre pour tenir compte de ce décalage dans le temps.

Par ailleurs, le PLFSS pour 2021 complète la réforme du **modèle de financement des structures des urgences**, introduite par l'article 36 de la LFSS pour 2020 qui prévoit à compter de 2021 un modèle de financement unique entre secteur public et privé. Il est ainsi proposé de créer une participation forfaitaire pour les patients en cas de passage aux urgences non suivi d'hospitalisation, en lieu et place du ticket modérateur proportionnel actuellement exigible. La mise en place d'un tel forfait permettra, pour le patient, de limiter les situations de reste à charge très élevé et d'améliorer la lisibilité des coûts de prise en charge et, pour les établissements, de simplifier la facturation et d'améliorer le recouvrement. Cette participation nommée Forfait Patient Urgences (FPU) serait due par tous les assurés pour chaque passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation. Les patients bénéficiant par ailleurs d'un régime d'exonération de ticket modérateur se verront appliquer un montant minoré.

Expérimenter un modèle mixte de financement populationnel des activités de médecine

Le PLFSS pour 2021 prévoit de pouvoir expérimenter un modèle mixte de financement des activités hospitalières de médecine. Cette expérimentation permettra de co-construire avec les acteurs un nouveau mode de financement de l'activité de médecine, alternatif au financement à la tarification à l'activité intégrale, **combinant à l'échelle territoriale une part de financement à l'activité, une part de financement à la qualité et une part de financement dit populationnel assis sur des critères de besoins de soins des patients du territoire**. L'objectif premier est d'affirmer la responsabilité des acteurs hospitaliers envers la population de leur territoire. L'expérimentation visera à obtenir des résultats concrets pour les patients et tout particulièrement pour les patients souffrant de pathologies chroniques. L'introduction d'une part de financement territorial populationnel, décorrélé de la production de soins, contribuera à inciter les acteurs à mettre en place une meilleure gradation de l'offre entre proximité et expertise, à renforcer le recours à l'ambulatoire et à s'engager dans des actions de prévention et de coordination permettant *in fine* d'améliorer la pertinence des soins.

Cette expérimentation sera mise en place pour une durée de cinq ans.

Dès 2021, en préfiguration du financement populationnel, les établissements de santé qui le souhaiteront pourront bénéficier d'une forme de dotation socle en lieu et place d'une partie de la tarification à l'activité pour leurs activités de médecine. Les établissements de santé qui s'engageront dans cette démarche dès 2021 devront contractualiser avec l'ARS sur des objectifs de qualité des prises en charge et de réponse aux besoins du territoire dans la perspective de participer aux travaux d'expérimentation de la dotation populationnelle.

Poursuivre les innovations organisationnelles

Inciter au développement de la télémédecine

La poursuite, pendant deux ans, de la prise en charge intégrale des actes de téléconsultation pour l'ensemble des assurés doit permettre de faciliter le recours à la

télémédecine, notamment dans les zones sous-denses où l'accès aux soins peut être d'autant plus difficile que les médecins sont peu nombreux. Cette prolongation permettra aux professionnels de santé de s'équiper des outils nécessaires à la facturation et au paiement à distance des téléconsultations, afin d'accompagner la montée en charge des téléconsultations.

Déployer des maisons de naissance, lieux d'accompagnement faiblement médicalisé et personnalisé des femmes enceintes et de leur bébé

Les attentes des femmes quant à leur accompagnement pendant la grossesse et leur accouchement évoluent, avec des aspirations en particulier en faveur d'une prise en charge plus « naturelle », davantage personnalisée et appuyée sur une sage-femme présente tout au long de leur grossesse et de leur accouchement.

Le gouvernement propose d'enrichir l'offre actuelle **en pérennisant dans le PLFSS 2021 les maisons de naissance**. Celles-ci sont des structures autonomes de suivi de la grossesse, de l'accouchement et de ses suites, sous la responsabilité exclusive des sages-femmes et qui s'adressent aux femmes sans antécédents ni comorbidités particuliers, désireuses d'un accompagnement global.

Ce nouveau dispositif a fait l'objet d'une expérimentation, de 2013 à aujourd'hui, à travers huit maisons de naissance, dont les résultats ont été positifs, tant du point de vue de la qualité et de la sécurité des soins prodigués, de l'efficacité de la prise en charge, que de la diversité d'approches ainsi apportée aux femmes et aux couples. Elles peuvent donc être développées sur le territoire pour organiser l'accès des femmes qui le souhaitent à ce type de prise en charge.

Soutien au développement des hôtels hospitaliers

Le PLFSS pour 2021 propose de soutenir le développement des hôtels hospitaliers qui permettent d'offrir un hébergement temporaire non médicalisé aux patients afin de fluidifier les prises en charge hospitalières en amont et en aval des séjours hospitaliers ou lors d'une séance de soins et de recentrer l'hôpital sur sa mission de soins. Un financement dédié est prévu afin de faciliter leur large déploiement. Cela concrétise un engagement pris dans le cadre du Ségur de la santé.

Cette mesure fait suite à un dispositif expérimental mis en œuvre dans le cadre de la LFSS pour 2015 qui a démontré l'atteinte des objectifs poursuivis en termes d'organisation des parcours et de satisfaction des patients. Les enquêtes de satisfaction menées ont mis en avant un niveau élevé de satisfaction des patients ayant bénéficié des prestations d'hébergement non médicalisé dans le cadre de leur prise en charge. Cette satisfaction de l'ordre de 90 à 95% pour une majorité des expérimentateurs se retrouve sur l'ensemble des dimensions de la mesure : accueil, information, accompagnement, prise en charge de la douleur et de l'anxiété ou encore la qualité et le confort associés à la prestation d'hébergement. Du point de vue organisationnel, si une grande majorité des établissements a fait appel à un partenaire proche géographiquement (ex. : hôtel commercial, maison d'accueil hospitalière), quelques-uns ont développé en interne des structures d'hébergement non médicalisé. Le développement des hôtels hospitaliers doit également contribuer à limiter les coûts de transports ou à réduire la durée moyenne de séjour des patients.

Tableau de synthèse sur la traduction financière du Ségur

Les piliers du Ségur de la santé :



Pilier 1 : Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent



Pilier 2 : Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service de la qualité des soins



Pilier 3 : Simplifier les organisations et le quotidien des équipes



Pilier 4 : Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers

		2020	2021	2022
Pilier 1	Revalorisation socle	1 010	4 880	510
	Attractivité (35€ net en moyenne)	0	215	525
	PM	30	310	70
	Intéressement-qualité & temps de travail	0	425	425
Pilier 2	Transformation, rénovation, équipement et rattrapage numérique en ESMS (5 ans)		400	
	Projets hospitaliers prioritaires (5 ans)		500	
	Rattrapage numérique en santé (3 ans)		510	161
	Autres		260	
Pilier 4	Mesures pilier 4		395	245
TOTAL (M€)		1 040	7 895	1 936

Tous les financements ne sont pas intégrés dans l'ONDAM (les investissements sur le secteur médico-social et ceux financés par le budget de gestion administrative de la CNAM sont hors ONDAM)

Répondre à la crise sanitaire

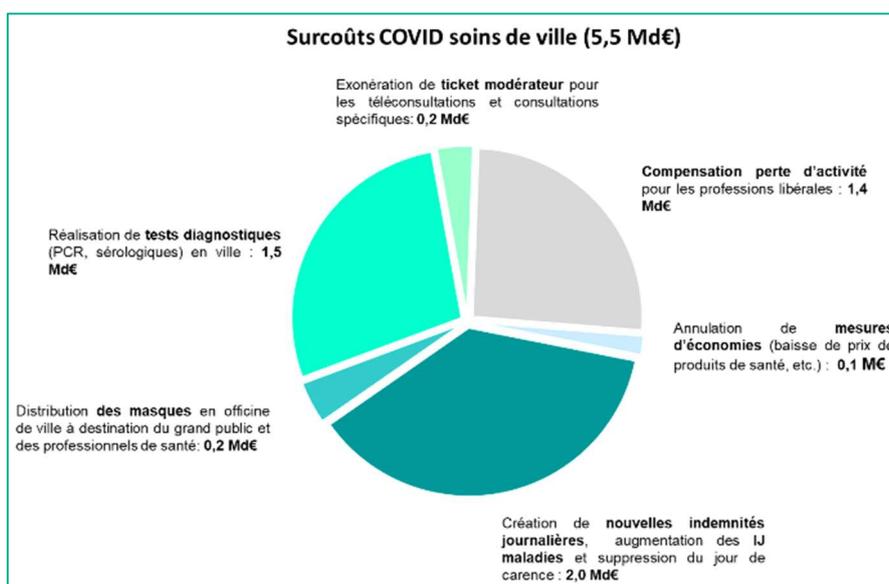
Les points clés

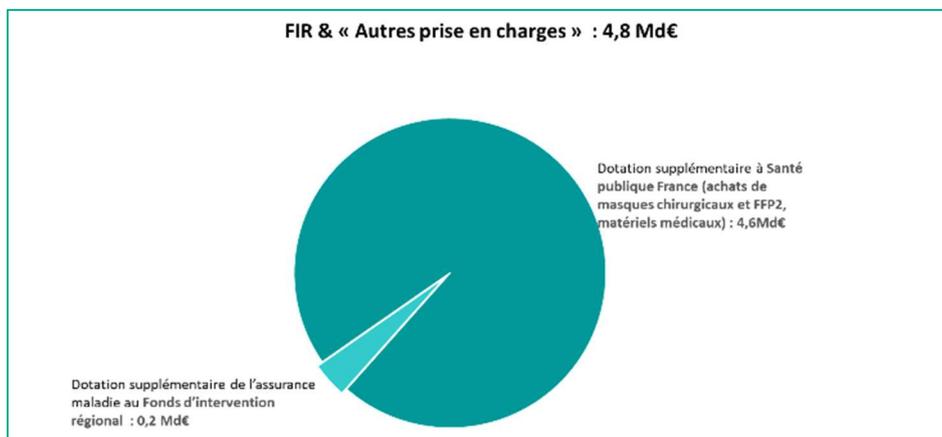
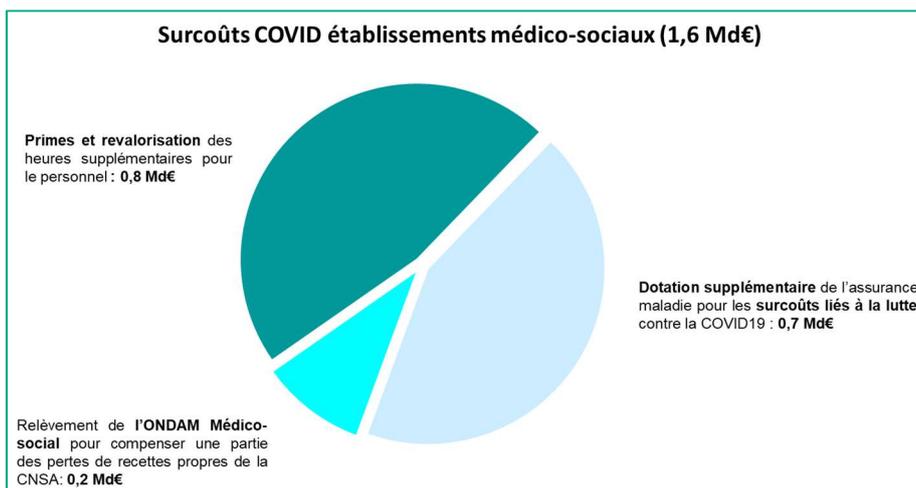
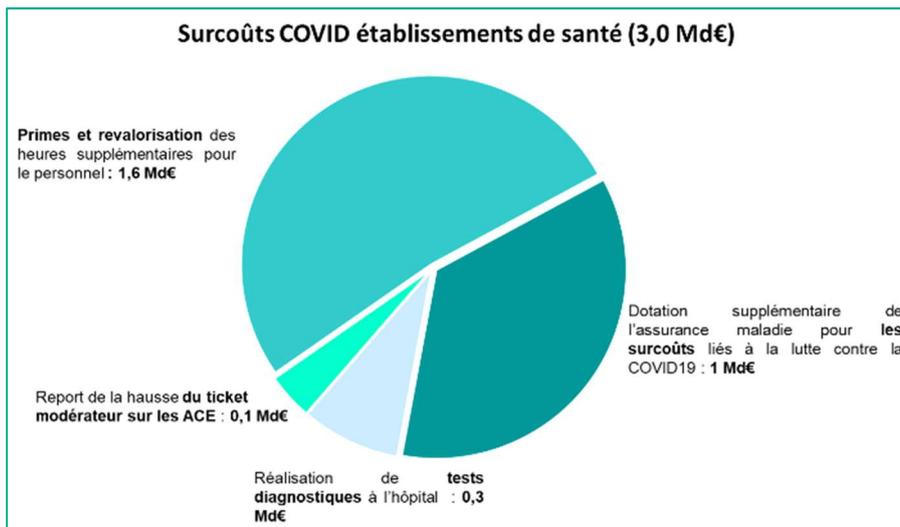
- **15 Md€ de dépenses exceptionnelles engagées par l'assurance maladie** pour répondre à la crise sanitaire en 2020
- **Une progression de l'ONDAM 2020 relevée à 7,6%** pour tenir compte notamment des besoins de financement de la crise sanitaire
- **4,3 Md€ de provision dans l'ONDAM 2021 au titre des tests, vaccins et masques**
- **5,2 Md€ de mesures pour venir en aide aux entreprises les plus touchées par la crise** pendant la phase de reprise et compensés par le budget de l'Etat

Un soutien financier massif

En 2020, 15Md€ de dépenses exceptionnelles ont été engagées par l'assurance maladie pour contribuer à la réponse à la crise sanitaire. Ces dépenses concernent notamment :

- Les achats de masques chirurgicaux et FFP2, les équipements de protection des soignants, les respirateurs, les molécules utilisées en réanimation, les réactifs des tests-PCR ;
- Des tests-PCR entièrement pris en charge par l'assurance maladie ;
- Des investissements dans les hôpitaux et les établissements médico-sociaux pour la réorganisation des soins et les recrutements ;
- Des primes pour la reconnaissance des soignants engagés dans la gestion de l'épidémie ;
- Une prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie des arrêts de travail pour gardes d'enfants, cas contacts de la COVID, professions libérales.





Une contribution des organismes complémentaires au financement de la crise sanitaire et une mobilisation des réserves de quelques régimes spéciaux d'assurance maladie

Une mesure de solidarité des OC dans le contexte de la crise sanitaire

La forte diminution de la consommation de soins de ville durant la crise sanitaire (et particulièrement durant le confinement généralisé) combinée aux mesures de prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire de diverses dépenses (tests de dépistage et téléconsultations notamment) engendrent des économies sur l'année 2020 pour les organismes complémentaires, estimées à plus de 2 Md€.

Le PLFSS pour 2021 prévoit en conséquence la mise en place d'une contribution exceptionnelle des organismes d'assurance maladie complémentaire aux dépenses auxquelles l'assurance maladie obligatoire fait face dans le cadre de la gestion de l'épidémie. Cette contribution, temporaire, est assise sur le chiffre d'affaires en santé des organismes complémentaires. Elle est fixée à 1 Md€ en 2020 et 500 M€ en 2021 et pourra être revue en 2021 en fonction de l'évolution de la situation sanitaire et de l'actualisation du niveau des économies constatées par les organismes complémentaires.

Une mobilisation des réserves de régimes spéciaux d'assurance maladie

Dans le contexte de crise sanitaire et de dépenses d'assurance maladie obligatoires accrues, la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) apportera une contribution de 175 M€ et la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) une contribution de 176,6 M€ à l'assurance maladie.

La protection des personnes fragiles

Le financement de la distribution de masques

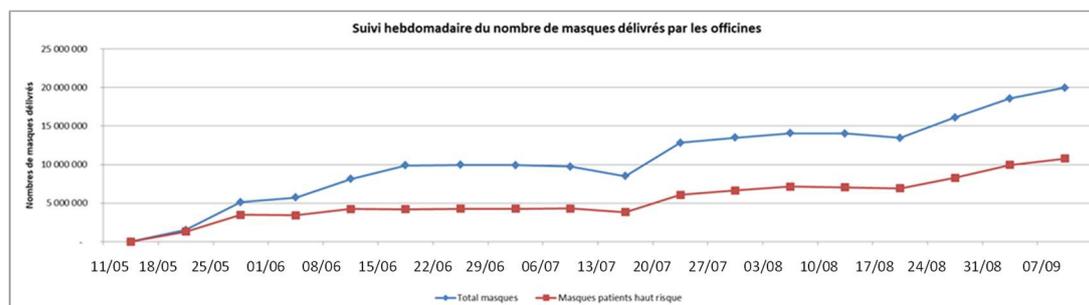
Dans le contexte de l'épidémie COVID-19, la protection individuelle contre le virus est assurée notamment par le port d'un masque. La stratégie du Gouvernement vise à prendre en charge la protection de certains publics. L'État a ainsi fait le choix d'assurer lui-même la protection des publics précaires et vulnérables.

Ainsi, ont été envoyés par courrier postal au cours de l'été 50 millions de masques « grand public » à 3 millions de familles modestes et précaires, soit environ 9 millions de Français. Cette opération sera renouvelée en octobre.

Quant aux personnes vulnérables à la maladie, elles peuvent, depuis le mois de mai, se fournir gratuitement en masques chirurgicaux auprès de leurs pharmacies d'officine. Les bénéficiaires de cette mesure sont :

- les malades de la COVID-19 ;
- les personnes considérées comme vulnérables répondant aux critères définis à l'article 2 du décret n° 2020-1098 du 29 août 2020 pris pour l'application de l'article 20 pour lesquelles un médecin estime qu'ils présentent un risque de développer une forme grave d'infection au virus SARS_Cov-2 ;
- les personnes identifiées « cas contacts ».

Jusqu'au mois de septembre, ces masques sont issus du stock de l'Etat et le Gouvernement a organisé la logistique d'approvisionnement et de distribution auprès des publics cibles, en lien avec Santé publique France, les grossistes-répartiteurs et les pharmaciens d'officine. Des rémunérations associées ont été mises en place pour ces différentes étapes.



Nombre de masques délivrés par les pharmaciens d'officine (incluant les masques aux professionnels de santé), dont ceux délivrés aux personnes vulnérables, entre les semaines 20 et 37

A compter d'octobre 2020, un nouveau circuit de distribution de masques chirurgicaux est mis en place pour préserver un stock de masques stratégique de l'Etat tout en garantissant la délivrance de masques intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire aux publics mentionnés ci-dessus mais aussi aux personnes vulnérables qui retournent travailler.

Les masques chirurgicaux sont achetés directement par les pharmaciens d'officine auprès de divers fournisseurs et délivrés en officine sur présentation d'une prescription médicale ou d'un justificatif valant prescription médicale selon les cas et pour une quantité précise selon la catégorie de public concerné (entre 30 et 50 masques). L'assurance maladie remboursera aux pharmaciens le coût d'achat des masques et leur délivrance. Une provision de 700 M€ est intégrée à ce titre à l'ONDAM 2021.

Une provision dans l'ONDAM 2021 au titre des tests, vaccins et masques

Une provision est prévue dans l'ONDAM 2021 au titre des tests, vaccins et masques. Celle-ci s'élève à 4,3Md€ et est ventilée entre différents sous-objectifs de l'ONDAM. Ces provisions s'inscrivent dans un cadre de grande incertitude, tant en termes de coût de l'innovation qu'en matière de tests. L'engagement du gouvernement est néanmoins clair : comme en 2020, ces provisions pourront être adaptées en fonction de la situation.

Ainsi, pour les **tests**, la provision s'élève à 2Md€ et est répartie, au sein de l'ONDAM, entre les sous objectifs « soins de ville » (85% des financements prévus) et « établissements sanitaires » (15% des financements). L'objectif est de pouvoir continuer d'assurer, en 2021, le nombre de tests nécessaires pour lutter efficacement contre la COVID-19, en assurant la juste rémunération des professionnels mobilisés.

Les **vaccins**, dès lors qu'ils auront démontré leur sécurité et leur efficacité, constitueront le meilleur outil de lutte contre la pandémie.

Au vu des incertitudes relatives au calendrier de mise à disposition des vaccins, à leur prix, au délai de lancement de la campagne de vaccination COVID-19, la provision

s'élève à 1,5Md€ correspondant au prix moyen estimé d'une vaccination pour chaque personne prioritaire en cible de vaccination (identification de plusieurs populations prioritaires, avec en premier lieu les populations à risque d'exposition professionnelle, les personnes à risque du fait de leur âge ou de leur état de santé, les personnes de moins de 65 ans souffrant de pathologies chroniques...).

Enfin, pour les **masques**, la provision s'élève à 0,7Md€, et vise à couvrir les dépenses relatives aux masques pour les personnes testées positives au virus covid-19, identifiées comme cas contact ou encore souffrant d'une pathologie chronique.

	Provision dans l'ONDAM 2021 au titre des tests, vaccins et masques
Tests	2Md€
Vaccins	1,5Md€
Masques	0,7Md€
Contribution au financement de Santé Publique France pour ses missions COVID (renforts RH, gestion des stocks, SI, etc)	0,1Md€
TOTAL	4,3Md€

La mise en œuvre des dispositifs récents de soutien aux entreprises du fait de la crise

Afin d'accompagner les employeurs les plus touchés par la crise pendant la phase de reprise, l'article 65 de la loi du 30 juillet 2020 de finances rectificatives pour 2020 (dite LFR 3) prévoit :

- **Une exonération des cotisations sociales patronales dues** au titre des mois d'interruption d'activité, pour les employeurs et travailleurs indépendants, sous conditions de secteur d'activité, de taille ou d'évolution du chiffre d'affaires ;
- **Un dispositif inédit d'aide au paiement des cotisations** représentant 20 % de la masse salariale constatée sur la période d'interruption d'activité, que les employeurs pourront utiliser pour s'acquitter de l'ensemble de leurs versements aux URSSAF ;
- **Des plans d'apurement des échéances reportées**, sur la base d'échéanciers modulés, pouvant dans certains cas conduire à des remises partielles de dettes pour les cotisants n'ayant pas pu bénéficier des exonérations et aides au paiement (logique de « filet de sécurité »).

Le dispositif proposé repose sur une **logique de ciblage** des entreprises les plus touchées, et dont la viabilité économique est susceptible d'être menacée dans la période post-crise. Ce ciblage s'appuie sur une logique **sectorielle**, l'aide étant destinée :

- Aux **secteurs les plus directement concernés par l'interruption d'activité** (tourisme, culture, événementiel, sport, hôtellerie, restauration, transport), dits secteurs « S1 » ;
- Aux **secteurs étroitement dépendants de ceux-ci** et dont l'activité a de ce fait été quasi-interrompue (par exemple les blanchisseries travaillant pour les hôtels), dits secteurs « S1 bis » ;

- Aux **secteurs qui ont fait l'objet de fermetures administratives** et dont l'activité a été interrompue jusqu'au 11 mai (par exemple les petits commerces non alimentaires) et a pu reprendre par la suite, dits secteurs « S2 ».

La liste de ces secteurs définie par le décret n° 2020-1103 du 1^{er} septembre 2020 est alignée sur celle des secteurs éligibles au dispositif du fonds de solidarité.

Au sein de ces secteurs sont visées les **entreprises de plus petite taille** qui sont les plus fragiles et susceptibles de rencontrer des difficultés en sortie de crise – ainsi selon le secteur auquel elles appartiennent, bénéficieront du dispositif les TPE et PME (moins de 250 salariés) ou seulement les TPE (moins de 10 salariés).

Les **travailleurs indépendants** appartenant aux mêmes secteurs, soit plus de 400 000 personnes, ainsi que les **artistes-auteurs** bénéficieront également d'une réduction forfaitaire de cotisations et contributions, plus adaptée à leurs spécificités – afin d'aider proportionnellement davantage ceux ayant les plus faibles revenus ou ceux dont l'activité a été la plus réduite par la crise. Cette aide est de 1800 ou 2400 € selon le secteur pour les travailleurs indépendants et de 500, 1000 ou 2000 € pour les artistes-auteurs.

Enfin, les micro-entrepreneurs relevant des secteurs éligibles bénéficient d'une exonération de cotisations et contributions sur les montants de chiffre d'affaires et de recettes réalisés pendant les mois de crise.

Le coût total de ces mesures est estimé à **5,2 Md€**, compensé par le budget de l'Etat.

L'ensemble des employeurs et des travailleurs indépendants peuvent bénéficier de **plans d'apurement** pour leur permettre d'échelonner le remboursement des éventuelles dettes contractées pendant les mois de crise. Pour mémoire :

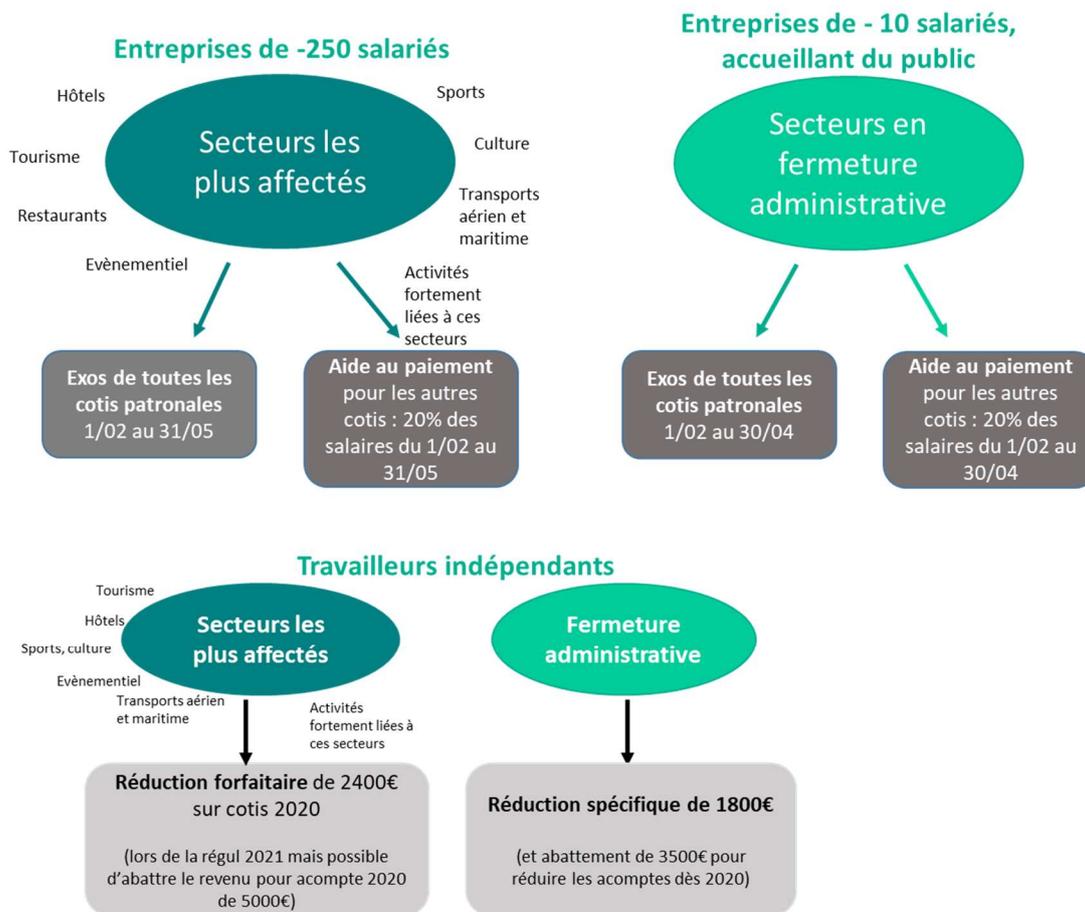
- Des possibilités de report ont été accordées aux entreprises pendant le confinement et les mois qui ont suivi, pour une reprise « à la normale » en septembre.
- **14 Md€ ont ainsi été reportés** par les employeurs **et 10 Md€ n'ont pas été prélevés** sur les travailleurs indépendants au titre des cotisations du régime général, de la MSA et de l'AGIRC-ARRCO. À fin juin, au point le plus haut de ces reports, ceux-ci représentaient un soutien de 26 Md€.

Pour 700 000 employeurs présentant des dettes à mi-septembre, ainsi que pour l'ensemble des travailleurs indépendants, les organismes de recouvrement proposeront directement des plans d'apurement. Ces opérations interviendront principalement en novembre, après déductions des exonérations et des aides au paiement. Pour les entreprises de plus de 250 salariés, qui bénéficient généralement de relations privilégiées avec les organismes de recouvrement, des échanges interviennent depuis cet été et 8 000 plans d'apurement ont été conclus à ce jour.

Si les entreprises rencontrent des difficultés pour honorer ces plans de recouvrement, des **remises partielles de dettes** pouvant aller jusqu'à 50 % des sommes restant dues au titres des périodes de février à mai 2020, ou jusqu'à 900 € pour les travailleurs indépendants, pourront être accordées sur demande motivée.

Ces mesures ont vocation à être adaptées en fonction de l'évolution de la situation sanitaire et des restrictions d'activité imposées aux acteurs économiques.

Présentation schématique des exonérations et aides au paiement des cotisations prévues en LFR 3



Dispositifs spécifiques pour auto-entrepreneurs et artistes auteurs

**Les périodes concernées peuvent être allongées pour tenir compte de la prolongation de l'EUS en Guyane et à Mayotte, ainsi que de la prolongation de l'interdiction d'accueil du public pour certains secteurs.*

Elargir le champ de la sécurité sociale

Les points clés

- **Création d'une 5^{ème} branche de la sécurité sociale pour le soutien à l'autonomie**, au sein du régime général et gérée par la CNSA
- Allongement du **congé paternité : 28 jours** au lieu de 14 et obligatoire pour 7 jours
- **Revalorisation de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)** garantissant un niveau de ressources de **800 € par mois** pour une personne seule contre 750 € en 2020

Une nouvelle étape dans la politique de soutien à l'autonomie avec la création d'une 5ème branche de la sécurité sociale

La loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a affirmé l'existence d'un nouveau risque de sécurité sociale liée à la perte d'autonomie. Elle a introduit une nouvelle branche au sein du régime général gérée par la CNSA. Elle a également prévu des financements nouveaux à compter de 2024 par la réaffectation à la CNSA d'une fraction de CSG (0, 15 points soit 2,3Md€) détenue par la CADES.

La création d'une nouvelle branche de la sécurité sociale doit permettre de répondre à des objectifs importants pour la politique de soutien à l'autonomie :

- Un objectif d'universalité, à travers une meilleure équité territoriale dans l'accès aux droits des personnes en perte d'autonomie ;
- Un objectif de qualité renforcée de l'offre d'accompagnement ;
- Un objectif de renforcement des politiques transversales du handicap et du grand âge ;
- Un objectif de démocratie avec un examen annuel de la politique de l'autonomie et des conditions de son financement à long terme dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale.

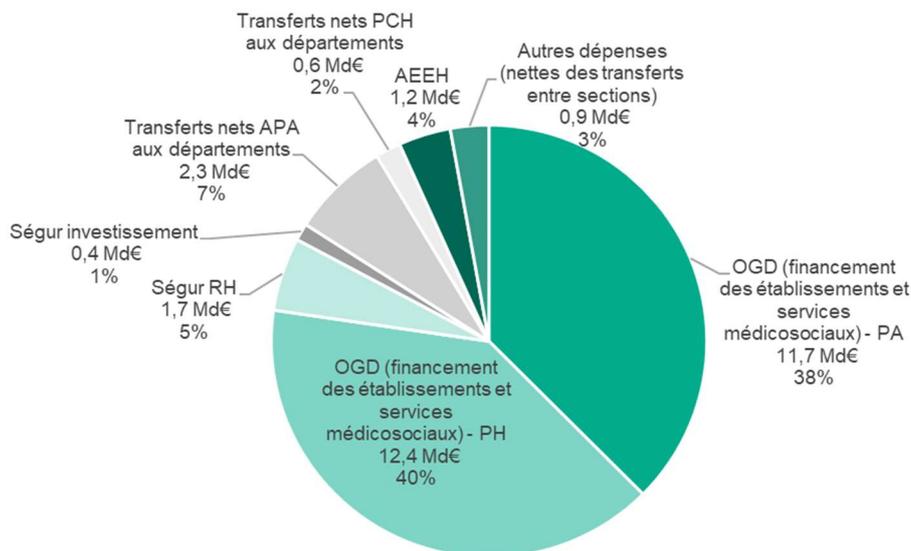
La loi du 7 août prévoyait un rapport du Gouvernement au Parlement sur les modalités de mise en œuvre et de financement de cette nouvelle branche de la sécurité sociale. A cet effet, une mission a été confiée à une personnalité qualifiée, Laurent Vachey, inspecteur général des finances et ancien directeur de la CSA, pour préparer ce rapport et concerter avec les acteurs les propositions de périmètre, de gouvernance et de financement de la branche relative au soutien à l'autonomie. Le rapport de Laurent Vachey a été remis aux Ministres le 14 septembre et transmis aux assemblées parlementaires.

De premières mesures, largement inspirées par le rapport Vachey, sont prévues en PLFSS 2021 pour organiser le fonctionnement de cette nouvelle branche et garantir un financement autonome et équilibré. C'est une première étape d'incarnation des enjeux de cette nouvelle branche. Le PLFSS pour 2021 prévoit ainsi :

- **Une définition du périmètre de la branche** pour sa première année 2021 : l'ensemble des dépenses actuelles de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), ainsi que l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), jusqu'à présent versée par la branche Famille de la sécurité sociale. Il s'agit d'un périmètre provisoire qui a vocation à évoluer en fonction des

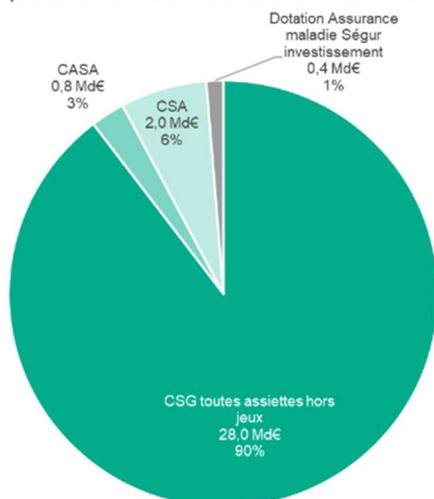
concertations à venir. L'intégration de l'AAEH (1,2 Md€) permettra de simplifier les démarches des familles en poursuivant le rapprochement entre cette allocation et la prestation de compensation du handicap ;

Dépenses prévisionnelles de la branche autonomie en 2021



- **Un financement autonome par des recettes propres** : la CNSA sera affectataire de 28Md€ de CSG (toutes assiettes de revenus) à compter de 2021 ;

Recettes prévisionnelles de la branche autonomie en 2021



- **La présentation de tableaux d'équilibre** en dépenses, recettes et soldes pour l'année 2021 et en pluriannuel jusqu'en 2024 dans le cadre de l'annexe B au PLFSS. La projection pluriannuelle est une projection tendancielle à droit constant et n'inclut pas les mesures nouvelles qui interviendraient dans la prochaine loi grand âge et autonomie ;
- **Une branche qui démarre à l'équilibre** grâce au financement par la CSG des mesures de revalorisation salariale dans les EHPAD et par des crédits de relance communautaire pour le plan d'investissement

- **Une redéfinition des missions de la CNSA** afin de les rapprocher de la présentation des missions confiées aux caisses nationales du régime général et réaffirmer ses moyens de pilotage. L'architecture budgétaire de la CNSA est également simplifiée et les pouvoirs du Conseil renforcés pour améliorer la gestion du risque et garantir l'équité et l'efficacité de l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées
- **Un renforcement de l'information du Parlement** par l'introduction d'une nouvelle annexe au PLFSS consacrée aux dépenses de la branche autonomie et à l'effort de la nation en faveur du soutien à l'autonomie.

C'est sur la base de ces nouvelles fondations que le projet de loi sur le grand âge et l'autonomie, qui sera présenté dans les mois à venir, viendra fixer les contours de l'ambition nationale pour la politique du grand âge.

Pour mettre en œuvre cette ambition nouvelle et financer l'évolution démographique, il sera nécessaire d'identifier des financements pérennes nouveaux pour la branche autonomie. A cet égard, les propositions de financement faites par la mission Vachey doivent encore faire l'objet d'un travail avec l'ensemble des partenaires dans les prochains mois, dans le cadre général de la préparation de la réforme du grand âge et de l'autonomie.

Toutefois, en avance de phase, le PLFSS 2021 traduit d'ores et déjà un certain nombre de décisions prises en faveur du secteur de l'autonomie, pour un montant total de près de 2,5 Md€.

Mesures nouvelles 2021 sur le champ du soutien à l'autonomie

Personnes âgées		Personnes handicapées	
Places nouvelles et poursuite de la convergence tarifaire et de la trajectoire d'augmentation du taux d'encadrement	0,3Md€	Majoration des financements de structures PH (Plan autisme, lutte contre les départs en Belgique, Communautés 360 et transformation de l'offre..)	0,2Md€
Revalorisations salariales 2021 (qui s'ajoutent aux 0,3Md€ de 2020)	1,4Md€	PCH parentalité (dépense 2022 de la branche autonomie)	0,2Md€
		Soutien au plan de transformation des MDPH	15M€
Investissements Ségur (rénovation, transformation, équipements, numérique)			0,4Md€

La mise en œuvre de la 5^{ème} Conférence Nationale du Handicap

« Tous concernés, tous mobilisés » du 11 février 2020

Les engagements annoncés par le Président de la République lors de la Conférence Nationale du Handicap (CNH) du 11 février 2020 sont mis en œuvre au sein de ce PLFSS 2021, incarnant les promesses d'équité et d'universalité de la nouvelle branche autonomie.

L'intégration des besoins attachés à la parentalité dans la prestation de compensation du handicap répond à la nécessité de faire évoluer le dispositif, créé en 2005, pour reconnaître les personnes handicapées dans leur rôle de parents (0,2 Md€).

Plus de 100 M€ sont consacrés à l'accélération du déploiement de solutions d'accueil et d'accompagnement adaptées, proposés par des équipes de proximité chargées de la mobilisation des acteurs de territoires. Les communautés 360 bénéficieront ainsi de 20 M€ supplémentaires pour poursuivre leur déploiement.

La mobilisation de 25 M€, dont 10 M€ pour résorber les retards dans le traitement des demandes, permet d'accompagner la mobilisation des MDPH en faveur de la « garantie délai » et de pérenniser les modes de fonctionnement plus agiles et simplifiés mis en œuvre durant l'épidémie (accueil téléphonique renforcé, suivi à distance des demandes, circuit de traitement court pour accompagner les situations les plus délicates). 15 M€ sont dédiés dès 2021 à la révision des dotations aux MDPH, de façon à garantir une plus grande équité territoriale d'octroi des concours pour tendre une meilleure affectation des ressources aux besoins de traitement des dossiers dans les territoires.

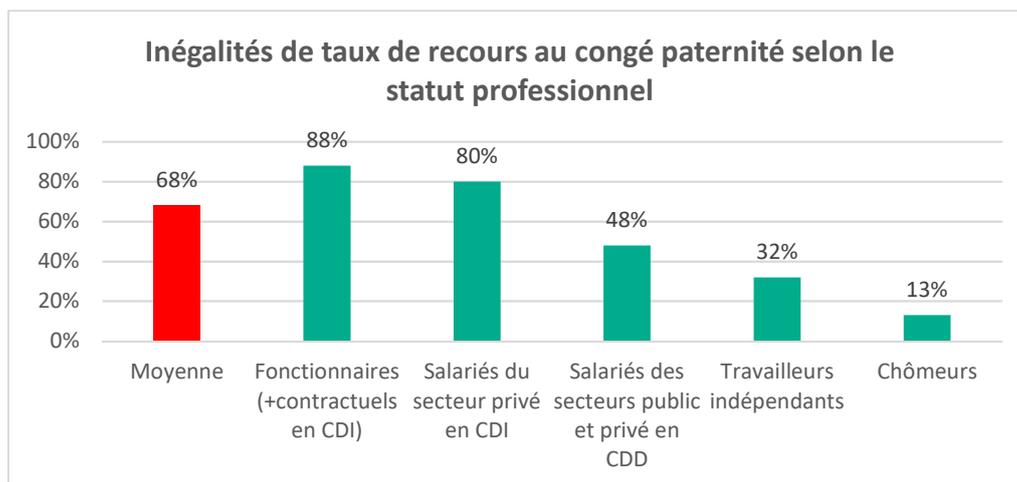
Cet effort financier s'inscrit dans le cadre de la feuille de route « MDPH 2022 », fruit de l'accord de méthode signé entre l'Etat et l'ADF lors de la CNH, qui sera partagée entre tous les acteurs concernés lors d'un premier comité stratégique en octobre. La création d'un baromètre MDPH doit aussi constituer un puissant levier d'action visant à répondre à un objectif inédit de transparence vis-à-vis des personnes en situation de handicap et de leurs familles et à créer une dynamique positive entre les territoires.

Le PLFSS 2021 permet également de consolider la stratégie nationale autisme, avec un effort nouveau en faveur du dépistage avec l'extension du forfait d'intervention précoce aux enfants entre 7 et 12 ans.

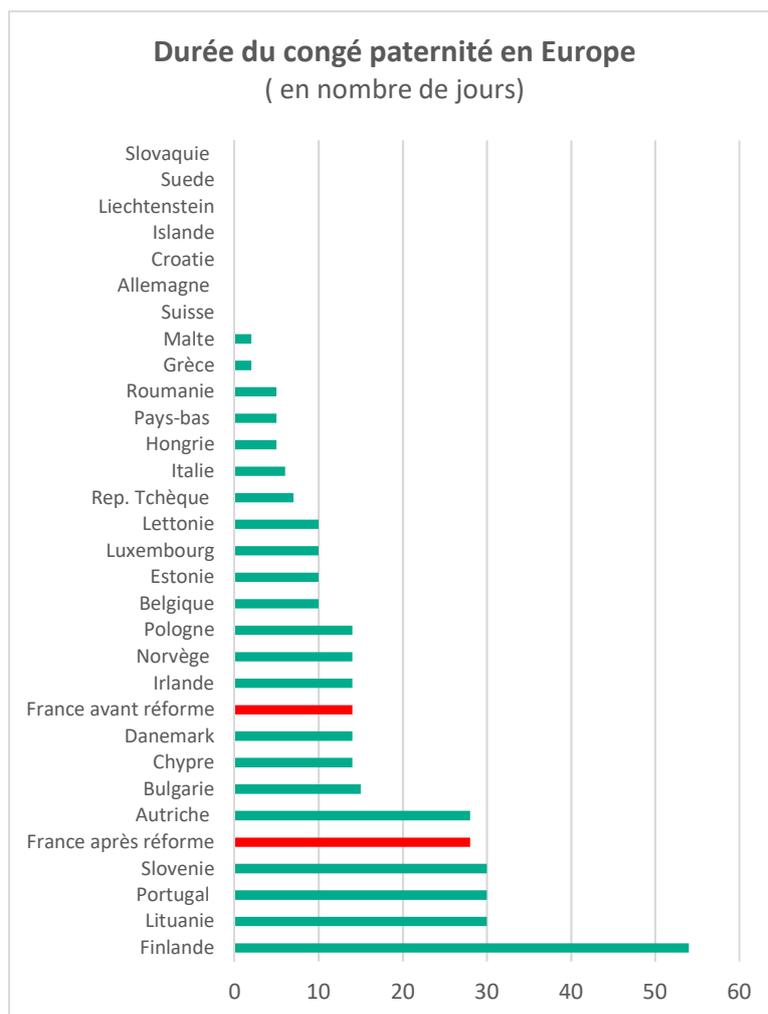
Enfin, le plan de prévention des départs en Belgique poursuit la création de places supplémentaires dans trois régions prioritaires (Ile-de-France, Hauts-de-France et Grand Est).

L’allongement du congé paternité

Le congé paternité et d’accueil de l’enfant, instauré en 2002 puis modifié en 2012, permet au deuxième parent de bénéficier d’un congé de 11 jours (18 jours en cas de naissance multiple) consécutifs, dans les quatre mois qui suivent la naissance de l’enfant. Le taux de recours au congé de paternité ne progresse plus : 67% des pères y ont recours aujourd’hui, contre 66% en 2003. Dans 56% des cas, il est pris dans le premier mois qui suit la naissance de l’enfant. Il s’ajoute aux trois jours d’absence autorisée pour les salariés pendant lesquels ces derniers bénéficient d’un maintien de salaire.



La durée du congé paternité se situe dans la moyenne par rapport aux autres pays européens, celle-ci s’élevant à 12,4 jours, mais plusieurs Etats ont récemment allongé la durée de ce congé (Espagne 8 semaines à compter de 2019, 12 semaines en 2020, 6,5 mois en Finlande à compter de 2021). Certains Etats ont également une politique de congés parentaux partagés entre conjoints qui complète le dispositif ou qui se substituent au congé paternité (en Suède ou en Espagne notamment, c’est pourquoi ils n’apparaissent pas dans le tableau infra) : ainsi par exemple en Norvège le conjoint de la mère bénéficie de 15 semaines de congé parental, non transférables et rémunérées à hauteur du congé paternité (2 semaines).



La commission des 1000 premiers jours présidée par Boris Cyrulnik a rendu son rapport en septembre et fait état de la nécessité de renforcer le congé paternité, afin de favoriser la création de liens d’attachement durable entre le second parent et l’enfant et d’accompagner ainsi le développement de l’enfant. Ce congé contribue également à l’égalité entre les hommes et les femmes, en incitant à un rééquilibrage des tâches domestiques et surtout parentales et en réduisant les inégalités de carrières professionnelles entre les femmes et les hommes.

Le PLFSS 2021 prévoit, à compter du 1^{er} juillet 2021, un doublement du congé paternité et d’accueil de l’enfant. La durée des congés en cas de naissance d’un enfant sera ainsi allongée à 28 jours d’arrêt total, soit un mois, contre 2 semaines aujourd’hui. Le congé indemnisé par la sécurité sociale augmentera de 11 à 25 jours. Pour les naissances multiples, le congé paternité sera toujours allongé d’une semaine supplémentaire par rapport à une naissance simple, soit 32 jours de congé. Ce doublement de la durée du congé s’appliquera aux salariés du régime général et agricole, aux travailleurs indépendants et aux non-salariés agricoles (pour ces deux catégories sur la seule part, par construction, indemnisée par la sécurité sociale), aux agents de la fonction publique, ainsi qu’aux salariés des régimes spéciaux. Cet allongement du congé s’appliquera également en cas d’adoption d’un enfant.

Le congé paternité et d'accueil de l'enfant sera en outre rendu en partie obligatoire, en interdisant à l'employeur d'employer le salarié pendant une période de 7 jours immédiatement après la naissance de l'enfant. Cette interdiction d'emploi vise tout d'abord à lutter contre les inégalités de taux de recours à ce congé, en permettant aux salariés les plus précaires d'y avoir accès plus facilement qu'aujourd'hui.

Cette obligation permet également d'apporter un soutien à la mère et de garantir la protection de sa santé. En effet, pendant cette période où la mère et l'enfant peuvent être vulnérables, la présence du second parent permet d'apporter un soutien essentiel. Une deuxième période de congé paternité de 3 semaines s'ajoutera aux 7 jours pris à titre obligatoire. Cette deuxième période pourra être prise à la suite de cette période obligatoire ou ultérieurement, ce qui facilitera le recours au congé en accordant davantage de souplesse au second parent.

Le coût de cette mesure est estimé à 520M€ par an, 260M€ la première année compte tenu de la date d'entrée en vigueur.

La revalorisation de l'allocation supplémentaire d'invalidité et son financement par la sécurité sociale

L'allocation supplémentaire d'invalidité n'a pas depuis une dizaine d'années été l'objet de revalorisations exceptionnelles, comme cela a été le cas d'autres prestations similaires telles que l'AAH ou l'ASPA à compter de 2008. Après une première revalorisation réalisée en 2020, la hausse du niveau de l'allocation sera poursuivie en 2021, garantissant un niveau de ressources de 800€ par mois pour une personne seule, contre 750€ en 2020. Cette nouvelle revalorisation témoigne de l'engagement du Gouvernement pour relever le niveau de vie des personnes invalides aux revenus les plus modestes.

L'ASI était jusqu'alors financée par l'Etat. A compter de 2021, elle sera à la charge de la branche maladie par cohérence avec le financement des prestations d'invalidité.

Poursuivre les mesures de simplification et d'accès aux soins pour les assurés sociaux

Les points clés

- **Refonte des dispositifs des autorisations temporaires d'utilisation (ATU)** pour permettre un accès plus rapide des patients aux médicaments innovants et donner une meilleure visibilité aux acteurs
- **Renforcement de l'encadrement de la qualité des prestataires de services et distributeurs de matériel médical**
- **Simplification des procédures déclaratives de revenus pour les entreprises de l'économie collaborative** en ouvrant la possibilité de s'acquitter sur une plateforme en ligne des cotisations sociales sans avoir à créer une entreprise
- **Fusion des déclarations sociales et fiscales de revenus** pour les 400 000 travailleurs indépendants agricoles

La refonte des modalités d'accès et de prise en charge des nouveaux médicaments innovants

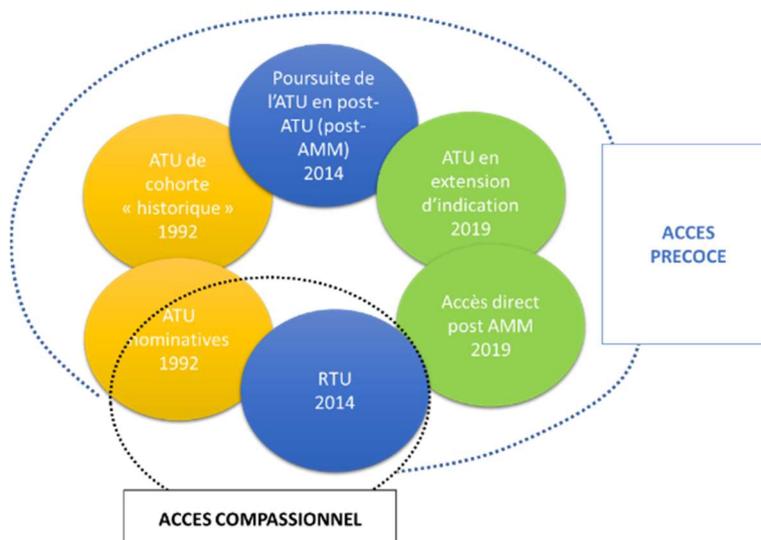
Une mesure pour simplifier et accélérer la mise à disposition des patients de médicaments innovants

Conçu au début des années 90 pour répondre à une nécessité de santé publique, le dispositif des « autorisations temporaires d'utilisation » (ATU) a évolué au fur et à mesure des années pour répondre à la fois à de nouvelles situations médicales et mieux accueillir l'innovation médicamenteuse tout en garantissant la soutenabilité financière de l'arrivée de ces médicaments : les dépenses induites ont oscillé entre 700M€ et 1 Md€ par an ces dernières années.

L'apport du dispositif est unanimement reconnu par les patients et par les industriels et participe à l'attractivité de la France pour les entreprises. Il constitue aujourd'hui l'un des régimes d'accès aux nouvelles thérapeutiques les plus ouverts et l'un des plus précoces d'Europe, avec une vingtaine de nouveaux médicaments rendus disponibles par an pour des cohortes de plusieurs milliers de patients et près de 20 000 accès à des patients nommément désignés. Parmi ces accès nominatifs, certains répondent à des usages « précoces », c'est-à-dire pour un médicament en cours de développement qui a vocation à être mis sur le marché, d'autres à des accès « compassionnels », c'est-à-dire pour des médicaments qui ne disposent pas d'autorisation de mise sur le marché pour la pathologie concernée et pour lesquels l'entreprise n'engage pas de développement clinique.

Au dispositif des ATU, a été adossé en 2012 le dispositif des recommandations temporaires d'utilisation (RTU) qui a pour objet d'encadrer et sécuriser des pratiques de prescription hors AMM de médicaments d'ores et déjà commercialisés sur le territoire français. Ainsi, du fait des évolutions successives, cohabitent actuellement six dispositifs différents, caractérisés par des conditions d'accès et de prise en charge spécifiques, et dont les périmètres se recoupent en partie.

Dispositifs d'accès aux nouvelles thérapeutiques aujourd'hui



La mesure portée dans le PLFSS pour 2021 vise à refondre les dispositifs existants pour leur donner une meilleure visibilité pour les acteurs et davantage de cohérence. Elle propose de mettre en place un schéma plus simple, plus lisible, plus unifié, plus prévisible, fondé sur deux piliers bien caractérisés et définis avec un seul jeu de règles d'accès et de prise en charge :

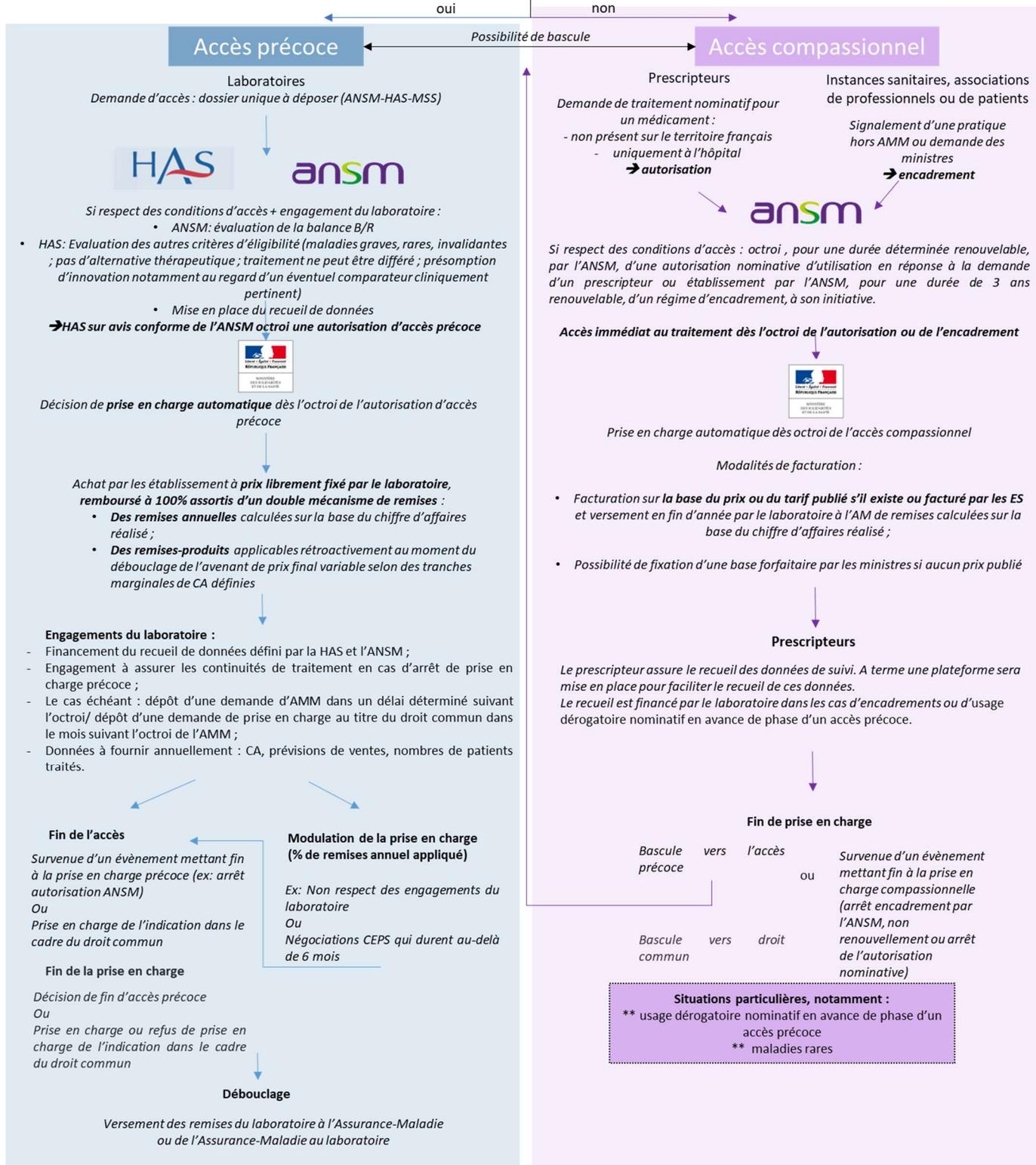
- d'une part un accès précoce pour les médicaments innovants en développement et destinés à être mis sur le marché,
- d'autre part un accès compassionnel lorsqu'aucun développement n'est envisagé.

Ces deux piliers garantiront un accès encore plus rapide aux patients, avec une généralisation de la prise en charge immédiate et automatique dès l'autorisation d'accès obtenue. En ce qui concerne l'accès précoce, s'agissant de médicaments ayant vocation à intégrer le panier de soins à l'issue de cette phase transitoire et dérogatoire, la Haute Autorité de santé interviendra aux côtés de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. En ce qui concerne l'accès compassionnel, une attention toute particulière est apportée aux spécificités des maladies rares.

La mesure permet de mettre en place un système favorable à l'ensemble des acteurs avec :

- un accès rapide pour les patients à des médicaments de façon anticipée (bien en amont du droit commun) dans un cadre sécurisé pour une utilisation hors AMM et pris en charge par l'assurance maladie,
- de la lisibilité pour les prescripteurs,
- de l'attractivité et de la prévisibilité pour les entreprises porteuses de médicaments innovants,
- de la soutenabilité financière pour l'assurance maladie et une transition accès précoce-droit commun facilitée, avec la mise en place de remises automatiques dont les niveaux sont préétablis.

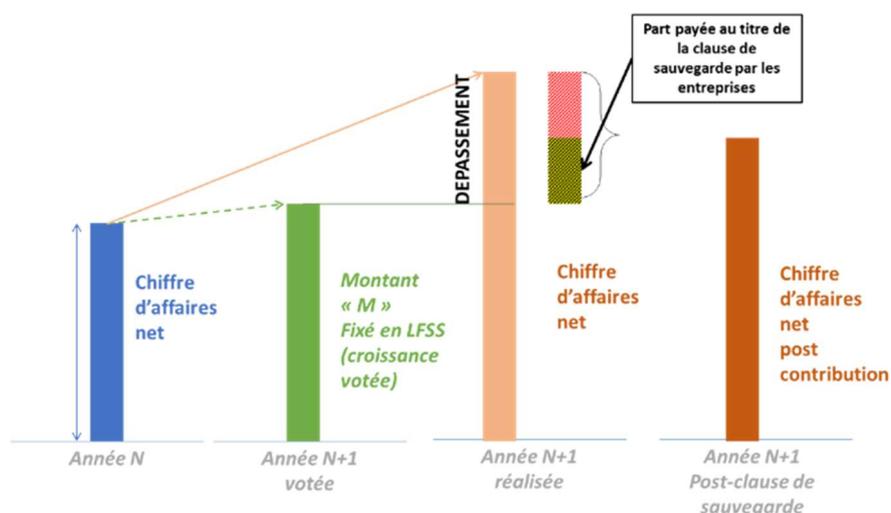
Demande d'accès à un traitement ne disposant pas de prise en charge au titre du droit commun dans une indication considérée.
 AMM dans l'indication obtenue ou engagement du laboratoire à déposer une AMM dans un délai fixé ?



Améliorer le dispositif de protection de l'assurance maladie en matière de dépenses de médicament, de façon à rééquilibrer la régulation entre les produits matures et les produits innovants dont les coûts sont exponentiels

Les outils existants ne suffisent parfois pas à contrôler le dynamisme du marché des produits de santé. Un mécanisme dit « de clause de sauvegarde » permet d'assurer en dernier recours, pour les médicaments remboursés et pour les dispositifs médicaux de la liste en sus à l'hôpital, une atténuation du niveau de dépenses associées.

Principe de la clause de sauvegarde



Chaque année, les niveaux de déclenchement des clauses de sauvegarde sont fixés dans la loi de financement de la sécurité sociale. Cette année et pour la première fois, en lien avec la modification du mécanisme introduite par la LFSS pour 2019 et l'introduction en LFSS 2020 d'un mécanisme portant sur le dispositif médical, les niveaux seront définis en montants et non en taux de progression par rapport à l'année précédente, ceci pour assurer une meilleure visibilité et une meilleure transparence pour les acteurs.

Par ailleurs, le montant sera fixé en référence à l'année 2019 et non à l'année 2020, du fait de la crise sanitaire traversée et de la perturbation induite. En outre, ce montant prendra en compte la trajectoire annoncée lors du conseil stratégique des industries de santé en 2018, soit une augmentation de 0,5% par an pour le médicament. Pour le dispositif médical, la clause de sauvegarde ciblant des produits innovants et onéreux, l'augmentation reste de 3% par an telle que prévue en LFSS pour 2020.

La crise liée à la pandémie de COVID-19 a mis en lumière la nécessité de prévoir une régulation mesurée et ciblée, permettant d'assurer l'accès des patients à ces médicaments indispensables. Le PLFSS met en place un avantage pour les entreprises, en contrepartie de leurs négociations avec le Comité économique des produits de santé lors des plans de baisse de prix. Il propose également un mécanisme de protection spécifique en cas de forte évolution des dépenses des immunothérapies de type « anti-PD1 » et « anti-PDL1 » afin de lisser l'impact budgétaire de cette classe thérapeutique dans le temps.

Le renforcement de l'encadrement de la qualité des prestataires de services et distributeurs de matériel médical

Les prestataires de service et distributeurs de matériel (PSDM) exercent leurs activités au domicile des patients, notamment dans les champs de la perfusion, l'insulinothérapie, le maintien à domicile, la stomie et troubles de la continence, le handicap, la nutrition et l'assistance respiratoire. Ils sont exclusivement rémunérés par l'assurance maladie, qui rembourse leurs prestations inscrites sur la liste des produits et prestations.

Ce secteur dynamique regroupe plus de 20 000 salariés, dont 4 000 professionnels de santé, répartis parmi plus de 600 entreprises, notamment des TPE. Les prestataires se caractérisent par une grande hétérogénéité des activités et des structures : de grands groupes cotés en bourse côtoient des petites structures parfois très réduites en nombre de personnes.

Dans la continuité du rapport IGAS sur les missions des PSDM remis en janvier 2020, il est prévu, dans le PLFSS pour 2021, compte tenu de l'importance de leur activité au domicile des patients, de renforcer les garanties de qualité et de bonnes pratiques de la prise en charge du patient, et d'assurer le bon usage des ressources publiques.

Pour cela, la prise en charge des produits distribués par les PSDM sera conditionnée au respect d'un référentiel qualité.

La mesure prévoit ainsi une évolution importante des modalités d'accès au conventionnement : à ce jour une simple déclaration auprès des caisses d'assurance maladie permet l'usage du tiers payant pour la prise en charge des patients. Le professionnel devra désormais, pour pouvoir accéder au conventionnement, être certifié sur la base d'un référentiel qualité élaboré par la Haute Autorité de santé en 2021. Les professionnels auront alors jusqu'à la fin de l'année 2022 pour obtenir cette certification, garante de la qualité des prestations qui seront délivrées.

Le renforcement de la démocratie sociale en santé

En avril 2021, 375 000 professionnels de santé libéraux (médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et orthophonistes) éliront leurs représentants aux unions régionales de professionnels de santé (URPS). Les URPS regroupent plus de 2 300 représentants régionaux des professionnels de santé libéraux qui sont les partenaires privilégiés des Agences régionales de santé au niveau local. Les résultats aux élections URPS fixeront également au niveau national le paysage syndical pour les négociations conventionnelles avec l'assurance maladie pour les cinq ans à venir. Ces élections auront lieu pour la première fois à la même date pour l'ensemble des six professions concernées, par voie dématérialisée, ce qui permettra d'assurer la plus forte participation possible.

Elles renforceront la représentativité des syndicats des professionnels de santé dont l'implication dans la construction de la politique de santé n'a cessé de s'amplifier comme l'a récemment montré le Ségur de la santé.

Pour permettre une participation plus active des syndicats représentatifs des professionnels de santé à la démocratie sociale et sanitaire, le PLFSS 2021 prévoit de mettre en place un financement pérenne. Ce financement proviendra d'une fraction de l'actuelle contribution aux unions régionales (CURPS) payée par les professionnels de santé libéraux et d'une dotation de l'assurance maladie pour la participation des syndicats aux activités conventionnelles. La mise en place de ce nouveau financement

fera l'objet d'une concertation avec les professionnels de santé concernés au premier semestre 2021.

Par ailleurs, les négociations de la convention médicale devraient normalement, à cadre légal inchangé, s'ouvrir en janvier 2021. L'enjeu de ces négociations est majeur pour les médecins libéraux : tous les cinq ans elles permettent en effet de revoir les modes de rémunération comme les modes d'organisation de la médecine de premier recours. Or, en janvier 2021, les négociations conventionnelles en cours pour décliner les mesures du Ségur de la santé se concluront à peine et la campagne pour les élections aux URPS débutera.

Le PLFSS 2021 prolonge donc d'un an et demi l'échéance de la convention médicale pour permettre aux syndicats représentatifs de se consacrer d'abord au moment démocratique à venir et de se préparer ensuite à la négociation de la prochaine convention médicale.

Les simplifications des procédures déclaratives de revenus

Pour les activités de l'économie collaborative

Les particuliers exerçant de très petites activités économiques secondaires, notamment *via* des plateformes numériques, et qui réalisent de ce fait une activité professionnelle, pourront désormais s'acquitter de leurs cotisations sociales sans avoir besoin de créer une entreprise.

Les activités de vente de biens neufs ou surtout de prestations de services ponctuelles réalisées par des particuliers auprès d'autres particuliers se développent rapidement sous forme d'activité complémentaire générant des revenus pour les personnes qui complètent ainsi souvent une activité principale. Beaucoup des personnes qui développent ainsi ces activités ne souhaitent pas créer une entreprise, même une microentreprise, notamment du fait des démarches de création d'entreprise à effectuer.

La mesure proposée permettra à ces personnes, tant que leur chiffre d'affaires ou leurs recettes restent inférieurs à un seuil limité – proposé à 1 500 € – d'opter pour un système très simple : elles pourront s'acquitter de leurs cotisations de sécurité sociale à l'aide de leur seul numéro de sécurité sociale, sur une plateforme en ligne dédiée à la déclaration du chiffre d'affaires et à l'acquittement des cotisations par simple paiement. Ces personnes pourront s'ouvrir les mêmes droits que ceux des travailleurs salariés au sein du régime général, en fonction des revenus déclarés.

Cette mesure permettrait ainsi à ces personnes de se créer des droits sociaux au titre de toutes leurs activités, dans un contexte croissant de recours à ce type d'emplois (*jobbing*, nano activités, développement des plateformes, etc.).

Pour les travailleurs indépendants agricoles

Dans la continuité de la simplification des démarches administratives en faveur des travailleurs indépendants non agricoles engagée par l'article 19 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, emportant la **fusion des déclarations sociales et fiscales de revenus de ces assurés**, il est prévu dans le PLFSS pour 2021 de procéder à la même mesure pour les exploitants agricoles.

Ces déclarations présentent des redondances. C'est pourquoi leur unification simplifiera les formalités des travailleurs indépendants agricoles et leur permettra, dès 2022 pour leurs revenus de 2021, de déclarer de manière simultanée, dématérialisée et immédiate leurs revenus aux administrations fiscales et sociales.

Ainsi, la déclaration fiscale en ligne des revenus de l'ensemble du foyer sera pré-remplie à partir de la liasse fiscale professionnelle du travailleur indépendant, principalement réalisée par les experts comptables, et la déclaration sociale ne sera plus demandée.

Cette mesure bénéficiera à près de 400 000 exploitants agricoles.

Les simplifications administratives

La simplification du pilotage de la complémentaire santé solidaire

Le 4ème Comité interministériel de la transformation publique (CITP) a décidé de regrouper ou de supprimer plusieurs structures administratives (en particulier les organismes de moins de 100 ETP), dans un objectif de simplification du paysage administratif et de lisibilité de l'action publique et conformément aux préoccupations citoyennes révélées par les contributions au Grand débat national.

Les missions du Fonds de la complémentaire santé solidaire (CSS), établissement public administratif de 10 ETP seront désormais assurées par le ministère des solidarités et de la santé, la CNAM et l'ACOSS. Le financement de la complémentaire santé solidaire continuera d'être garanti, l'accès aux soins des publics en situation de précarité faisant partie des priorités du Gouvernement.

Le service public de la Sécurité sociale se transforme et se modernise au travers de grands projets

Un important chantier de modernisation de la délivrance des prestations sociales est en cours suite à la création, par la LFSS 2019, du Dispositif de ressources mensuelles (DRM). Grâce à la déclaration sociale nominative et à la mise en place du prélèvement à la source, les organismes de sécurité sociale disposent dorénavant de l'accès à un dispositif qui permet de véhiculer les montants des salaires déclarés et des prestations de sécurité sociale versées. L'accès à ce dispositif permet :

- d'éviter de solliciter les demandeurs (« dites-le nous une fois »),
- d'ajuster au mieux les prestations aux ressources du demandeur par l'accès à une donnée actualisée,
- d'en fiabiliser le versement.

Utilisé pour le calcul de la revalorisation différenciée des pensions de retraite en application de la LFSS 2020, ce dispositif est au cœur de la réforme des « allocations personnalisées au logement en temps réel », et a vocation à être utilisé à terme pour l'ensemble des prestations sous conditions de ressources (prime d'activité, revenu de solidarité active, prestations familiales, etc..).

L'unification du recouvrement dans la sphère sociale autour du réseau des URSSAF constitue également un chantier majeur de modernisation et d'optimisation de la fonction recouvrement, en même temps que sont développés des **synergies et services communs entre la DGFIP et les URSSAF.** Après le transfert intégral réussi des missions de recouvrement de l'ex-régime social des indépendants (RSI) au régime général, et alors que de nouvelles missions ont été confiées aux URSSAF par la Loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel (recouvrement de la contribution formation professionnelle, de la taxe d'apprentissage et de la contribution associée à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés), la branche recouvrement du régime général est mobilisée sur la mise en œuvre de la trajectoire ambitieuse fixée par la LFSS 2020 de transfert aux URSSAF du recouvrement de l'ensemble des cotisations et contributions sociales pour la quasi-totalité des salariés.

Cette simplification concernera la quasi-totalité des employeurs du secteur privé, qui paieront à l'URSSAF les cotisations jusqu'ici payées à l'AGIRC-ARRCO, mais aussi les employeurs des régimes spéciaux et les employeurs publics. Il s'agit d'une simplification majeure pour les cotisants et contribuables, puisqu'elle met fin à une organisation en silos qui conduisait à répliquer des démarches similaires auprès d'organismes différents et à des dates différentes. Cette unification doit se poursuivre.

La nécessité de rétablir la soutenabilité financière de la sécurité sociale, fortement impactée par la crise

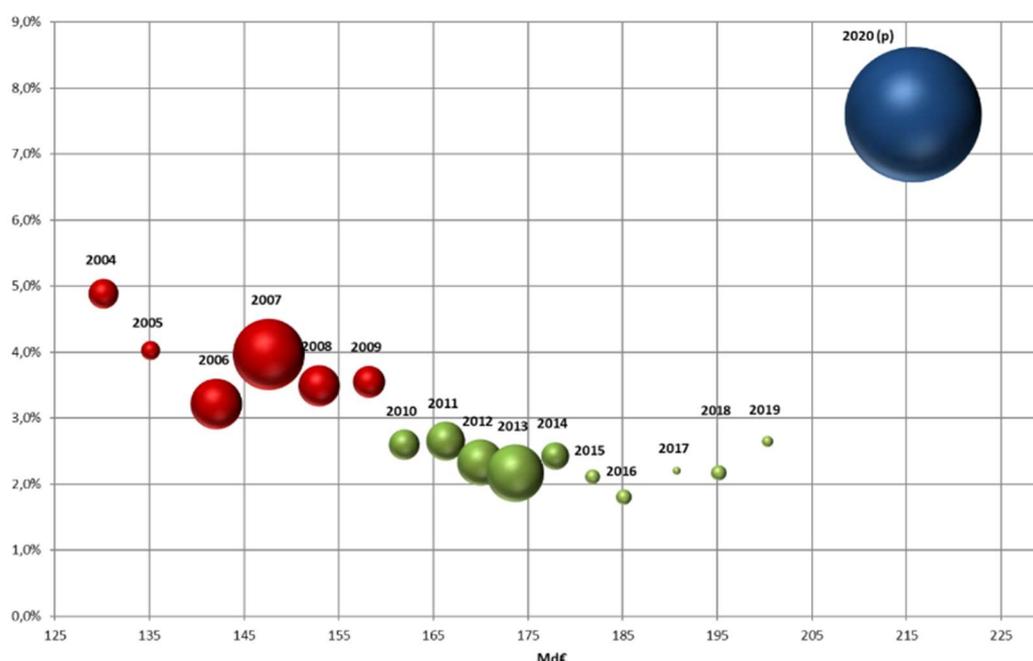
Les points clés

- **10,1 Md€ investis en sus des trajectoires financières de la LFSS 2020** pour faire face à la crise sanitaire et répondre aux engagements du Ségur de la santé
- **12,5 Md€ de dépenses d'assurance maladie supplémentaires en 2021** (hors dépenses liées à la COVID 19)
- **+6% d'évolution du taux de l'ONDAM en 2021** (hors crédits crise COVID)
- **44,4 Md€ de déficit du régime général et du FSV en 2020**

Une progression des dépenses d'assurance maladie sans précédent pour répondre aux besoins exceptionnels de la crise et aux décisions structurelles en faveur du secteur hospitalier

En 2020 les dépenses liées à la crise sanitaire et à la mise en œuvre des premières mesures du Ségur de la santé ont conduit à dépasser l'ONDAM de 10,1 Md€, soit une progression de +7,6%. Le niveau de l'ONDAM en 2020 s'élève ainsi à 215,7 Md€ (au lieu de 205,6 Md€ prévus en LFSS 2020).

Niveau et dépassements de l'ONDAM depuis 2004



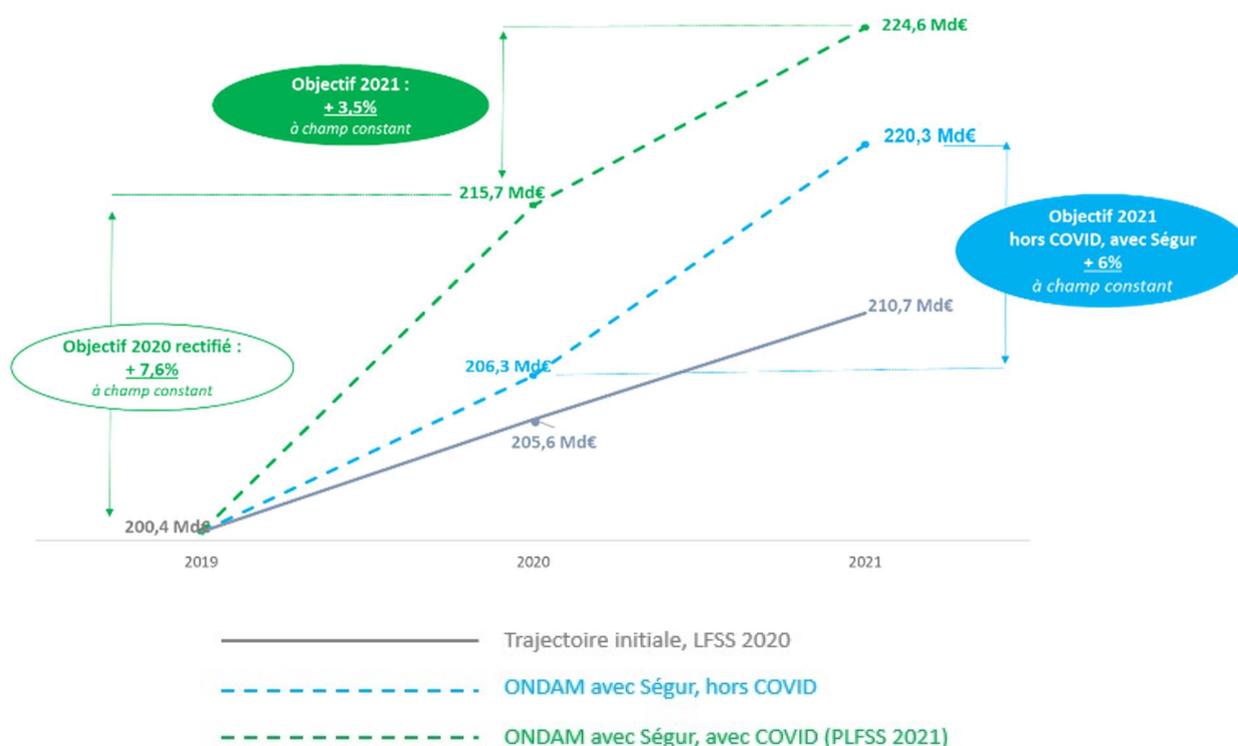
Note de lecture : en abscisses figure le niveau de dépenses constaté en milliards d'euro et en ordonnées le taux d'évolution associé ; la taille de la bulle représente l'ampleur du dépassement (en rouge) ou de la sous-exécution (en vert). Ainsi, en 2020, les dépenses totales dans le champ de l'ONDAM atteindraient 224,6 Md€, soit une évolution à périmètre constant de +7,6%.

En 2021 les dépenses de l'assurance maladie, en prenant en compte la poursuite de la lutte contre la COVID-19 et le déploiement des mesures du Ségur, sont estimées à 224,6 Md€, soit une évolution à champ constant de +3,5% par rapport à l'ONDAM rectifié 2020 (cf. graphique ci-dessous).

Hors prise en compte, en 2020 comme en 2021, de l'impact de la crise sanitaire en matière de surcoûts pour l'assurance maladie, l'ONDAM 2021 progresse +6% pour atteindre un montant de 220,3 Md€.

En 2021, à champ constant (hors prise en compte de l'élargissement des dépenses de l'ONDAM sur le volet médico-social), les dépenses d'assurance maladie augmenteront de +12,5 Md€ par rapport à 2020 (hors dépenses liées à la COVID19) et conduiront à investir massivement sur l'ensemble des sous-objectifs de l'ONDAM.

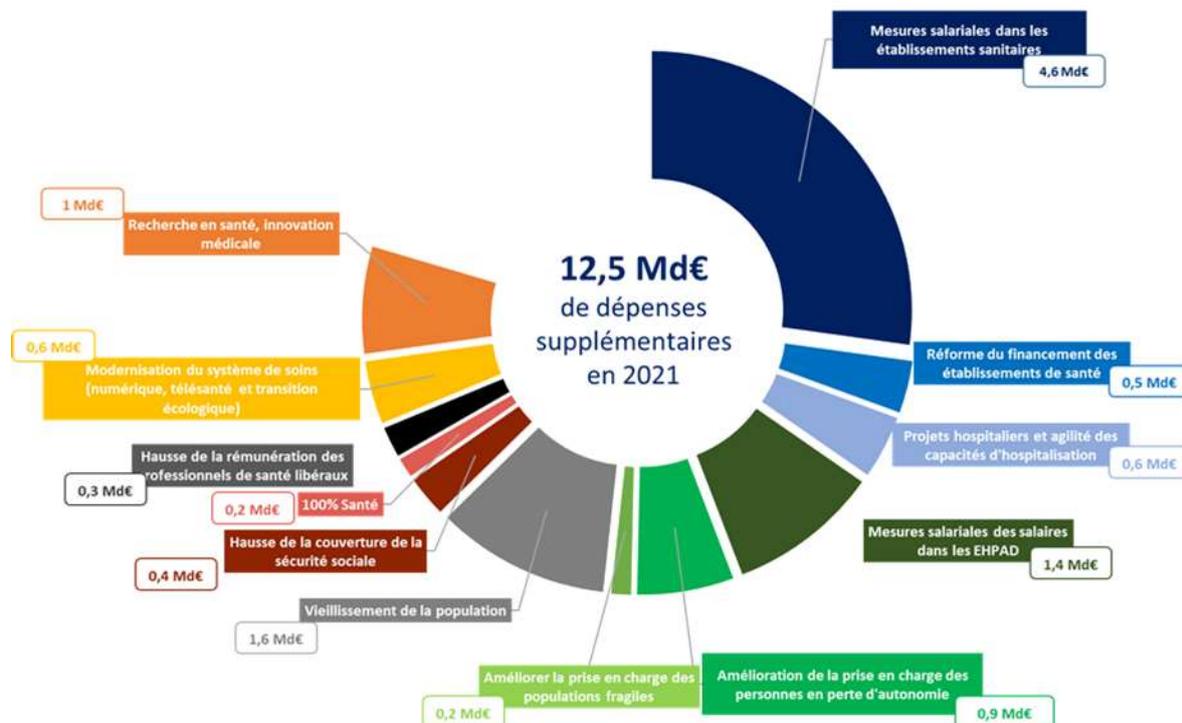
Récapitulatif des trajectoires et taux d'évolution des ONDAM 2020, et 2021, avec et sans prise en compte des dépenses directement liées au COVID



Augmentation en niveau des sous-ONDAM		ONDAM 2020 rectifié en PLFSS 2021		ONDAM 2021
ONDAM total	12,5 Md€	215,7	224,6	
Soins de ville	2,3 Md€	93,5	98,9	
Etablissements de santé	7,2 Md€	87,7	92,3	
ESMS-PA	2,0 Md€	11,5	13,4	
ESMS-PH	0,4 Md€	12,0	12,4	
FIR	0,2 Md€	3,8	3,8	
6ème sous-objectif	0,5 Md€	7,2	3,8	

En milliards d'€

La nature des dépenses supplémentaires pour 2021



Un objectif de soutenabilité financière qui doit perdurer

Poursuivre l'amélioration de l'efficacité et de la soutenabilité du système de santé

Les mesures de régulation intégrées à la construction de l'ONDAM 2021 s'élèvent à 4 Md€ et visent à poursuivre l'amélioration de l'efficacité du système de santé sans peser sur la réponse à la crise et les besoins de transformation des acteurs de santé. Elles sont articulées autour de quatre thématiques principales en lien avec la pertinence des prises en charge: la structuration de l'offre de soins (0,8 Md€), les baisses de prix sur les médicaments (0,6 Md€) et sur les dispositifs médicaux (0,1 Md€), la pertinence et la qualité des soins en ville (1 Md€), la pertinence et l'efficacité des arrêts de travail et des transports (0,3 Md€). Les dispositifs de lutte contre la fraude et la gestion dynamique du panier de soins contribuent quant à eux à hauteur de 0,1 Md€. Enfin, en plus de ces mesures de régulation, la construction de l'ONDAM 2021 intègre des recettes en atténuation de dépenses (1 Md€), avec la contribution exceptionnelle des organismes complémentaires décidée dans le cadre de la crise sanitaire. Elle tient également compte des effets de la hausse tendancielle des volumes de produits de santé sur les outils de régulation existants.

La construction de l'ONDAM tient également compte de la réduction de l'objectif de la baisse des prix tant pour les médicaments (- 300 M€) que des dispositifs médicaux (- 50 M€). La crise liée à la pandémie de COVID-19 a mis en lumière la nécessité d'alléger l'effort de régulation pesant sur les produits de santé tant pour préserver

l'approvisionnement en médicaments anciens dont l'utilité a été plus que démontrée que pour tenir compte des effets de la diminution de l'activité constatée dans les entreprises de dispositifs médicaux.

Le développement des alternatives à l'hospitalisation complète et le développement de la pertinence des hospitalisations s'inscrivent dans la continuité des actions des dernières années et doivent permettre d'améliorer la structure de l'offre de soins (0,3 Md€). Par ailleurs, l'amélioration de la performance interne des établissements de santé et médico-sociaux, qui passe essentiellement par la restructuration et l'optimisation des achats, se poursuit avec le programme PHARE (0,5 Md€).

Les actions de maîtrise médicalisée et les actions visant à modifier la structure des prescriptions en ville (masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, biologies, produits de santé, actes) visent un objectif de 570 M€. Les autres leviers habituels mobilisables en ville (protocoles, actes...) représentent un montant de 300 M€.

Enfin, les objectifs de régulation des dépenses d'indemnités journalières s'élèvent dans le cadre de cette construction à 185 M€ et incluent à la fois des actions de maîtrise médicalisée ainsi que l'effet report de la mesure de suppression de la majoration pour troisième enfant. Les actions relatives aux transports reposent en partie sur des actions de maîtrise médicalisée et la mise en œuvre du protocole conclu entre les taxis et l'assurance maladie (125 M€).

Les actions de contrôle et de lutte contre la fraude visent à réaliser 80M€ d'économies Elles porteront notamment sur le contrôle du paiement à bon droit des prestations, ou sur la recherche de fraudes en centres de soins et dans le secteur des dispositifs médicaux.

Le poste relatif à la gestion dynamique du panier de soins remboursé prend en compte l'impact de l'arrêt de la prise en charge par l'assurance maladie des spécialités et préparations homéopathiques.

Mesures de régulation prévues en 2021 (en millions d'€)

Structuration de l'offre de soins	805
<i>Structurer des parcours de soins efficaces (chirurgie ambulatoire, alternatives à l'hospitalisation, réduction des hospitalisations évitables, etc)</i>	265
<i>Améliorer la performance interne des établissements de santé et médico-sociaux</i>	540
Actions sur les tarifs des médicaments	640
Actions sur les tarifs des dispositifs médicaux	150
Pertinence et qualité des actes et des prescriptions	975
<i>Pertinence et adaptation tarifaire de la biologie</i>	140
<i>Pertinence et adaptation tarifaire de la radiologie (protocole)</i>	40
<i>Maîtrise médicalisée et structure de prescription (actes, certificats médicaux, antibiotiques...)</i>	570
<i>Promotion des génériques et biosimilaires</i>	110
<i>Pertinence et adaptation tarifaire sur les autres actes</i>	115
Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail et de transports	310
<i>Transports</i>	125
<i>Indemnités journalières</i>	185
Lutte contre la fraude et dispositifs de contrôle associés	80
Gestion dynamique du panier de soins remboursé	35
Effet de la hausse tendancielle des volumes sur les outils existants (dont remises sur les produits de santé)	500
Contribution exceptionnelle des organismes complémentaires dans le cadre de la crise sanitaire	500
TOTAL ONDAM	3995

Des recettes soutenues par la relance économique

La diminution de l'activité économique s'est traduite par une baisse massive des prélèvements sociaux et des recettes fiscales perçus par la sécurité sociale en 2020. En effet, les ressources de la sécurité sociale proviennent pour une large part des revenus d'activité, qui ont beaucoup souffert de la crise : les cotisations sociales, patronales et salariales, et la CSG – dont le rendement repose pour près des deux tiers sur les revenus d'activité – représentent 76 % des recettes du régime général en 2019.

La crise sanitaire, les mesures de restrictions prises pour l'endiguer et le ralentissement marqué de l'activité économique ont conduit de nombreuses entreprises à placer leurs salariés en activité partielle, dont l'indemnité est exonérée de cotisations sociales et soumise, comme les allocations chômage et en tant que revenu de remplacement, à un taux de CSG réduit (6,2 % contre 9,2 % pour les revenus d'activité). Ainsi, le recours à l'activité partielle, massif au cours du deuxième trimestre et encore élevé au cours des mois suivants, associé aux pertes d'emploi consécutives à la crise, a entraîné un effondrement de la masse salariale (estimé à -7,9 % sur l'année) et, par conséquent, des recettes de cotisations et de CSG.

De surcroît, pour préserver l'activité économique et l'emploi, le Gouvernement a mis en place un ensemble de mesures pour soutenir les entreprises et les travailleurs indépendants, qui incluent le report du paiement de cotisations sociales, mais aussi des dispositifs d'exonérations et d'aide au paiement en faveur des secteurs les plus touchés par la crise, dispositifs qui seront compensés par l'Etat à la sécurité sociale.

Ainsi, au total, les recettes du régime général et du FSV diminueraient de 5 % en 2020, soit 20 Md€.

En 2021, les recettes connaîtraient un fort rebond sous l'effet de la reprise économique, soutenue par le plan de relance. Les cotisations sociales du secteur privé et la CSG augmenteraient fortement, tirées par le dynamisme de la masse salariale (+6,5 %). Au total, les recettes du régime général et du FSV rebondiraient de 7 %. Elles retrouveraient un niveau supérieur de 2 % à 2019.

La trajectoire financière durablement impactée par la crise

Comme lors de la crise économique et financière de 2008, la sécurité sociale a joué un rôle d'amortisseur économique et social, en en atténuant les effets. Les prélèvements, proportionnels au niveau d'activité, se sont réduits alors que les dépenses ont été maintenues (retraites et prestations familiales) voire augmentées pour soutenir les plus fragiles et le système de santé (prestations sous condition de ressources, aides exceptionnelles ou dépenses de santé).

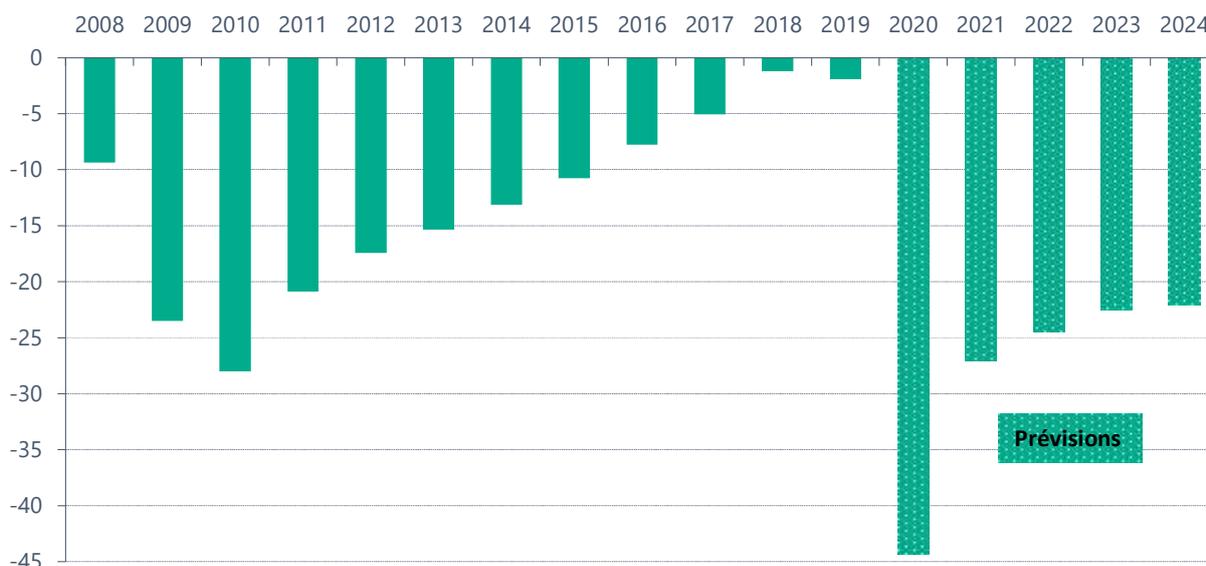
La crise sanitaire a ainsi eu pour conséquence une forte dégradation du solde de la sécurité sociale : le déficit du régime général et du FSV devrait atteindre 44,4 Md€ en 2020. Les prévisions pour les années suivantes sont très incertaines, puisqu'elles dépendent de l'évolution de la situation sanitaire et de la vigueur de la reprise économique au cours des prochains mois. Pour autant, les recettes sociales pourraient être durablement et substantiellement plus faibles que le niveau prévu avant la crise alors que les dépenses sont, à politique inchangée, sur une trajectoire d'augmentation substantielle qui se poursuivrait au-delà de la période de crise, notamment en raison des nouvelles dépenses générées par le Ségur de la santé. A ce stade, les prévisions

présentées dans le PLFSS font état d'un déficit persistant, qui pourrait encore dépasser 20 Md€ à horizon 2024.

Afin d'assurer la soutenabilité et la pérennité de la protection sociale pour tous les Français, le Gouvernement visera le rétablissement d'une trajectoire de retour à l'équilibre des comptes sociaux. Cela nécessite d'abord de soutenir l'économie pour surmonter la crise et préserver le potentiel de croissance français. Les mesures d'urgence mises en œuvre dès le mois de mars ont ainsi permis de préserver les revenus des ménages afin d'éviter des effets économiques durables sur le capital productif et la détérioration des compétences de salariés éloignés de l'emploi. Le plan de relance de 100 Md€ présenté par le Gouvernement début septembre vise à permettre à la France de créer de nouveau des emplois dès le début de l'année 2021 et de retrouver dès 2022 le niveau d'activité de 2019. Une réflexion sur les mesures nécessaires à une trajectoire de maîtrise des dépenses sociales sera engagée dans un second temps, une fois le pic de la crise surmonté. Elle pourra s'appuyer sur des outils renouvelés. Le rapport confié au Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie sur la rénovation de l'ONDAM constitue une première étape de cette démarche.

Déficit du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse, 2008-2024

En milliards d'euros



Les enjeux de lutte contre la fraude

Depuis plus de 15 ans, des moyens importants et en constante augmentation sont mobilisés par l'Etat et les caisses de sécurité sociale pour faire face à la lutte contre la fraude.

Des outils juridiques ont été mis en place pour permettre de mieux prévenir, détecter ou sanctionner la fraude. Ils seront renforcés si cela s'avère nécessaire pour augmenter la capacité de prévention, de détection et de prévention des fraudes. C'est dans ce cadre qu'a pu être créé un outil comme le Répertoire National Commun de la Protection Sociale (RNCPS), qui permet à tous les agents de contrôle des organismes de sécurité sociale d'accéder à toutes les données d'un assuré social. Il a été récemment enrichi de l'information du montant des prestations servies.

Près de 4300 agents sont mobilisées au quotidien au sein des réseaux des caisses de sécurité sociale pour traquer les fraudes.

En 2019 plus de 1,5Md€ de fraudes ont été détectées ou évitées, soit une augmentation de 25% par rapport à 2018. L'objectif pour 2020 sera à minima de dépasser ce montant de fraudes détectées ou évitées, même si la période de l'état d'urgence sanitaire aura sans doute été très perturbatrice.

Le renforcement des actions engagées passe en premier lieu par un plus grand recours aux outils numériques pour contrôler, détecter les situations de fraude ou mieux cibler les actions de détection (datamining). La récupération de données disponibles auprès d'autres opérateurs publics permet à la fois de prévenir et de détecter des fraudes, tout en simplifiant les démarches administratives de la majorité des assurés sociaux dans la logique « dites-le nous une fois ».

Ainsi, grâce à la généralisation de la déclaration sociale nominative (DSN) et la mise en place du prélèvement à la source permettent au dispositif de ressources mensuelles (DRM) de véhiculer des données de revenus fiables et actualisées pour calculer les droits sous condition de ressources. Ce dispositif DRM sera déployé progressivement pour l'ensemble des prestations sous conditions de ressources, dont les allocations logement au 1er janvier 2021. Il constituera un puissant outil de lutte contre la fraude en évitant les erreurs, intentionnelles ou non, dans les déclarations de ressources des assurés.

L'usage de la biométrie, qui est utilisé pour l'enrôlement des assurés dans le cadre de l'expérimentation en cours de la carte vitale dématérialisée (application sur smartphone) constitue un exemple d'usage des nouvelles technologies qui pourrait être amené à se développer. Son utilisation est notamment envisagée pour prévenir la fraude à l'usage de la carte vitale par un non assuré, ou pour contrôler de manière efficace l'existence des retraités du système de retraite français résidents à l'étranger.

Les rapprochements de fichiers entre administrations sont également mis à profit pour lutter contre la fraude. A titre d'exemple, le rapprochement entre les coordonnées bancaires communiquées par les assurés avec le fichier national des comptes bancaires de la DGFIP permet de vérifier l'identité du détenteur du compte. L'obligation de détenir un compte en France à son nom sur lequel devraient être versées les prestations sociales est envisagée pour permettre cette vérification.

De la même manière, le contrôle de la résidence en France fait l'objet d'échanges entre l'assurance maladie et d'autres administrations dont l'administration fiscale pour identifier les assurés ayant fixé leur résidence à l'étranger. Un plan d'actions renforcé associant tous les régimes est en cours de déploiement afin de réduire l'écart entre le nombre de personnes vivant en France et le nombre d'assurés figurant dans les bases des caisses d'assurance maladie.

La maîtrise de l'immatriculation à la sécurité sociale des personnes nées à l'étranger, même si la réalité de la fraude à ce titre est sans doute bien inférieure aux chiffres qui sont parfois cités est également un enjeu important. Ainsi, les droits accordés temporairement à une personne devront être systématiquement suspendus lorsque cette personne n'aura pas été en mesure de fournir les justificatifs d'état civil attendus dans les 9 mois suivant le lancement de la procédure d'immatriculation.

Un financement de la dette sociale par la CADES

La crise sanitaire liée à la Covid-19 a eu un impact sans précédent sur les finances sociales.

Outre une forte dégradation de la masse salariale qui constitue la principale assiette des contributions sociales, elle a conduit le Gouvernement à mettre en œuvre des reports de paiement des cotisations et contributions sociales massifs et immédiats afin de soutenir les entreprises affectées par les effets du confinement. La crise sanitaire a également conduit à une augmentation des dépenses de l'assurance maladie. À ce jour, ces reports représentent encore plus de 21 Md€ de moindres recettes encaissées par les URSSAF, entraînant un besoin de financement de court terme qui n'avait pas été anticipé.

C'est pourquoi, très rapidement après le début de l'état d'urgence sanitaire, le gouvernement a décidé de réduire ces besoins de financement – actuels et à venir – en prévoyant l'apurement d'une partie de la dette sociale.

Afin d'assurer un financement aux meilleures conditions et dans le but de conforter la maîtrise des comptes sociaux, les lois organique et ordinaire relatives à la dette sociale et à l'autonomie, promulguées le 7 août 2020, ont prolongé l'horizon d'amortissement de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) jusqu'à 2033 et organisé une reprise de dette de la sécurité sociale à hauteur de 136 Md€, soit 31 Md€ au titre des déficits passés, 13 Md€ de reprise de dette hospitalière et 92 Md€ au titre des déficits prévisionnels 2020-2023. S'il est déjà prévu de transférer 20 Md€ de dette de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) vers la CADES en 2020, les transferts se poursuivront en 2021 et les années suivantes.

L'amortissement de la dette sociale a vocation à s'inscrire dans une trajectoire de retour à l'équilibre des comptes sociaux.

CHIFFRES CLES MALADIE

2019



11,3 %

du PIB est consacré à la
dépense courante de santé
(11,2 % en 2010)



151

médecins généralistes pour
100 000 habitants
(-8 % par rapport à 2010)

188

médecins spécialistes pour
100 000 habitants
(+8 % par rapport à 2010)



7 %

des dépenses de santé restent à
la charge des ménages
(-2 points depuis 2010)



49 %

des femmes de 50 à 74 ans ont
effectué un dépistage du
cancer du sein
(-3 points depuis 2010)



24 %

des 18-25 ans fument du tabac
(-6 points depuis 2010)

88 % des médicaments délivrés en générique
parmi les produits disposant d'un générique
(+12 points depuis 2010)



48 %

des personnes à risque sont
vaccinées contre la grippe
(-12 points depuis 2010)



59 %

des actes chirurgicaux
pratiqués en ambulatoire
(+16 points depuis 2010)



7,5 %

de diminution de la
consommation d'antibiotiques
par personne depuis 2010



29,8

Md€*

de déficit pour la branche
maladie en 2020
(12 Md€ en 2010)

CHIFFRES CLES AT-MP

2019



11 Md€

de prestations versées en 2018
(-3 % en € constants par rapport à 2010)



34

accidents du travail avec arrêt
pour 1 000 salariés en 2018
(36 en 2010)



69 000

nouvelles personnes bénéficient
d'une reconnaissance de leur
maladie professionnelle
(71 000 en 2010)



32 %

des nouveaux accidents du
travail sont reconnus avec un
taux d'incapacité d'au moins
10 %
(+2 points depuis 2010)



81 %

des maladies professionnelles
concernent les troubles
musculo-squelettiques

La branche AT-MP est financée à 100 % par les
cotisations, 69 % de ces cotisations dépendent de la
sinistralité des entreprises
(+ 13 points depuis 2010)



15 %

des dépenses de la branche
AT-MP sont consacrées à
l'indemnisation des victimes de
l'amiante
(19 % en 2010)



1,6

million

de comptes professionnels de
prévention ont été ouverts



39

millions

d'aides financières à la
prévention ont été versées aux
TPE
(11 M€ constants en 2010)

59 % des accidents du travail ont lieu dans les secteurs
de la construction, de l'industrie et du commerce, du
transport et de l'hébergement-restauration

CHIFFRES CLES FAMILLE

2019



6,8
millions

de familles bénéficient d'au moins 1 prestation familiale



31,3
Md€

sont versés au titre des prestations familiales
(33 Md€ constants en 2010)



59

places de garde pour 100 enfants de - de 3 ans
(50 en 2010)



265 000

parents bénéficient d'une indemnisation de congé parental (PreParE/CLCA)
(539 000 en 2010)



65 %

des femmes avec deux enfants, dont au moins un de moins de 3 ans, sont en emploi
(60% en 2010)

Le niveau de vie des couples avec plus de 2 enfants atteint de 51 % de celui des couples sans enfant avant impôts et prestations et 64 % après ces transferts



5,6 Md€

sont alloués au Fonds national d'action sociale de la branche famille



790 000

parents isolés bénéficient de l'allocation de soutien familial
(750 000 en 2010)



68 %

des pensions alimentaires sont recouvrées avec succès par l'agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaires (ARIPA)
(+3 points par rapport à 2018)



3,3 Md€

de déficit pour la branche famille en 2020
(2,7 Md€ de déficit en 2010)

Le taux de pauvreté des moins de 18 ans passe de 33 % à 19 % grâce aux prestations sociales

CHIFFRES CLES RETRAITE

2019



16,4
millions

retraités tous régimes
(15,1 millions en 2010)



Les dépenses de retraite représentent 13,7 % du PIB
(13,1 % en 2010)



62,7 ans

âge moyen de départ à la retraite au régime général
(61,5 ans en 2010)



1 576 €
brut

de pension brute en moyenne par mois
(+61 € constants depuis 2010)



163
trimestres

soit 41 ans validés en moyenne au moment du départ à la retraite
(11 trimestres de plus qu'en 2010)

8,7 % des retraités vivent sous le seuil de pauvreté contre 14,8 % pour l'ensemble de la population
(-1,5 point depuis 2010)



28 %

d'écart de pensions entre les femmes et les hommes
(33 % en 2010)



53 %

des 55-64 ans ont un emploi
(40 % en 2010)



0,6
million

de bénéficiaires du minimum vieillesse
(-1 % depuis 2010)

1,4 cotisant pour 1 retraité au régime général
(comme en 2010)

CHIFFRES CLES AUTONOMIE

2019



73 Md€

d'effort de la Nation en faveur du soutien à l'autonomie
(+19 % en € constants depuis 2010)



21,7 Md€

versés en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie
(+14 % en € constants depuis 2010)



51,3 Md€

versés en faveur des personnes en situation de handicap
(+21 % en € constants depuis 2010)



315 000

bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH)
(154 000 en 2010)



1,3 million

bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)
(1,2 million en 2010)



59 %

des bénéficiaires de l'APA vivent à domicile
(61 % en 2010)



98 %

des dépenses de la CNSA sont couvertes par ses recettes en 2020

Les 10 départements les mieux dotés comptent :

1,8

places pour enfants en situation de handicap en établissements ou services médico-sociaux pour 100 enfants
(0,8 pour les 10 départements les moins bien dotés)

17,6

places en établissements médico-sociaux pour 100 personnes âgées
(9,2 pour les 10 départements les moins bien dotés)

CHIFFRES CLES FINANCEMENT

2019

Le déficit de la Sécurité sociale atteint 2,0 % du PIB en 2020

(1,2 % en 2010)



382 Md€

de recettes pour le régime général et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) en 2020



427 Md€

de dépenses pour le régime général et le FSV en 2020



6,77 %

taux de cotisation patronale au niveau du SMIC (entreprises de plus de 20 salariés)
(- 14 points par rapport à 2010)

Les prélèvements sociaux représentent 14 % du revenu disponible des ménages modestes



4 % du PIB

montant de la dette de la Sécurité sociale portée par la CADES en 2020

(comme en 2010)

Recouvrer 100 € coûte 24 centimes d'euros aux URSSAF

(33 centimes en 2010)

Les principaux financeurs de la Sécurité sociale sont :

48 %

les ménages

43 %

les entreprises

9 %

les administrations publiques

solidarites-sante.gouv.fr
economie.gouv.fr

#PLFSS2021