



Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 après adoption en première lecture par les députés le 27 octobre 2020

Calendrier du PLFSS

- Mercredi 7 octobre : présentation du texte en conseil des ministres
- Mercredi 7 octobre : dépôt du texte à l'Assemblée nationale
- Mardi 13 octobre : début de l'examen du texte à la commission des affaires sociales
- Mardi 20 octobre : début de l'examen du texte en séance publique
- Mardi 27 octobre : vote solennel sur le PLFSS pour 2021 à l'Assemblée nationale
- Mercredi 4 novembre : début de l'examen du texte à la commission des affaires sociales du Sénat
- Lundi 9 novembre : début de l'examen du texte en séance publique au Sénat
- Lundi 17 novembre : scrutin solennel sur le PLFSS pour 2021 au Sénat

Présentation du projet de loi

Ce PLFSS est présenté par le Gouvernement selon un triptyque : *gérer la crise sanitaire, adapter notre système de santé et octroyer de nouveaux droits sociaux.*

Il présente plusieurs mesures principales :

- un investissement dans le système de santé avec les augmentations de rémunérations pour les professionnels, le soutien à l'investissement des établissements de santé, des poursuites de réformes de financement et la mise en avant d'organisations para-hospitalières innovantes (maisons de naissance et hôtels hospitaliers)
- des mesures de protection face à la crise sanitaire et notamment des crédits supplémentaires de gestion de crise et des aides d'exonérations et reports de cotisations sociales pour les entreprises
- le lancement de la branche « autonomie » de la sécurité sociale, avec un financement propre et un cadre préparant la prochaine loi grand âge et autonomie
- l'allongement du congé paternité
- la réforme de l'accès aux médicaments innovants avec la fusion des dispositifs ATU / RTU en deux circuits distincts (accès précoces et compassionnels).

Sont surlignées en **vert** les mesures prévues en application de ce PLFSS et qui nécessiteront l'adoption de textes réglementaires ou d'ordonnances.

Sont surlignées en **jaune** les modifications apportées par l'Assemblée nationale en première lecture.

PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2019

Article 1^{er} : Approbation des tableaux d'équilibre de l'ONDAM et des éléments relatifs au FRR, au FSV et à la CADES

- Ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : déficit de 0,2 milliard d'euros, 1,7 milliard en comprenant le fonds de solidarité vieillesse (FSV).
- Régime général de la sécurité sociale : déficit de 0,4 milliard d'euros, 1,9 milliard en comprenant le fonds de solidarité vieillesse (FSV).
- Fonds de solidarité vieillesse : 1,6 milliard d'euros de déficit.
- Dépenses du champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) : 200,2 milliards d'euros.
- Dette amortie par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) : 16,3 milliards d'euros.

Article 2 : Approbation du rapport annexé (annexe A du PLFSS) sur les excédents ou déficits de l'exercice 2019 et le tableau patrimonial

DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2020

Article 3 : Création d'une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires en santé aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de Covid-19 au titre de 2020

- La contribution est due par les organismes déjà assujettis à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire, et est versée à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM).
- La contribution est perçue à hauteur de 2,6 % de l'ensemble des sommes versées en 2020 au titre des cotisations d'assurance maladie complémentaire, selon les mêmes modalités que la taxe de solidarité additionnelle, à l'exclusion des sommes versées au titre des garanties complétant les indemnités journalières de sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- La contribution est déclarée et liquidée au plus tard le 31 janvier 2021 et peut faire l'objet d'une régularisation annuelle au plus tard le 30 juin.

Article 4 : Contribution au financement de la prime Covid pour les personnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile

- À la suite d'un accord entre l'État et l'Association des départements de France, responsables des services d'aide et d'accompagnement à domicile, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) finance à hauteur de 80 millions d'euros maximum les conseils départementaux à destination de la prime exceptionnelle.
- L'aide est répartie entre les départements en fonction du volume d'activité de ces services.
- La contribution de la CNSA à la réforme du financement des services d'aide à domicile prévue par la LFSS pour 2020 est supprimée.

- Un rapport est remis au Parlement au plus tard le 1^{er} mars 2021 sur l'attribution de cette prime exceptionnelle ventilée entre les différents professionnels visés.

Après l'article 4

- Dans un délai d'un an après la promulgation de cette LFSS, le Gouvernement remet au Parlement un rapport dressant le bilan de l'expérimentation de la réforme du financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile prévue par la LFSS pour 2019.

Article 5 : Ratification des décrets de relèvement des plafonds d'emprunts de l'ACOSS et de la CCMSA

- La LFSS pour 2020 avait prévu des plafonds d'emprunts de 39 milliards d'euros pour l'Agence centre des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et 4,1 milliards d'euros pour la Caisse centrale de la mutualité sociales agricole (CCMSA).
- Les décrets mentionnés à cet article relèvent ces plafonds à respectivement 95 milliards d'euros et 5 milliards d'euros, à la suite de la crise sanitaire qui a fortement accru les besoins de financement de court terme des régimes obligatoires de sécurité sociale.

Article 6 : Mise en œuvre de la compensation des exonérations créées lors de la crise Covid

- Application de l'aide au paiement des cotisations sociales prévue par la loi de finances rectificative du 30 juillet 2020 : l'ACOSS et la CCMSA reversent aux organismes de protection sociale les cotisations dues, sans en déduire les exonérations prévues par le Gouvernement.
- L'État compense intégralement les cotisations non versées auprès de l'ACOSS et de la CCMSA.

Après l'article 6

- Est prolongé le dispositif d'urgence sanitaire prévoyant que les indemnités d'activité partielle soient uniquement assujetties à la CSG et à la CRDS au taux de 6,7 %, et que les contributions sociales dues sur ces indemnités ne peuvent conduire ces dernières en deçà du SMIC Brut. Également, est pérennisée la mesure de validation des trimestres de retraite de base au titre de l'activité partielle.
- Est créé un dispositif complémentaire d'exonérations de cotisations sociales au bénéfice des entreprises du tourisme, de l'hôtellerie, de la restauration, du sport, de la culture et de l'événementiel fermées totalement ou situées dans des zones de couvre-feu et ayant subi une baisse d'activité d'au moins 50 %. Le montant de la réduction est fixé par décret. La mesure est mise en place également pour les travailleurs indépendants. Ce dispositif complémentaire est élargi aux employeurs dont l'activité, bien que pas nécessairement située dans les mêmes zones géographiques, dépend de ce secteur et dont le chiffre d'affaires a baissé d'au moins 80 %.

Article 7 : Rectification des tableaux d'équilibre

- Les équilibres budgétaires pour l'année 2020 des différentes branches des régimes obligatoires de base de sécurité sociale sont rectifiés. La branche maladie accuse un déficit de 32,2 milliards d'euros, 45,2 milliards d'euros pour l'ensemble des branches, 48,4 milliards d'euros pour l'ensemble des branches y compris le fonds de solidarité vieillesse (FSV).
- Les équilibres budgétaires pour l'année 2020 des différentes branches du régime général de sécurité sociale sont rectifiés. La branche maladie accuse un déficit de 32,2 milliards d'euros, 43,5 milliards d'euros pour l'ensemble des branches, 46,6 milliards d'euros pour l'ensemble des branches y compris le fonds de solidarité vieillesse (FSV).

- Aucune recette n'est affectée au fonds de réserve pour les retraites, ni au fonds de solidarité vieillesse.
- La Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) a un objectif d'amortissement de la dette sociale fixé à 15,9 milliards d'euros.

Article 8 : Rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM

- Le montant de l'ONDAM pour 2020 était fixé à 205,6 milliards d'euros par la LFSS pour 2020. Le présent PLFSS le rectifie à hauteur de 218,4 milliards d'euros, soit une évolution de 9,09 % au lieu des 2,45 % prévus initialement
- Cette majoration s'explique par des surcoûts exceptionnels liés à la crise sanitaire à hauteur de 15,1 milliards d'euros ainsi que par des revalorisations salariales prévues par le Ségur de la santé à hauteur d'1 milliard d'euros.
- Ces surcoûts sont partiellement compensés par une sous-consommation des soins de ville pendant la crise sanitaire à hauteur de 4,3 milliards d'euros et une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires à hauteur de 1 milliard d'euros.

Article 9 : Rectification de la dotation FMESPP (FMIS)

- Le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) voit le montant de sa dotation pour 2020 passer de 649 millions d'euros à 449 millions d'euros.

TROISIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2021

TITRE 1^{er} : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE

CHAPITRE 1^{er} : TENIR COMPTE DE LA CRISE DE LA COVID-19
--

Article 10 : Création d'une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires en santé aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de Covid-19 au titre de 2021

- Cette contribution est identique pour l'exercice 2021 à celle prévue à l'article 3 pour l'exercice 2020, à la différence notable du taux de contribution, deux fois moindre ici.
- La contribution est due par les organismes déjà assujettis à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire et est versée à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM).
- La contribution est perçue à hauteur de 2,6 % de l'ensemble des sommes versées en 2021 au titre des cotisations d'assurance maladie complémentaire, selon les mêmes modalités que la taxe de solidarité additionnelle, à l'exclusion des sommes versées au titre des garanties complétant les indemnités journalières de sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.

- La contribution est déclarée et liquidée au plus tard le 31 janvier 2022 et peut faire l'objet d'une régularisation annuelle au plus tard le 30 juin 2022.

Article 11 : Affectation à la CNAM des excédents de la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) et des provisions relatives à la réserve de prévoyance de la Caisse de prévoyance et de retraite (CPRP) de la SNCF

- Sont prélevés par la CNAM les excédents constituant pendant l'exercice 2020 les réserves du régime de prévoyance de la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF.
- Sont prélevés au profit de la CNAM des montants de 40 millions d'euros parmi les excédents du fonds relatif aux actifs et de 135 millions d'euros parmi les excédents du fonds relatif aux inactifs de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières.

Article 12 : Sécurisation du mode de calcul de l'évolution du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS)

- Le PASS évolue en fonction du salaire moyen dans le secteur marchand non agricole, qui a fortement baissé en 2020 (les indemnités d'activité partielle ne constituent pas un élément de salaire). Or, le PASS est une valeur utilisée notamment pour déterminer certaines assiettes de prélèvements ou certains niveaux de prestation.
- Cet article dispose que le PASS ne peut être inférieur à celui de l'année précédente, sécurisant ainsi les droits et prestations des cotisants.

Article 13 : Prolongement du dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO-DE)

- L'exonération liée à l'emploi de TO-DE permettent au secteur agricole d'embaucher des travailleurs à moindres frais.
- Ce dispositif d'exonération prévu par la LFSS pour 2019 devait prendre fin au 1^{er} janvier 2021, le présent article repousse cette fin à 2023.

Après l'article 13

- Sont prévus des allègements de charges pesant sur les entreprises viticoles. Ainsi, 100 % des parts patronales des cotisations sociales sont exonérées pour les entreprises ayant constaté une baisse du chiffre d'affaires d'au moins 60 % en 2020 par rapport à 2019. Cette exonération passe à 50 % pour une baisse de chiffre d'affaires d'au moins 40 % et à 25 % pour une baisse du chiffre d'affaires d'au moins 20 %.
- Est supprimée l'exemption de prélèvements sociaux pesant sur les avantages accordés par un employeur ou un comité d'entreprise à des activités sportives. Cette exemption a été ajoutée à la loi d'accélération et de simplification de l'action publique, en cours d'examen, contre l'avis du Gouvernement.
- Le régime d'exonération de charges sociales patronales spécifiques applicable aux entreprises ultramarines est élargi au secteur audiovisuel à compter du 1^{er} janvier 2021.
- La surcotisation salariale applicable à la « prime de feu » des sapeurs-pompiers professionnels et pesant sur les conseils départementaux est supprimée à compter du 1^{er} janvier 2021.
- Est conservé au bénéfice des plans d'épargne retraite d'entreprise collectifs (PERECO) le système dit des « taux historiques » qui était appliqué lorsque ces plans résultent du transfert d'anciens plans d'épargne collectifs (PERCO). Les anciens PERCO ont en effet été transférés dans des PERECO.

Ainsi, au dénouement de ces contrats d'épargne, les taux de prélèvements sociaux appliqués aux PERECO seront ceux qui étaient appliqués au moment de l'abondement des PERCO, et non ceux en vigueur à l'instant T.

CHAPITRE 2 : POURSUIVRE LES SIMPLIFICATIONS POUR LES ACTEURS DE L'ÉCONOMIE

Article 14 : Simplification des démarches déclaratives et de paiement des cotisations sur les revenus issus de l'économie collaborative

- Les particuliers ayant une activité économique de vente de biens qu'ils ont confectionnés ou de revente de biens dont les recettes ne dépassent pas un certain seuil fixé par décret sont affiliés obligatoirement au régime général de sécurité sociale.
- Ces particuliers peuvent opter pour le dispositif simplifié de déclaration et de recouvrement de cotisations et de contributions sociales.
- Est rendue possible une interconnexion des données entre le réseau des URSSAF et la branche du recouvrement afin de lutter contre la fraude sociale.

Après l'article 14

- Les litiges du recouvrement de la contribution liée à l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés, recouvrement assuré par les URSSAF, sont attribués aux juridictions de sécurité sociale.
- La Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS) peut appliquer les mêmes règles de recours contre tiers responsables de lésions que les autres caisses d'assurance maladie.

Article 15 : Simplification des démarches déclaratives des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants agricoles

- Unification des déclarations sociales et fiscales des indépendants agricoles à partir de 2022.
- En pratique, les indépendants agricoles pourront remplir uniquement une déclaration de revenus, dont la MSA se servira pour calculer leurs cotisations et contributions.

Après l'article 15

- Le recouvrement des cotisations pesant sur les sociétés d'intérêt collectif agricole en électricité (SICAE) passera de la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) à la Mutualité sociale agricole (MSA) au 1^{er} janvier 2022.
- La compétence d'agrément, de suspension et de retrait d'agrément des agents de contrôle des caisses générales de sécurité sociale d'outre-mer, des agents de contrôle de la MSA à Saint-Barthélemy et des agents de contrôle de la MSA à Mayotte est confiée au directeur de la caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA) au 1^{er} janvier 2021.
- Est mis en œuvre le transfert aux URSSAF le recouvrement des cotisations et contributions sociales des marins non-salariés.
- Est créée une obligation de dématérialisation des paiements et des déclarations uniques simplifiées réalisés au guichet unique pour le spectacle vivant (GUSO), dispositif lié à l'emploi des intermittents du spectacle, à compter du 1^{er} janvier 2021.

Article 16 : Gouvernance de la nouvelle branche de sécurité sociale pour le soutien à l'autonomie

Missions

- La gestion de la branche de sécurité sociale pour le soutien à l'autonomie est confiée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Les missions de la CNSA vis-à-vis de cette branche sont codifiées au code de l'action sociale et des familles.
- La CNSA aurait ainsi pour missions de :
 - veiller à l'équilibre financier de la branche
 - piloter et assurer l'animation et la coordination des acteurs du champ des politiques d'autonomie des personnes âgées et handicapées
 - contribuer au financement de la prévention de la perte d'autonomie
 - contribuer à l'information des personnes âgées et handicapées et de leurs aidants
 - contribuer à la recherche et à l'innovation
 - contribuer à la réflexion prospective.
- Il est précisé que la caisse nationale d'autonomie garantit une équité territoriale et la qualité de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.
- Est précisée que l'information des personnes âgées, handicapées et de leurs proches aidants peut s'effectuer en créant localement des guichets uniques, en sus des services numériques.
- Est confiée à la CNSA l'objectif de contribuer à améliorer les conditions de travail et la valorisation des métiers participant à l'accompagnement et au soutien à l'autonomie des personnes âgées ou handicapées.

Moyens

- Outre la contribution solidarité autonomie (CSA) et la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), une fraction du produit de la CSG est affectée au financement de la CNSA selon un montant déjà fixé au code de la sécurité sociale.
- La CNSA assurerait les financements suivants :
 - financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux
 - financement des aides à l'investissement au bénéfice de ces établissements ou services ainsi que de l'habitat inclusif
 - financement des concours versés aux départements et destinés à couvrir une partie de l'allocation personnalisée d'autonomie, de la prestation de compensation, des coûts d'installation ou de fonctionnement des MDPH
 - financement des actions de prévention
 - financement des autres dépenses d'intervention en faveur des personnes handicapées, âgées dépendantes et aidants ainsi que de la gestion administrative.
- La CNSA ne peut concourir au financement de l'APA versée par les départements pour un montant supérieur à 7,7 % des produits qu'elle reçoit au titre de la CSA, la CASA et la CSG.
- La CNSA ne peut concourir au financement de la prestation de compensation versée par les départements pour un montant supérieur à 2 % des produits qu'elle reçoit au titre de la CSA, la CASA et la CSG.
- Le concours de la CNSA au financement des coûts d'installation ou de fonctionnement des MDPH est réparti selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État.

- Les taux et assiettes de la CSA et de la CASA ne changent pas. Le détail de ces contributions est supprimé du code de l'action sociale et des familles et transféré au code de la sécurité sociale.

Pilotage

- Comme pour les autres branches, une convention d'objectifs et de gestion lie l'État à la CNSA.
- Le Conseil de la CNSA voit ses missions affinées : il peut être saisi par les ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes handicapées et des personnes âgées de toute question relative à la politique de soutien à l'autonomie. Il délibère sur les budgets nationaux de gestion et d'intervention, sur proposition du directeur de la CNSA.
- La transmission annuelle au Parlement et au Gouvernement d'un rapport sur les comptes de la CNSA, prévue au code de l'action sociale et des familles, est supprimée.
- Ce présent article habilite le Gouvernement à prendre par **ordonnance**, dans un délai de 12 mois, toute mesure visant à intégrer au code de la sécurité sociale les dispositions relatives à la CNSA et mettre en cohérence les dispositions du code de la sécurité sociale et du code de l'action sociale et des familles.

CHAPITRE 4 : ASSURER LA SOUTENABILITÉ DES DÉPENSES DE MÉDICAMENTS

Article 17 : Mécanisme de clause de sauvegarde sur les produits de santé

- Le régime d'exonération de la clause de sauvegarde est modifié de la manière suivante : une entreprise signataire d'un accord de versement de cette contribution sous forme de remise avec le CEPS est exonérée de la clause de sauvegarde si la remise est supérieure ou égale à 95 % du montant dont elle est redevable au titre de cette clause. Le taux passe ainsi de 80 % à 95 %.
- Cependant, le taux peut baisser jusqu'au taux initial de 80 % si l'entreprise a négocié avec le CEPS une baisse du prix net d'une ou plusieurs spécialités qu'elle exploite.
- Le pourcentage applicable à chaque entreprise est déterminé selon un barème fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction du montant des économies réalisées par l'assurance maladie grâce à ces baisses de prix.
- Le « prix net » est calculé en défalquant les remises traditionnelles :
 - du prix de vente au public des médicaments, minoré des marges décidées par les ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale et des taxes en vigueur
 - du prix de cession au public en cas de médicament sur liste de rétrocession
 - du tarif de responsabilité de la liste en sus.
- Le montant « M » de déclenchement de la contribution pour les médicaments est fixé à 23,99 milliards d'euros.
- Le montant « Z » de déclenchement de la clause de sauvegarde applicable aux dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus est fixé à 2,09 milliards d'euros.

Après l'article 17

- Chaque année est communiqué au plus tard le 30 septembre le montant remboursé des dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus pendant les six premiers mois de l'année, sur la base duquel est assise la clause de sauvegarde. Cela indique ainsi une trajectoire des dépenses qui permet

d'anticiper un déclenchement de la clause de sauvegarde et les provisions nécessaires pour la verser.

- Est majoré de 0,01 point le taux de la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques au profit de l'ANSM.
- Le Gouvernement remet avant le 1^{er} septembre 2021 un rapport sur l'avenir de la clause de sauvegarde et des mécanismes actuels de soutenabilité des dépenses des médicaments face au développement des biothérapies. Il est précisé que le rapport devra étudier l'opportunité de développer comme outil de soutenabilité la mise en place de bioproduction académique.

Article 18 : Financement de la branche autonomie et transferts financiers entre la sécurité sociale et l'État et entre régimes de sécurité sociale

- Le taux du produit de la taxe sur les salaires versé à la branche famille de la sécurité sociale passe de 27,57 % à 19,09 %.
- Le taux du produit de la taxe sur les salaires versé à la branche maladie de la sécurité sociale passe de 19,09 % à 27,57 %.
- Les taux de versement de produits de la CSG aux régimes obligatoires d'assurance maladie (lorsque les contributions portent sur les revenus d'activités) et à l'assurance maladie (lorsque la contribution porte sur les autres revenus) évoluent dans le sens d'une baisse des produits de la CSG dévolus à la branche maladie et à une augmentation des produits de la CSG dévolus à la branche autonomie :
 - passage de 5,95 % à 4,27 % pour la contribution sociale sur les revenus d'activité et sur les revenus de remplacement
 - passage de 4,65 % à 2,74 % pour la contribution sur les allocations de chômage
 - passage de 4,77 % à 1,90 % pour la contribution sur les pensions de retraite, d'invalidité et de préretraite
 - passage de 3,2 % à 1,29 % pour les pensions de retraite et d'invalidité et allocations chômage des personnes aux revenus très modestes
 - passage de 3,07 % à 0,20 % pour les pensions de retraite et d'invalidité des personnes aux revenus modestes.
- Le taux de versement de produits de la CSG sur les revenus de remplacement au fonds de solidarité vieillesse (FSV) change sensiblement d'assiette et passe de 1,98 % à 2,93 %.
- Le taux de versement de produits de la CSG à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie passe de 0,23 % à 1,91 %.
- Le taux de versement des produits de la contribution sociale sur les produits de placement au FSV passe de 8,60 % à 6,69 %.
- Un taux de versement des produits de la contribution sociale sur les produits de placement est affecté à la branche autonomie à hauteur de 1,91 %.
- Le produit de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire est ventilé entre le fonds de la complémentaire santé solidaire, du fonds spécial d'invalidité et de la branche maladie de la sécurité sociale.

Article 19 : Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l'annexe 5

- La compensation par l'État des exonérations de cotisations s'élève pour 2021 à 5,3 milliards d'euros.

Article 20 : Approbation des prévisions de recettes par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse (FSV)

- En 2021, le déficit des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale atteindrait 24,6 milliards d'euros, plus 2,4 milliards d'euros de déficit du FSV.
- La branche maladie connaîtrait en 2021 un déficit de 19,9 milliards d'euros, 199,4 milliards d'euros de recettes et 219,1 de dépenses.
- La branche accidents du travail et maladies professionnelles connaîtrait en 2021 un excédent de 0,6 milliard d'euros, 14,8 milliards d'euros de recettes et 14,1 milliards d'euros de dépenses.
- La branche vieillesse connaîtrait en 2021 6,4 milliards d'euros de déficit, 245,5 milliards d'euros de recettes et 251,9 milliards d'euros de dépenses.
- La branche famille connaîtrait en 2021 un excédent de 1,1 milliard d'euros, 50,5 milliards d'euros de recettes et 49,3 milliards d'euros de dépenses.
- La branche autonomie connaîtrait en 2021 un déficit de 300 millions d'euros, avec 31,3 milliards d'euros de recettes et 31,6 de dépenses.

Article 21 : Approbation des prévisions de recettes par branche du régime général et du FSV

- En 2021, le déficit du régime général de la sécurité sociale serait de 25,4 milliards d'euros, toutes branches confondues.
- La branche accidents du travail et maladies professionnelles connaîtrait un excédent de 0,5 milliard d'euros, avec 13,2 milliards d'euros de recettes et 12,7 milliards d'euros de dépenses.
- La branche vieillesse accuserait un excédent de 7,2 milliards d'euros, avec 137,6 milliards d'euros de recettes et 144,7 milliards d'euros de dépenses.
- Les comptes des autres branches sont inchangés par rapport à l'article 20.

Article 22 : Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du fonds de réserve pour les retraites (FRR) et du FSV

- Pour 2021, les recettes du fonds de solidarité vieillesse sont de 16,7 milliards d'euros, c'est à dire 16,9 au titre de la CSG, auxquelles sont soustraits 0,2 milliard d'euros de charges de non-recouvrement. Les prévisions de recettes mises en réserve sont fixées à 0 euros.
- Pour 2021, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 17,1 milliards d'euros.
- Les prévisions de recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites sont nulles.

Article 23 : Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes

- Pour l'exercice 2021, le plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) est fixé à 95 milliards d'euros, c'est-à-dire le même que pour l'exercice 2020. Celui de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) est fixé à 500 millions d'euros, celui de la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP-SNCF) à 750 millions d'euros, celui de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) à 465 millions d'euros, celui de la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) à 150 millions d'euros et celui de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) à 3,6 milliards d'euros.

Article 24 : Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)

- Sont détaillées en annexe au PLFSS la trajectoire pluriannuelle des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale ainsi que les estimations ayant permis cette projection.
- Le déficit de la branche maladie est ainsi prévu à 19,7 milliards d'euros (2021), 18,2 milliards d'euros (2022), 17,6 milliards d'euros (2023), 17,4 milliards d'euros (2024).
- Le déficit du régime général devrait passer de 25,4 milliards d'euros en 2021 à 19,4 en 2024.
- La nouvelle branche autonomie, accuserait un déficit de 300 millions d'euros en 2021, 500 millions d'euros en 2022, 300 millions d'euros en 2023, et un excédent de 2,1 milliards d'euros en 2024.
- L'ONDAM, fixé à 3,5 % pour 2021, passerait à 1,1 % en 2022, 2,4 % en 2023 et 2,3 % en 2024.

QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2021

CHAPITRE 1^{er} : METTRE EN ŒUVRE LES ENGAGEMENTS DU SÉGUR DE LA SANTÉ

Avant l'article 25

- Sont mobilisés pour 2021 150 millions d'euros pour renforcer l'attractivité et la dignité des métiers de l'aide à domicile et la fluidité des parcours de formation et d'emploi.

Article 25 : Revalorisation des carrières des personnels non médicaux dans les établissements de santé et les EHPAD

- Les personnels non médicaux exerçant au sein d'établissements ou structures publics concourant à la mission de service public de santé ou au sein d'EHPAD publics bénéficient d'un complément de traitement indiciaire, dans des conditions fixées par décret, à partir du 1er septembre 2020.
- Les militaires et personnels de l'État admis à faire valoir leurs droits à la retraite à partir du 1er septembre 2020 et ayant perçu le complément de traitement indiciaire ont droit à un supplément de pension, calculé dans les conditions prévues à l'article L.15 du code des pensions civiles et militaires de retraite.
- Les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers et ouvriers des établissements industriels de l'État bénéficient également de ce supplément de pension dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

Article 26 : Relancer l'investissement pour la santé

- Le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est renommé Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS). Les destinataires de ce fonds sont, outre les établissements de santé et les groupements de coopération sanitaire, élargis aux structures d'exercice coordonné et aux établissements et services médico-sociaux.
- Les dépenses pouvant être financées par le FMIS sont élargies aux dépenses engagées dans les actions de modernisation, adaptation, restructuration des systèmes d'information en santé.

- L'interopérabilité des logiciels informatiques est posée comme condition du financement par le FMIS des dépenses engagées pour la transformation et la modernisation des systèmes informatiques.

Article 27 : Favoriser l'investissement courant à travers la reprise de la dette des établissements de santé assurant le service public hospitalier

- Les organismes de la branche maladie de la sécurité sociale peuvent procéder, chaque année jusqu'en 2034, à des versements au profit des établissements publics de santé et des établissements de santé privés participant à l'activité du service public hospitalier.
- Ces établissements doivent être volontaires et signataires d'un contrat avec l'ARS avant le 31 décembre 2021, contrat déterminant les engagements que les versements visent à soutenir et signés pour une durée maximale de dix ans.
- Les versements visent à reprendre les échéances des emprunts contractés par les établissements au 31 décembre 2019. Ils ne peuvent excéder, pour l'opération nationale totale, treize milliards d'euros.
- Les dispositions de ces contrats font l'objet d'un suivi par le conseil territorial de santé concerné.
- Les modalités retenues pour déterminer l'encours sont publiées par l'ARS.

Article 28 : Poursuivre la réforme du financement des établissements de santé

- Les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation en service MCO (médecine / chirurgie / obstétrique) ou odontologie donnent lieu à une participation de l'assuré social aux frais occasionnés par son passage sous forme de forfait, dont le montant est déterminé par arrêté pris après avis de l'UNCAM et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM). Ce forfait remplace le ticket modérateur mais comporte des exceptions :
 - le forfait peut être réduit en cas de grossesse, d'affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, d'invalidité, de titulaire d'une allocation à la suite d'un accident de travail ou maladie professionnelle, de nouveau-né dans les 30 jours suivant la naissance.
 - le forfait peut être supprimé en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel, pour les victimes d'acte de terrorisme, pour les soins consécutifs aux sévices subis par les mineurs victimes d'infractions sexuelles.
- La fixation annuelle du montant alloué à chaque établissement en fonction de la dotation populationnelle, nouveau financement des services d'urgence prévu par la LFSS pour 2020, est dévolue à l'ARS et non plus à l'État. Il est indiqué que la répartition de la dotation populationnelle entre régions a pour objectif de réduire les inégalités d'allocation de ressources entre les régions, réduction dont les modalités et la trajectoire sont précisées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- Les besoins de santé de la population du territoire, en tant que critères de fixation de la garantie pluriannuelle de financement des activités de médecine des hôpitaux de proximité, ne seraient plus définis par le projet régional de santé et ses déclinaisons territoriales.
- Les tarifs spécifiques de chaque établissement pour les activités de psychiatrie et soins de suite et réadaptation sont maintenus jusqu'au 31 décembre 2021 à la place de la tarification nationale journalière. La réforme du ticket modérateur en psychiatrie et SSR est reporté au 1^{er} janvier 2022.
- Report de la réforme des contrats d'amélioration de la qualité en établissements de santé (CAQES).

- Est créé, du 1^{er} janvier 2021 au 1^{er} janvier 2024, un coefficient de transition permettant de lisser dans le temps les impacts de la réforme sur la trésorerie des établissements, selon des modalités fixées par décret.
- L'entrée en vigueur du forfait post-urgences est fixé au 1^{er} septembre 2021.

Après l'article 28

- Création d'une dotation mission d'intérêt général (MIG) consacrée au financement des dispositifs de prise en charge des femmes victimes de violences.
- Est mis en place un dispositif de rescrit tarifaire, permettant aux établissements de santé de demander au ministère de la santé un avis d'interprétation sur une situation donnée concernant la facturation applicable à une hospitalisation.
- Est mis en place un malus dans le financement à la qualité en fonction des résultats des établissements en matière d'orientation de patients en dialyse à domicile et autodialyse.
- Le Gouvernement remet au Parlement dans les trois mois suivant la promulgation de cette LFSS un rapport sur le financement et la labellisation des hôpitaux de proximité.

Article 29 : Expérimentation d'un modèle mixte de financement des activités de médecine

- Les établissements de santé exerçant des activités de médecine peuvent bénéficier, par dérogation au système de la T2A et après fixation de la liste des établissements volontaires par arrêté, d'une dotation socle basée sur un pourcentage de la valorisation économique des activités de médecine de l'année N-1.
- L'État peut autoriser un financement des activités de médecine composé d'une dotation reposant sur des caractéristiques populationnelles, d'un paiement à l'activité et à l'acte, et d'un financement à la qualité selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État.
- Un rapport d'évaluation des expérimentations sera transmis au Parlement avant le 26 juin 2026.

Article 30 : Pérennisation et développement des maisons de naissance

- Définition des maisons de naissance, des conditions d'ouverture, de fonctionnement et de fermeture de ces maisons et de l'exercice des professionnels en leur sein (dans le code de santé publique).
- La direction médicale des maisons de naissance est assurée par des sages-femmes.
- Est précisé que le développement des maisons de naissance est fait dans le sens du renforcement du libre choix par les femmes de l'accouchement le plus adapté à leurs besoins.

Article 31 : Soutien au développement des hôtels hospitaliers

- À partir d'un cahier des charges fixé par arrêté, les établissements de santé peuvent du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2023 bénéficier d'un financement spécifique visant à développer une offre d'hôtel hospitalier en amont ou en aval d'une hospitalisation pour les patients ne nécessitant pas d'hébergement hospitalier.
- La gestion peut être confiée à un tiers.
- Un rapport d'évaluation du développement de ces hôtels est réalisé au 31 décembre 2022 et intègre une évaluation de la prise en charge des publics isolés.

Après l'article 31

- Le Gouvernement remet au Parlement dans les six mois suivant la promulgation de cette LFSS un rapport sur la mise en place de la nouvelle tarification des transports bariatriques (transport des personnes souffrant d'obésité).

Article 32 : Prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire des téléconsultations

- Jusqu'au 31 décembre 2021, les téléconsultations sont intégralement prises en charge par l'assurance maladie.
- L'avant-projet prévoyait d'étendre cette mesure jusqu'au 31 décembre 2022.

Article 33 : Report de la convention médicale

- La convention médicale liant les médecins libéraux et l'assurance maladie voit son échéance repoussée de janvier 2021 au 31 mars 2023.

Après l'article 33

- Les assurés sociales recourant à une interruption volontaire de grossesse bénéficient du tiers-payant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la prise en charge est protégée par le secret afin de préserver l'anonymat de l'intéressée.
- Est créée la possibilité de mettre en place des mesures de limitation d'accès au conventionnement des centres de santé, à l'instar des professionnels de santé exerçant en libéral, pour la cohérence des dispositifs de régulation dans les zones surdotées.
- Est rendu obligatoire le tiers payant intégral sur les équipements et les soins du panier « 100 % Santé » pour les organismes de complémentaire santé proposant des « contrats responsables ».

Article 34 : Assurer une meilleure prévention des risques et garantir la préservation de la santé au travail par une action coordonnée des professionnels de santé sur le territoire

- Expérimentation, au sein des caisses de la mutualité sociale agricole d'un élargissement des compétences des infirmiers de santé au travail pour leur permettre de réaliser davantage d'actes appartenant pour l'heure à la compétence des médecins.

Après l'article 34

- Le délai de carence en cas d'arrêt de travail lors d'une reprise de travail à temps partiel pour motif thérapeutique est déjà appliqué pour les salariés. Il est étendu aux non-salariés agricoles.
- Les non-salariés agricoles qui exercent une activité salariée à côté de leur activité agricole, peuvent bénéficier des indemnités journalières du régime salarié en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle survenu sur l'exploitation.
- Est créé un dispositif d'indemnités journalières unique en cas d'arrêt maladie commun et obligatoire pour l'ensemble des professionnels libéraux affiliés à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) pendant les 90 premiers jours d'arrêt.
- Est expérimentée l'ouverture de la pratique des IVG instrumentales par les sages-femmes pour une durée de trois ans. Un décret précise les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation. Un arrêté précise la liste des établissements retenus pour participer à l'expérimentation selon un appel à projets national.
- L'État peut autoriser pour une durée de trois ans et à titre expérimental le financement par le fonds d'intervention régional de la mise en place, par certaines ARS, d'un parcours soumis à prescription

médicale et comprenant un bilan d'activité physique et de suivis nutritionnels et psychologiques. Le dispositif est centré sur les patients en ALD victimes d'une complication du diabète de type 2. Un décret précise les modalités de mise en œuvre.

- L'État peut autoriser pour une durée d'un an et à titre expérimental le financement par le fonds d'intervention régional de la mise en place, par certaines ARS, d'une consultation sur la santé sexuelle réalisée au bénéfice des assurés entre leur quinzième et leur dix-huitième anniversaire. Un décret précise les modalités de mise en œuvre.

CHAPITRE 2 : ALLONGER LE CONGÉ PATERNITÉ ET D'ACCUEIL DE L'ENFANT ET LE RENDRE POUR PARTIE OBLIGATOIRE

Article 35 : Allonger la durée du congé paternité et d'accueil de l'enfant et le rendre obligatoire

- Doublement de la durée du congé paternité. Ce dernier devient obligatoire sur une période de 7 jours consécutifs à la naissance de l'enfant.
- Le congé pour adoption pour les familles adoptantes n'ayant pas d'enfants ou un enfant à charge passe de dix à seize semaines.
- Le champ des bénéficiaires du congé de naissance est aligné sur celui du congé de paternité.

Après l'article 35

- Est permis aux greffes des tribunaux d'indiquer dans les éléments transmis aux caisses d'allocations familiales pour la gestion de l'intermédiation financière des pensions alimentaires le fait que cette intermédiation a été prononcée par le juge lorsque le parent débiteur a fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour des faits de menaces ou violences sur le parent créancier ou l'enfant, ou lorsque de tels actes sont mentionnés dans une décision de justice concernant le parent débiteur.
- La prime à la naissance est versée avant la naissance de l'enfant.

CHAPITRE 3 : TIRER LES CONSÉQUENCES DE LA CRISE SANITAIRE

Article 36 : Adaptation du dispositif de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie en cas de risque sanitaire grave

- Assouplissement et élargissement du périmètre de la prise en charge exceptionnelle des frais de santé en cas de risque sanitaire grave et des dérogations au droit commun.
- Est créée la possibilité d'attribuer à titre exceptionnel une allocation de remplacement aux exploitants agricoles en cas de risque sanitaire grave.

Article 37 : Revalorisation et transfert à la sécurité sociale de l'allocation supplémentaire d'invalidité

- Le financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité est transféré à la sécurité sociale.

Article 38 : Prises en charge dérogatoires de médicaments (refonte ATU – RTU)

- Refonte de l'actuel système d'accès et de prise en charge des thérapies faisant l'objet d'accès hors autorisation de mise sur le marché. Des médicaments ne bénéficiant pas d'AMM peuvent être pris en charge par l'assurance maladie pour :

- permettre aux patients souffrant de maladies graves ou rares de disposer de nouvelles thérapies présumées efficaces et sûres avant l’octroi de leur AMM ou après l’octroi de l’AMM mais avant décision de remboursement (ATU nominatives, ATU de cohorte, ATU pour extension d’indication, prise en charge anticipée post-AMM)
- permettre aux patients souffrant de maladies graves ou rares d’accéder à des médicaments disposant d’AMM dans d’autres pays mais non commercialisés en France (certaines ATU nominatives)
- encadrer la prescription hors-AMM de médicaments disposant d’autorisations de mise sur le marché pour une utilisation A, mais qui s’avèreraient efficaces s’ils étaient prescrits à un patient pour une utilisation B.
- À l’heure actuelle, six dispositifs différents d’accès précoce et compassionnel de médicaments hors AMM existent : autorisations temporaires d’utilisation (ATU) nominatives, ATU de cohorte, ATU en extension d’indication, post-ATU, recommandations temporaires d’utilisation (RTU), accès direct post-AMM. Cet article vise à regrouper ces mécanismes en deux dispositifs distincts :
 - un dispositif d’accès précoce pour les médicaments susceptibles d’être innovants avant leur autorisation de mise sur le marché
 - un dispositif d’accès compassionnel pour les médicaments qui ne sont pas destinés à obtenir une AMM mais qui répondent pour une situation précise à un besoin thérapeutique.
- Les mesures d’application de la présente refonte sont fixées par **décret**.
- Les conditions de prise en charge des médicaments après leur sortie du régime d’accès précoce sont précisées.
- Le Gouvernement remet au Parlement, dans les trois ans suivant l’entrée en vigueur de cette LFSS, un rapport évaluant l’impact de la refonte des modalités d’accès et de prise en charge des nouveaux médicaments innovants.

Après l’article 38

- Les entreprises mettent à disposition du CEPS, pour chaque médicament admis au remboursement ou inscrit sur une liste pour collectivités ou établissements publics, le montant des investissements publics de recherche et développement dont elles ont bénéficié pour le développement desdits médicaments, montant qui est rendu public. Les conditions d’application de cette mesure sont fixées par **décret**.

Article 39 : Renforcer la qualité des prestations de soins à domicile

- Est confiée à la HAS la mission d’établir un « référentiel des bonnes pratiques professionnelles des prestataires de service et des distributeurs de matériels » ainsi que de mettre en place une procédure de certification de ces professionnels.
- Est prévue la conclusion au niveau national d’un accord entre l’UNCAM et les prestataires de service et distributeurs de matériel (via leurs syndicats ou organisations) permettant de fixer les modalités de délivrance et de prise en charge des produits et prestations ainsi que leurs prix et qualités.
- Les produits et prestations de soins des prestataires de service et distributeurs de matériels ne seraient pris en charge par l’assurance maladie que si le professionnel a adhéré à l’accord ou si l’accord lui a été rendu applicable.

Article 40 : Simplification du pilotage de la complémentaire santé solidaire

- Reprise en main du fonds de la complémentaire santé solidaire par la CNAM, l'ACOSS et le ministère des Solidarités et de la Santé, chacun selon ses compétences propres.

Après l'article 40

- À titre expérimental et pour une durée de trois ans, afin de lutter contre le non-recours, les échanges et traitements de données entre organismes de sécurité sociale, autres administrations et collectivités territoriales à des fins d'identifications de droits. Un décret en Conseil d'État pris après avis de la CNIL précise l'étendue de l'application.

Article 41 : Modernisation du financement des syndicats représentatifs des professionnels de santé libéraux

- Une section spécifique sera créée auprès du fonds des actions conventionnelles (FAC), dépendant de la CNAM, pour financer les syndicats des professionnels de santé libéraux et les conseils nationaux professionnels (CNP).
- Ce financement sera alimenté par :
 - une fraction de la contribution aux URPS
 - une dotation de la branche maladie de la sécurité sociale, correspondant au montant des indemnités versées aux syndicats représentatifs pour leur participation aux instances de l'assurance maladie.
- Les crédits du fonds seront répartis entre les syndicats selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État en fonction de leur audience ou de leur effectif.

Article 42 : Isolement et contention

- Une décision du conseil constitutionnel a jugé le régime légal de recours à l'isolement et à la contention en unités de psychiatrie spécialisées en soins sans consentement anticonstitutionnel. Était notamment mise en cause la durée pendant laquelle une personne pouvait être soumise à ces mesures privatives de liberté sans contrôle du juge judiciaire.
- Cet article modifie donc ce régime légal en fixant des durées maximales d'isolement et de contention conforme aux recommandations de la HAS et précisant les modalités de contrôle du juge judiciaire.

CHAPITRE V : DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES REGIMES OBLIGATOIRES

Avant l'article 43

- Généralisation des remontées automatiques d'informations relatives aux renouvellements de titres de séjour entre les organismes de protection sociale.
- Prévention et sanction des fraudes ou tentatives de fraudes à l'immatriculation en cas de non-transformation d'un numéro d'attente en numéro d'inscription au répertoire (NIR) faute de production de pièces justificatives par l'assuré social.
- Doublement des plafonds de pénalités pouvant être prononcées par les directeurs des caisses en charge des prestations d'assurance vieillesse afin de lutter contre la fraude sociale.

- Mise en place d'une sanction en cas de non-respect de l'obligation par une personne de déclarer un changement dans sa situation familiale ou son lieu de résidence à son organisme de sécurité sociale, si ce changement affecte son rattachement au régime dont elle dépend.
- Les remboursements de l'assurance maladie aux professionnels de santé sont conditionnés à leur inscription à l'Ordre dont ils dépendent.

Article 43 : Dotation de l'Assurance maladie au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) et à l'ONIAM ; dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux ARS

- Est prévue une participation de l'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé de 1,032 milliard d'euros.
- Est prévue une participation de la branche autonomie au FMIS à hauteur de 100 millions d'euros.
- Est prévue une participation de la CNSA au fonds d'intervention régional (FIR) fléchée de la façon suivante :
 - 45 millions d'euros pour les groupements d'entraide mutuelle (GEM)
 - 96 millions d'euros pour les maisons pour l'intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer (MAIA).
- Est prévue un financement de l'ONIAM par une dotation de l'assurance maladie à hauteur de 130 millions d'euros.

Article 44 : Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

- Les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés à :
 - 219,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base
 - 217,6 milliards d'euros pour le régime général.

Article 45 : ONDAM 2021 et sous-objectifs

- Pour 2021, l'ONDAM des régimes obligatoires de base et de ses sous-objectifs est fixé comme suit :
 - dépenses de soins de ville : 98,9 milliards d'euros
 - dépenses relatives aux établissements de santé : 92,9 milliards d'euros
 - dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées : 13,6 milliards d'euros
 - dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées : 12,4 milliards d'euros
 - dépenses relatives au fonds d'intervention régional : 3,8 milliards d'euros
 - autres prises en charge : 3,8 milliards d'euros
 - total : 225,4 milliards d'euros.
- L'ONDAM d'assurance maladie est supérieur de 9,7 milliards d'euros par rapport à 2020, ce qui correspond à une hausse d'environ 6 % hors dépenses exceptionnelles de crise sanitaire.

Après l'article 45

- Absence d'application, pour l'année 2021 et exceptionnellement, du dispositif de « seuil d'alerte » de dépassement de l'ONDAM, obligeant les caisses d'assurance maladie à proposer des mesures d'économie des dépenses sociales en cas de dépassement de l'Objectif de 0,5 %.

Article 46 : Dotations au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva), au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), transfert de la compensation de sous-déclaration des accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité

- Le montant de la contribution de la branche AT-MP au FIVA est fixé à 220 millions d'euros pour 2021.
- Le montant de la contribution de la branche AT-MP au FCAATA est fixé à 468 millions d'euros pour 2021.
- Le montant du versement de la branche AT-MP à la branche maladie au titre des dépenses de cette dernière liées aux affections et accidents du travail non pris en charge par la branche AT-MP est de 1 milliard d'euros pour 2021.
- Les montants correspondant aux dépenses supplémentaires engendrées par les dispositifs de retraite anticipé pour incapacité permanente et de compte professionnel de prévention sont fixés respectivement à 176 et 10,6 millions d'euros pour 2021.

Après l'article 46

- Simplification de la procédure d'arrêt de travail et de versement des indemnités d'arrêt en cas d'accident du travail / maladie professionnelle.
- Simplification des modalités de délivrance et de tenue du registre des accidents du travail bénins.

Article 47 : Objectif de dépenses de la branche AT-MP

- Les objectifs de dépenses de la branche AT-MP sont fixés à 14,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et 12,7 milliards d'euros pour le régime général, pour 2021.

Après l'article 47

- Adaptation de la mesure de privation du conjoint survivant de la pension de réversion si ce dernier a commis un crime ou un délit à l'encontre de son conjoint. Cette mesure, issue de la loi visant à agir contre les violences au sein de la famille, est ici complétée afin de permettre au juge de ne pas appliquer cette peine additionnelle lorsque des circonstances particulières le justifient. Il s'agit de respecter le principe constitutionnel d'individualisation des peines, qui s'oppose à l'application automatique d'une sanction par le juge.
- Ouverture de la possibilité d'utiliser un système biométrique afin de vérifier qu'un concitoyen français résidant à l'étranger et bénéficiant d'une pension de retraite soit toujours en vie, afin de simplifier la procédure qui, pour l'heure, passe par l'édition annuelle de certificats de vie.
- Les bénéficiaires d'un congé de proche aidant (CPA) non indemnisé, une fois atteint le plafond de 66 jours d'allocation journalière de proche aidant (AJPA), sont affiliés automatiquement à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) du régime général.
- Les catégories d'aidants bénéficiant d'une affiliation à l'AVPF sont harmonisées, selon qu'ils sont salariés ou non-salariés.
- Quelle que soit l'activité professionnelle exercée, la durée maximale du droit à l'AVPF au titre de l'interruption d'activité pour s'occuper d'un proche sera d'une année au maximum sur l'ensemble de la carrière .

Article 48 : Objectif de dépenses de la branche vieillesse

- Les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixées à 251,9 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et 144,7 milliards d'euros pour le régime général, pour 2021.

Article 49 : Objectif de dépenses de la branche famille

- Les objectifs de dépenses de la branche famille sont fixées à 49,3 milliards d'euros pour 2021.

Après l'article 49

- Habilitation du Gouvernement à prendre des ordonnances permettant une convergence des droits sociaux des Mahorais vers le régime de droit commun de la sécurité sociale.

Article 50 : Objectif de dépenses de la branche autonomie

- Les objectifs de dépenses de la branche autonomie sont fixées à 31,6 milliards d'euros pour 2021.

Article 51 : Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)

- Les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées à 19,2 milliards d'euros (fonds de solidarité vieillesse).

Après l'article 51

- Le Gouvernement remet dans les six mois suivant la promulgation de cette LFSS au Parlement un rapport sur la capacité d'accueil dans le secteur médico-social, afin d'accueillir des enfants et adultes souffrant de handicap. L'objectif est de présenter la capacité d'accueil de ces structures, d'en dresser la cartographie, d'identifier le nombre de jeunes adultes maintenus en structures pour enfants et adolescents en situation de handicap, et de présenter les établissements pour adultes construits sur un modèle inclusif ou d'habitat diffus.