

LFSS POUR 2022

Principales mesures intéressant les professionnels de santé libéraux

ARTICLES	CONTENU
3	<p>Rattachement au régime général de la sécurité sociale ou au régime des praticiens et auxiliaires médicaux de professionnels de santé mobilisés au titre de la vaccination contre la COVID-19, pour lesquels n'existait pas de solution immédiate de déclaration des rémunérations perçues (étudiants, retraités, fonctionnaires).</p> <p>Assouplissement des règles de cumul emploi retraite pour les professionnels de santé pendant la crise sanitaire.</p>
4	<p>Extension du dispositif d'indemnisation pour perte d'activité (DIPA) aux professionnels de santé installés dans des communes isolées, ayant constaté une baisse d'activité au cours d'une période allant du 1er décembre 2020 jusqu'à une date fixée par décret, et au plus tard jusqu'au 30 avril 2021.</p> <p>Mise en place d'une aide versée par la CNAM aux médecins libéraux affectés par la répétition des déprogrammations sur le second semestre 2021. Cette aide vise à garantir le maintien d'un niveau minimum d'honoraires pour compenser la baisse des revenus d'activité au cours de la période allant du 1^{er} juillet 2021 jusqu'à une date fixée par décret et au plus tard le 31 décembre 2021 aux médecins conventionnés exerçant une activité libérale dans un établissement de santé privé.</p>

	L'échéance de remboursement du trop-perçu, pour les professionnels de santé qui ont bénéficié d'une avance au travers du DIPA supérieure au montant de l'aide auquel ils étaient éligibles, est repoussée du 31 décembre 2021 au 31 décembre 2022 afin que l'étalement des paiements puisse être suffisant.
5	Allègement de la taxe sur la vente en gros de spécialités pharmaceutiques.
10	Rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM au titre de l'année 2021 (objectif de dépenses de soins de ville de 105 milliards d'euros) - Le surcoût est notamment lié à la rémunération du personnel au titre de la campagne vaccinale, indemnités journalières dérogatoires, réalisation de tests diagnostiques en ville).
12	Poursuite de l'unification du recouvrement dans la sphère sociale : dans le cadre du transfert du recouvrement vers les URSSAF et les CGSS des cotisations actuellement recouvrées par la CIPAV, instauration d'un interlocuteur unique en matière de recouvrement des cotisations et contributions sociales pour les professionnels libéraux qui y sont affiliés.
19	Elargissement de l'expérimentation du régime de modulation des cotisations et contributions sociales en temps réel et suppression des pénalités en cas de sous-estimation de ces revenus en cours d'année pour les travailleurs indépendants.
24	Réforme du régime social du conjoint collaborateur : simplification des modalités de calcul des cotisations et contributions sociales associées, ouverture du bénéfice de ce statut aux concubins et limitation l'exercice de ce statut à cinq ans. Au-delà de cette durée, le conjoint continuant à exercer une activité professionnelle de manière régulière dans l'entreprise opte pour le statut de conjoint salarié ou de conjoint associé. À défaut, il est réputé avoir opté pour le statut de conjoint salarié. Possibilité pour le conjoint collaborateur de conserver son statut s'il ouvre ses droits à la retraite au plus tard le 31 décembre 2021.
26	Mise en cohérence des contributions sur le champ des produits de santé : simplification de la procédure déclarative et du calcul de la contribution dues par les fabricants et exploitants de produits de santé avec la fixation du plafond de contribution en fonction des montants remboursés.

<p>36</p>	<p>Définition des conditions de prise en charge de la télésurveillance¹ par l'assurance maladie (périmètre des activités, modalités d'évaluation, formes de financement).</p> <p>Pour être prises en charge par l'assurance maladie, les activités de télésurveillance médicale doivent être assurées par un opérateur de télésurveillance médicale. L'opérateur de télésurveillance médicale est un professionnel médical ou une personne morale regroupant ou employant un ou plusieurs professionnels de santé, dont au moins un professionnel médical. Ces professionnels peuvent exercer des activités de télésurveillance médicale dans un cadre libéral ou au sein d'un établissement de santé, d'un centre de santé, d'une maison de santé pluri professionnelle, ou d'un établissement ou un service médico-social. Un opérateur souhaitant bénéficier du remboursement par l'assurance maladie obligatoire de ses activités doit préalablement se déclarer à l'ARS, en indiquant notamment les professionnels impliqués dans l'organisation et les dispositions prises pour assurer la continuité des soins. Un décret définit le contenu de la déclaration.</p> <p>Le montant forfaitaire de l'activité de télésurveillance médicale prise en charge ou remboursée par l'assurance maladie est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il comprend une base forfaitaire, déterminée dans des conditions fixées par voie réglementaire en fonction des moyens humains nécessaires à la surveillance médicale et des caractéristiques des dispositifs médicaux numériques. Cette base forfaitaire est modulable.</p>
<p>38</p>	<p>Ajustement du financement de la réforme des urgences : la rémunération des praticiens libéraux liée aux passages non suivis d'hospitalisation dans une structure des urgences repose sur des forfaits et suppléments qui viennent se substituer à leurs honoraires facturés jusqu'alors, sans qu'un reversement par la clinique soit nécessaire ; les montants de ces forfaits et suppléments qui constituent leurs honoraires et bien qu'ils soient fixés par voie réglementaire sont éligibles à une prise en charge des cotisations par l'assurance maladie dans le cadre de la convention médicale.</p> <p>Prolongation des expérimentations portant sur les transports sanitaires d'urgence urgents préhospitaliers.</p>

¹ Le 3° de [l'article R6316-1 du code de la santé publique](#) définit la télésurveillance médicale comme un acte de télémedecine « qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ».

44	<p>Réforme et revalorisation de l'offre des services à domicile de l'autonomie : consolidation du financement des SAAD par l'instauration au 1^{er} janvier 2022 d'un tarif plancher national de 22 euros par heure, à la fois pour les services habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale et ceux non habilités ; évolution des SSIAD à partir de 2023 via la tarification.</p> <p>D'ici le 1^{er} janvier 2024, le Gouvernement remet au Parlement un rapport dressant un bilan de la mise en place du tarif plancher national visant à consolider le financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile.</p>
47	<p>Création d'une mission EPHAD « centre de ressources territorial » avec deux modalités d'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une mission d'appui aux professionnels du territoire, qui inclut la possibilité pour les EPHAD de recourir à des dispositifs de télésanté leur permettant de répondre aux besoins ou d'améliorer le suivi des patients résidant au sein de l'établissement dès lors que la présence physique d'un professionnel médical n'est pas possible. - une mission d'accompagnement qui permettra aux EPHAD d'intervenir à domicile pour des patients nécessitant un soutien plus intensif, avec l'utilisation possible de dispositifs de télésanté.
53	Remboursement des aides techniques pour l'autonomie des personnes.
58	<p>Pour une durée d'un an non renouvelable, l'assurance maladie peut prendre en charge de manière anticipée, concernant une indication particulière, les dispositifs médicaux numériques et les activités de télésurveillance médicale revendiquant un impact clinique ou un impact organisationnel ;</p> <p>Cette prise en charge anticipée est subordonnée à l'utilisation effective du dispositif médical numérique par le patient et, lorsqu'ils existent, à l'obtention de résultats individualisés ou nationaux d'utilisation en vie réelle.</p>
59	Remises unilatérales médicaments et évolutions relatives à l'inscription de certains dispositifs médicaux :

	<ul style="list-style-type: none"> - versement de remises par les laboratoires contrepartie d'une prise en charge par l'assurance maladie dès lors que leurs spécialités pharmaceutiques sont susceptibles d'être utilisées en association avec d'autres produits disposant d'une autorisation de mise sur le marché alors que cette association ne figure pas dans leur indication. Les modalités d'application sont précisées par décret ; - l'inscription de certains dispositifs médicaux sur la liste « intra-GHS » est conditionnée à une évaluation par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS) de la HAS. La décision relative à une nouvelle inscription sur cette liste peut être prise sur la base d'un avis existant et suffisamment récent de la HAS.
61	Certaines préparations hospitalières spéciales peuvent, en raison des difficultés techniques de leur fabrication ou de la faible disponibilité des substances actives nécessaires, être réalisées dans des pharmacies à usage intérieur.
62	Création, à titre expérimental et pour une durée de quatre ans, d'un dispositif dit « d'accès direct » permettant aux patients de pouvoir accéder dès l'obtention de l'avis de la Haute Autorité de santé à de nouveaux traitements qui ne sont pas éligibles à l'accès précoce mais qui présentent une amélioration du service médical rendu (ASMR) avec un service médical rendu (SMR) important.
64	<p>Recours aux médicaments biosimilaires : rétablissement de la possibilité pour les pharmaciens de délivrer des médicaments biosimilaires si les conditions ci-après sont réunies :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le biosimilaire appartient au même groupe biologique similaire que le médicament de référence ; - ce groupe biologique figure sur une liste fixée par arrêté du ministre de la Santé ; - le prescripteur n'a pas exclu la possibilité d'une substitution par une mention justifiée et portée sur l'ordonnance, tenant à la situation médicale du patient ; - si le médicament prescrit figure sur la liste des médicaments remboursables, la substitution doit se faire dans les conditions similaires à celle des médicaments génériques ; - le pharmacien inscrit le nom du médicament délivré sur l'ordonnance et informe le prescripteur et le patient de la substitution ;

	<ul style="list-style-type: none"> - lorsque le grand conditionnement existe et que le traitement est prescrit pour plus de trois mois, le pharmacien est obligé de le délivrer ; - la substitution ne doit pas entraîner pour l'assurance maladie une dépense supérieure à celle qu'aurait entraînée la délivrance du médicament biologique similaire le plus cher du même groupe.
65	Tarifcation des médicaments (favoriser la relocalisation en Europe de la production des principes actifs) – la fixation du prix de vente des médicaments peut également tenir compte de la sécurité d'approvisionnement du marché français que garantit l'implantation des sites de production.
66	Expérimentation, dans trois régions et pour une durée de deux ans, de la prise en charge des substituts nicotiques dispensés par les pharmaciens d'officine sans ordonnance. Les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation ainsi que les territoires concernés sont déterminés par décret.
68	<p>Amélioration de l'accès à la filière visuelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> -l'orthoptiste peut de réaliser un bilan visuel et de prescrire les aides visuelles adaptées sans prescription médicale et sans être placé sous la responsabilité d'un médecin ; - l'orthoptiste ne peut renouveler, en l'adaptant le cas échéant, une prescription précédente de verres correcteurs ou de lentilles de contact oculaire réalisée par un médecin ophtalmologiste ou par un orthoptiste qu'à la condition qu'un bilan visuel ait été réalisé préalablement par un médecin ophtalmologiste selon des conditions fixées par décret ; -l'orthoptiste peut également réaliser sans prescription médicale le dépistage de l'amblyopie du nourrisson et des troubles de la réfraction chez les jeunes enfants ; - l'opticien-lunetier ne peut adapter et renouveler les prescriptions initiales de verres correcteurs et de lentilles de contact oculaire qu'à condition qu'un bilan visuel ait été réalisé préalablement par un médecin ophtalmologiste selon des conditions fixées par décret.

69	Intégration du dispositif de renouvellement de prescription datant de moins d'un an par les masseurs-kinésithérapeutes dans le cadre conventionnel.
71	<p>Renforcement du contrôle sur les centres de santé : Lorsqu'un manquement à l'engagement de conformité est constaté et en l'absence de réponse dans le délai fixé par l'injonction ou si cette réponse est insuffisante, le directeur de l'ARS peut prononcer une amende administrative pouvant aller jusqu'à 150 000 € pour les centres de santé.</p> <p>Le directeur de l'ARS peut décider de publier les décisions de sanction financière prononcées sur le site internet de l'ARS. Il peut également procéder à la publication des décisions de sanction financière sur le site internet des autorités sanitaires appropriées et mettre en demeure l'organisme gestionnaire ou le représentant légal de celui-ci de publier ces décisions sur le site internet, lorsqu'il existe, du centre de santé. Cette publication peut être également être présente sur les plateformes de prise de rendez-vous médicaux.</p> <p>Le déconventionnement d'urgence est également applicable aux centres de santé.</p>
73	Dans le cadre des structures d'exercice coordonné, l'État peut autoriser les masseurs-kinésithérapeutes à exercer leur art sans prescription médicale pour une durée de trois ans et dans six départements. Un bilan initial et un compte-rendu des soins réalisés par le masseur-kinésithérapeute sont adressés au médecin traitant et reportés dans le dossier médical partagé. Un décret précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation.
74	Dans le cadre des structures d'exercice coordonné, l'État peut autoriser les orthophonistes à exercer leur art sans prescription médicale pour une durée de trois ans et dans six départements. Un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés par les orthophonistes sont adressés au médecin traitant et reportés dans le dossier médical partagé. Un décret précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation.
76	À titre expérimental et pour une durée de trois ans loi, les infirmiers en pratique avancée peuvent réaliser, dans trois régions, certaines prescriptions soumises à prescription médicale dont la liste est fixée par décret.
	Généralisation de deux expérimentations en santé :

77	<p>- prévention de l'obésité infantile dans les MSP et les centres de santé : parcours de soin pluridisciplinaire pour les enfants de 3 à 12 ans destiné à éviter la constitution d'une obésité persistante à l'âge adulte et la survenue de complications métaboliques ;</p> <p>- remboursement du dépistage du VIH en laboratoire de biologie médicale, sans ordonnance.</p>
78	<p>Lorsque la durée de validité d'une ordonnance renouvelable est expirée, les pharmaciens peuvent dispenser les médicaments et dispositifs médicaux dans la limite d'un mois de traitement aux patients et ainsi assurer la continuité des soins.</p>
79	<p>Prise en charge de séances d'accompagnement réalisées par un psychologue dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice en centre de santé ou en maison de santé dès lors qu'elles s'inscrivent dans le dispositif suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le psychologue réalisant la séance a fait l'objet d'une sélection par l'autorité compétente désignée par décret et il est signataire d'une convention avec l'organisme local d'assurance maladie - L'assuré social bénéficiaire de la séance a fait l'objet d'un adressage par le médecin traitant ou à défaut par un médecin impliqué dans la prise en charge du patient. <p>Les professionnels, médecins et psychologues, intervenant dans le cadre du dispositif sont réputés appartenir à des équipes de soins.</p> <p>Les conditions de prise en charge et mise en œuvre de ce dispositif seront définies dans par décret en Conseil d'Etat (sélection, tarification, caractéristiques des séances).</p>
81	<p>À titre expérimental, pour une durée de trois ans, l'État peut autoriser le financement par le fonds FIR, de la mise en place par certaines agences régionales de santé, d'une prise en charge spécifique des transports bariatriques de personnes en situation d'obésité sévère ou morbide ainsi que d'aides à l'acquisition de matériels et véhicules de transports sanitaires adaptés.</p>
82	<p>Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1er septembre 2022, un rapport évaluant la mise en œuvre du parcours de soins global après le traitement d'un cancer, et étudiant notamment l'ouverture au remboursement par la sécurité sociale des traitements favorisant le retour à une vie sexuelle normale des femmes à la suite d'un cancer.</p>

85	<p>Prise en charge intégrale par l'AMO des frais liés à la contraception des femmes de moins de 25 ans.</p> <p>Prise en charge intégrale pour les assurés âgés de moins de 26 ans des frais liés aux consultations de prévention en matière de santé sexuelle.</p>
86	<p>A compter du 1^{er} juillet 2022, mise en place d'un entretien postnatal précoce obligatoire réalisé par un médecin ou une sage-femme entre la quatrième et la huitième semaine qui suit l'accouchement. Cet entretien a pour objet, dans une approche globale de prévention en postpartum, de repérer les premiers signes de la dépression du postpartum ou les facteurs de risques qui y exposent et d'évaluer les éventuels besoins de la femme ou du conjoint en termes d'accompagnement. Un deuxième entretien peut être proposé entre la dixième et la quatorzième semaine qui suit l'accouchement par le professionnel de santé qui a réalisé le premier entretien aux femmes primipares ou pour lesquelles il a été constaté des signes de la dépression du postpartum ou l'existence de facteurs de risques qui y exposent.</p>
88	<p>Simplification de l'accès à la complémentaire santé solidaire, notamment pour les bénéficiaires du RSA et de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).</p>
93	<p>Prolongation des dispositifs relatifs à la crise sanitaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - possibilité pour le Gouvernement de prolonger jusqu'au 31 décembre 2022 les mesures de gestion de la crise sanitaire (en particulier les mesures liées au versement des prestations en espèces de l'assurance maladie ou au maintien de la rémunération des assurés contraints d'interrompre leur activité professionnelle du fait des consignes sanitaires ou encore relatives à la prise en charge de certains frais de santé liés à la limitation de la propagation de la Covid-19).
96	<p>Simplification et modernisation des prestations en espèces pour les salariés et travailleurs indépendants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - amélioration de l'accès aux IJ maladie et maternité des travailleurs indépendantsⁱ (pour le calcul des prestations en espèces dues aux travailleurs indépendants au titre de l'assurance maladie et maternité, le revenu d'activité retenu peut ne pas tenir compte des revenus d'activité de l'année 2020, dans des conditions fixées par décret) ; - extension des bénéficiaires de la réforme du congé paternité aux collaborateurs des professions libérales ;

	- compte-tenu de la mise en place d'un régime d'indemnités journalières maladie propres aux professions libérales, suppression des indemnités journalières spécifiques aux praticiennes et auxiliaires médicales (PAMC) versées en cas de difficultés médicales liées à la grossesse à compter du 1 ^{er} janvier 2022.
108	Rachat de trimestres de retraite de base pour les travailleurs indépendants non agricoles qui n'ont pas été affiliés auprès d'un organisme de retraite en raison d'une non-reconnaissance de leur activité (chiropracteurs, ostéopathes, naturopathes) ou des travailleurs indépendants qui, résidant et travaillant dans le département de Mayotte, ont connu une interruption du recouvrement de leurs cotisations de sécurité sociale.
111	Dotations au FMIS, aux ARS et à l'ONIAM : le montant de la dotation de l'assurance maladie au fonds pour la modernisation de l'investissement en santé (FMIS) pour l'année 2022 est fixé à hauteur de 1,015 milliard d'euros. La mesure fixe également à 90 millions d'euros le montant de la contribution de la branche autonomie au FMIS afin de financer le volet établissements médico-sociaux du Ségur numérique. Est par ailleurs fixé à 168,3 millions d'euros le montant de la contribution de la CNSA aux ARS au titre de l'exercice 2022 pour financer un certain nombre de dispositifs d'appui aux politiques de soutien à la perte d'autonomie. Enfin, le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'ONIAM, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, est fixé à 135 millions d'euros pour l'année 2022.
114	ONDAM et sous ONDAM pour 2022 (102,1 milliards d'euros pour les dépenses de soins de ville et 95,3 milliards pour les dépenses relatives aux établissements de santé) ⁱⁱ

ⁱ Cela permet aux assurés de bénéficier du maintien de leurs droits aux indemnités journalières maladie au titre de leur ancienne activité lorsque leur nouvelle activité leur permet théoriquement d'ouvrir de nouveaux droits mais qu'en pratique leur IJ maladie est nulle, d'autre part aux travailleurs indépendants ouvrant droit à une indemnité journalière maternité faible de bénéficier plutôt du maintien de leurs droits aux indemnités maternité calculées au titre de leur ancienne activité.

ⁱⁱ L'ONDAM 2022 intègre le financement des mesures prévues dans l'avenant 9 à la convention médicale signée entre les médecins libéraux et l'assurance maladie en juillet 2021. Cet avenant définit notamment les modalités de rémunération des médecins libéraux au titre de leur participation au service d'accès aux soins (SAS) – voir page 20 du dossier presse