

ARTICLE PLFSS	EXPOSE DES MOTIFS
<p>Article 4 – <i>Contribution au financement de la prime Covid pour les personnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)</i></p>	<p>Les pouvoirs publics ont souhaité qu'une prime exceptionnelle non imposable et non soumise à prélèvements sociaux puisse être versée aux professionnels ayant contribué en première ligne à la réponse à la crise sanitaire liée à l'épidémie de covid-19.</p> <p>Dans ce contexte, le Gouvernement souhaite qu'une prime puisse être versée aux professionnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), en reconnaissance de leur engagement auprès des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées.</p> <p>Ces services relevant d'un financement par les conseils départementaux, un accord a été trouvé en ce sens entre l'Etat et l'Association des départements de France (ADF) le 4 août dernier pour le versement de cette prime.</p> <p>Cet accord prévoit qu'une aide de 80 millions d'euros de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) sera versée aux conseils départementaux à cette fin au titre de 2020, en contrepartie d'un effort financier au moins égal de leur part.</p>
<p>Article 25 – <i>Revalorisation des carrières des personnels non médicaux dans les établissements de santé et les EHPAD</i></p>	<p>Les accords du Ségur de la santé ont été signés le 13 juillet 2020 par le Premier ministre, le ministre des Solidarités et de la Santé, ainsi que par une majorité d'organisations syndicales.</p> <p>Preuve de la reconnaissance de l'engagement sans faille des 1,5 million de professionnels exerçant leurs fonctions dans les établissements de santé et les EHPAD au service des patients et des résidents, ces accords prévoient notamment des mesures de revalorisation salariale.</p> <p>Une revalorisation sociale a été décidée. Elle prévoit une augmentation de 183 € nets par mois au sein des établissements de santé et EHPAD publics (+ 90 € applicable au 1er septembre 2020 ; + 93 € au 1er mars 2021) et privés non lucratifs et de 160 € nets par mois pour le secteur privé lucratif.</p> <p>Ce complément de traitement indiciaire constitue une mesure de revalorisation salariale inédite de par son montant et son périmètre puisque sont concernés l'ensemble des personnels hospitaliers et des EHPAD quel que soit leur statut (titulaire ou contractuel, soignant ou non soignant). Il vise à mieux prendre en compte les sujétions particulières de ces métiers du soin au service de la population afin de les rendre attractifs. Le nouveau complément de traitement indiciaire sera pris en compte dans le calcul des droits à la retraite des agents bénéficiaires.</p> <p>Pour les établissements privés à but non lucratifs et commerciaux, des accords conventionnels devront être conclus en ce sens par les partenaires sociaux dès 2020 pour mettre en œuvre la revalorisation salariale. S'agissant spécifiquement des EHPAD, les revalorisations salariales seront financées en intégralité par la CNSA, via la section « soins », de manière à éviter l'augmentation du reste-à-charge des résidents</p>
<p>Article 26 – <i>Relancer l'investissement pour la santé</i></p>	<p>A l'occasion de son discours de l'inauguration de l'hôpital militaire de campagne à Mulhouse le 25 mars dernier, le Président de la République a pris l'engagement d'un plan massif d'investissement pour l'hôpital.</p> <p>Les conclusions du Ségur de la santé déclinent cet engagement en faveur du système de santé à travers un plan de 6 Md€ comprenant : -2,5Md€ pour les projets hospitaliers prioritaires et l'investissement ville-hôpital ;</p>

-1,4 Md€ pour le **numérique** en Santé ;
-2,1 Md€ pour la **transformation, la rénovation et l'équipement** dans les établissements médico-sociaux, dont **0,6 Md€ au titre de l'investissement numérique**.

Cet effort, qui sera largement porté par le **Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé créé au présent article**, s'inscrit dans le **plan de relance de l'économie** et s'ajoute à la mobilisation de crédits d'un montant de 13 Md€ équivalent au refinancement d'un tiers de la dette des établissements assurant le service public hospitalier présentée dans ce PLFSS pour notamment soutenir l'investissement courant

Article 27 – Dotation aux établissements de santé assurant le service public hospitalier

La relance de l'investissement et en particulier de l'investissement courant, est un levier majeur pour améliorer les conditions de prise en charge des patients et de travail des personnels hospitaliers. À ce titre, le **Ségur de la santé réaffirme la mobilisation inédite de crédits équivalent au refinancement d'un tiers de la dette des établissements assurant le service public hospitalier afin de leur redonner rapidement les moyens d'investir. Cet effort représente un montant d'environ 13 Md€.**

L'octroi de ces financements devra se faire dans le cadre d'une **décision partagée avec les acteurs du territoire, afin de maintenir une sélectivité des investissements apportant une amélioration de l'offre de soins sur les territoires**

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

Le plan Ma Santé 2022 a engagé une évolution structurelle du financement des établissements de santé. La crise sanitaire a fortement perturbé le calendrier de travail d'un certain nombre de ces réformes en 2020.

Le présent article permet ainsi **d'ajuster leur calendrier** de mise en œuvre pour assurer leur entrée en vigueur dans de bonnes conditions :

- **report** de la réforme du ticket modérateur en **psychiatrie** et **SSR** au 1er janvier 2022 ;
- **adaptation** de la période de transition du nouveau **modèle de financement** des activités des **SSR** ;
- **adaptation** de la transition vers le nouveau **modèle de financement des hôpitaux de proximité** ;
- **prorogation** au-delà du 31 décembre 2020 des **expérimentations sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents préhospitaliers** ;
- **report** de la **réforme du financement des centres de luttés contre la tuberculose** ;
- **report** de la **réforme des contrats d'amélioration de la qualité en établissements de santé**.

Par ailleurs, le présent article **complète la réforme du modèle de financement des structures des urgences**, introduite par l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

Il **modifie les règles de participation des assurés qui passent aux urgences sans être hospitalisés** en remplaçant, pour le même montant global, le ticket modérateur qui s'applique actuellement par une participation forfaitaire (**forfait patient urgence**) dans un objectif de limitation de restes à charge les plus importants et de simplification pour les patients ainsi que les établissements de santé.

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

Article 30 –
Pérennisation et
développement des
maisons de naissance

Il clarifie les règles de financement des hôpitaux de jour

Cette mesure s'inscrit au titre des engagements pris dans le cadre du **Ségur de la Santé** pour **diversifier les modalités de financement de l'hôpital**. Les accords prévoient notamment **d'accélérer la réduction de la part de la T2A** en mettant en œuvre sur les **territoires et pour les établissements qui le souhaitent** une **expérimentation d'un modèle mixte de financement des activités hospitalières de médecine**.

La mesure proposée permet **d'expérimenter sur cinq ans un nouveau mode de financement de l'activité de médecine à l'échelle territoriale combinant une part de financement à l'activité, une part de financement dit populationnel et une part de financement à la qualité**. Dès **2021**, et afin d'engager les établissements de santé dans la démarche, ceux-ci pourront bénéficier, pour une part de leur financement, d'une **dotationsocle, en lieu et place de la T2A, dont le pourcentage devra être déterminé par décret**.

Ce « **droit d'option** » sera **contractualisé avec l'Agence régionale de santé** sur des **objectifs de qualité des prises en charge, de réponse aux besoins du territoire** et de **participation aux travaux d'expérimentation** relatifs au modèle cible de financement.

Les **maisons de naissance sont des structures autonomes de suivi médical des grossesses physiologiques, de l'accouchement et de ses suites**, sous la **responsabilité exclusive des sages femmes**, qui ont vu le jour à **titre expérimental en 2015**.

Elles s'adressent aux **femmes sans antécédents ni comorbidités particuliers, désireuses d'une prise en charge globale de leur accompagnement**, d'un accouchement physiologique sécurisé et de soins du post-partum réalisés au domicile, à leur retour quelques heures après la naissance. La femme et son entourage bénéficient ainsi d'un suivi personnalisé par une ou deux sages-femmes dès le début de la grossesse. La **sécurité est assurée par la proximité avec un service de maternité dont chaque maison de naissance est partenaire, ce qui permet un transfert rapide de la parturiente ou du nouveau-né, si nécessaire**.

Compte tenu de la **moindre médicalisation dans ces structures** (pas de personnel médical autre que les sages-femmes, pas de plateau technique) **le coût global de prise en charge d'un accouchement est inférieur à celui réalisé en maternité de niveau 1**.

Eu égard aux **résultats positifs atteints par les huit structures implantées dans six régions** (Île-de-France, Occitanie, Auvergne-Rhône Alpes, Grand Est, Guadeloupe, La Réunion) et **qui ont fait l'objet d'un rapport au Parlement cet été**, il convient de les **pérenniser** et de **développer** cette offre qui répond aux attentes d'une partie de la population. En effet, l'expérimentation a démontré que ces structures répondaient à de réels besoins et pouvaient représenter une nouvelle offre de santé périnatale complémentaire aux soins prodigués dans les maternités.

Ainsi, dans le cadre de la **pérennisation de ce dispositif expérimental, une extension de l'offre est envisagée en tenant compte du besoin local**. **Il est prévu que la montée en charge des maisons de naissance soit progressive (d'où une mesure lissée sur deux ans) mais atteigne 20 structures à échéance de fin 2022**.

Article 31 –
Soutien au développement
des hôtels hospitaliers

L'expérimentation des hébergements non médicalisés des patients en amont ou en aval de leur prise en charge hospitalière menée depuis 2015 a permis de mettre en exergue les enjeux liés au déploiement de ce dispositif :

- un **enjeu de santé publique** en termes d'accès facilité aux soins dans certains territoires et pour certaines prises en charge
- un **levier d'amélioration des organisations** pour les établissements de santé : fluidification et optimisation des parcours en hospitalisation complète, permettant d'améliorer la gestion des lits ; développement de l'activité ambulatoire permettant d'accompagner les démarches d'évolution capacitaire des établissements ;
- un **enjeu d'économies directes** pour l'Assurance Maladie grâce à la limitation des transports itératifs (séances).

Eu égard à ces éléments et conformément aux conclusions du Ségur de la santé, il est proposé d'élargir ce dispositif.

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

La **prise en charge intégrale des actes réalisés en téléconsultation** pour l'ensemble des assurés a constitué non seulement une **mesure de lutte contre la propagation de l'épidémie** (permettant un accès continu à la médecine de ville, y compris en période de confinement généralisé et dans les zones médicales sous-denses) **mais aussi une mesure de simplification** (facturation et paiement simplifiés) **en permettant au médecin sa pratique même en l'absence de solution de paiement à distance pour ses patients.**

Ces mesures ont permis une **expansion sans précédent des actes réalisés en téléconsultation, les faisant passer de 10 000 à 1 million par semaine au plus fort de la crise.**

Les travaux menés dans le cadre du **Ségur de la santé** ont conclu à la **nécessité « d'accélérer le développement des téléconsultations »**. En effet, il semble fondamental de maintenir les conditions d'un recours facilité à la télésanté en ville et à l'hôpital et de s'assurer qu'elle soit mise en œuvre par un large panel de professionnels de santé en cohérence avec l'objectif du Gouvernement d'améliorer l'accès aux soins.

Afin d'accompagner l'essor de cette pratique, il est donc proposé de prolonger jusqu'à la fin de l'année 2021 la mesure dérogatoire de prise en charge à 100 % des téléconsultations, afin de laisser le temps aux partenaires conventionnels de redéfinir les conditions du recours à cette pratique et aux professionnels de santé de s'équiper des outils et solutions techniques permettant sa gestion dans le droit commun.

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

En 2019, le Gouvernement a souhaité établir la possibilité pour le pouvoir réglementaire de mettre en place des **dispositifs ad hoc de prise en charge renforcée permettant de répondre aux besoins exceptionnels survenant à l'occasion d'un risque sanitaire grave et anormal, dans un objectif de protection de la santé publique.**

Néanmoins, cette crise sanitaire inédite au regard de son ampleur et de la nature des mesures prises pour limiter la progression de l'épidémie a mis en lumière les limites du dispositif actuel.

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

Aussi, afin de le renforcer et le rendre plus opérationnel et plus réactif, il **est proposé d'adapter et de compléter ce dispositif. Les modalités de recours à ce dispositif dérogatoire sont assouplies et le périmètre des dérogations pouvant être accordées également élargi pour mieux protéger les assurés.**

La **place grandissante des prestataires de service et distributeurs de matériel (PSDM) dans la prise en charge des patients à domicile** depuis une dizaine d'années **nécessite un encadrement de cette activité**, tant pour garantir la qualité de la prestation fournie au patient, que pour assurer la soutenabilité de la dépense sur ce secteur fortement dynamique.

À ce titre, le **rapport IGAS de 2020 relatif aux missions des PSDM** met en exergue **plusieurs constats qui nécessitent des évolutions législatives pour renforcer les garanties de qualité, de bonnes pratiques et de bon usage des ressources publiques.**

Si la **charte de la visite médicale** qui sera mise en place d'ici la fin de l'année 2020 doit dans un premier temps permettre d'encadrer les pratiques commerciales et de promotion, la mise en place d'une certification semble nécessaire pour structurer la profession et pour garantir la qualité et la pertinence des interventions des prestataires au domicile des patients.

Le **rapport** met fortement en avant **l'hétérogénéité des prestations réalisées** qui a un impact sur la prise en charge du patient. Cette mesure permet donc tout d'abord de **faire évoluer et de renforcer un mécanisme de conventionnement déjà existant entre les prestataires et l'assurance maladie.**

La **certification qualité des PSDM** deviendra une condition d'accès préalable à l'enregistrement et au conventionnement. Au-delà de l'accès au tiers-payant, l'accès à la prise en charge des patients sera conditionné à l'obtention de cette certification qualité.

Article 42 –
Isolement et Contention

Par décision en date du 19 juin 2020, le Conseil constitutionnel a déclaré l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique contraire à la Constitution

La mesure proposée vise à **remplacer l'article abrogé par un article fixant des durées maximales pour l'isolement et la contention qui soient conformes aux recommandations de la Haute Autorité de la santé et en instaurant et précisant les modalités du contrôle du juge des libertés et de la détention sur ces mesures.**