

PLFSS 2021 : principales mesures relatives aux professionnels de santé libéraux

ARTICLES DU PLFSS	TEXTE FINAL
3 et 13	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 et 2021.
11	Rectification de l'objectif national d'assurance maladie (Ondam) pour 2020 et des sous-Ondam : 93,8 milliards d'euros pour les dépenses de soins de ville.
49	<p>Le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est renommé Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS). Extension des bénéficiaires du fonds à certaines structures d'exercice coordonné et à certains établissements et services médico-sociaux. Les structures d'exercice coordonné concernées sont : les équipes de soins primaires (ESP), les équipes de soins spécialisés (ESS), les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les centres de santé et les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
51	Participation de l'assuré social sous forme de forfait en cas de passage aux urgences non suivi d'hospitalisation en service médecine – chirurgie - obstétrique ou odontologie. Ce forfait remplace le ticket modérateur. Un arrêté fixera le montant de cette participation.
57	Expérimentation, pour une durée de cinq ans, d'un modèle mixte de financement des activités de médecine : ce financement est 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.
58	<p>Pérennisation et développement des maisons de naissance : structures sanitaires au sein desquelles des sages-femmes assurent l'accouchement des femmes dont elles ont suivi la grossesse. Ces structures sont créées et gérées par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plusieurs sages-femmes pour leur exercice professionnel ou pour la mise en commun de moyens nécessaires à cet exercice ; - Un organisme à but non lucratif ; - Un groupement d'intérêt public - un groupement d'intérêt économique ou un groupement de coopération sanitaire. <p>Ces maisons de naissance peuvent mener des actions de prévention et d'éducation thérapeutique en vue de favoriser l'accès aux droits des femmes. Elles peuvent aussi constituer des lieux de stage.</p>
61	La participation de l'assuré aux actes de téléconsultation est supprimée jusqu'au 31 décembre 2021.
62	Fin de la convention médicale au 31 mars 2023.

Paris, le 22.12.2020

	Suppression du délai d'entrée en vigueur de six mois pour les mesures conventionnelles issues du Ségur de la santé, qui entrent donc en vigueur immédiatement.
63	Elargissement du tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, aux assurées rencontrant des frais relatifs à une interruption volontaire de grossesse. La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse est protégée par le secret pour préserver l'anonymat de l'intéressée.
64	Limitation géographique du conventionnement des centres de santé : 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 et sur la base des dispositions applicables aux professionnels de santé libéraux.
65	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 » : s'applique aux contrats souscrits ou renouvelés à partir du 1 ^{er} janvier 2022.
66	Expérimentation, au sein des caisses de mutualité agricole, d'un élargissement des compétences des infirmiers de santé au travail : vise à leur permettre de réaliser certains actes relevant de la compétence des médecins.
69	Création d'un dispositif unique d'indemnités journalières pour les PS libéraux affiliés à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVLP) : les professionnels de santé sont redevables d'une cotisation assise sur leurs revenus d'activité pour la couverture de prestations maladies. Le taux et plafond de la cotisation seront fixés par décret.
70	Expérimentation pour une durée trois ans, de l'ouverture de la pratique des IVG instrumentales en établissement de santé par les sages-femmes ayant réalisé une formation complémentaire obligatoire et justifiant des expériences spécifiques attendues.
71	L'Etat peut autoriser, pour une durée de trois ans, le financement par le fonds d'intervention régional de la mise en place par certaines agences régionales de santé d'un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les personnes pour lesquelles une complication du diabète de type 2 est découverte. Un décret fixera les conditions d'application de cette expérimentation.
72	L'Etat peut autoriser, pour une durée d'un an, le financement de la mise en place d'une consultation longue sur la santé sexuelle réalisée par le médecin généraliste, le gynécologue ou la sage-femme au bénéfice des assurés entre leur quinzième et leur dix-huitième anniversaire.
78	Prise en charge dérogatoires de médicaments (refonte ATU – RTU).
80	La HAS a pour missions d'établir un « référentiel des bonnes pratiques professionnelles des prestataires de service et des distributeurs de matériels » (PSDM) et de mettre en place une procédure de certification de ces professionnels.

Paris, le 22.12.2020

	<p>Cet article prévoit par ailleurs la conclusion d'un accord national entre l'UNCAM et les représentants des prestataires permettant de fixer les modalités de délivrance et de prise en charge des produits et prestations ainsi que leurs prix et qualités. Seuls les PSDM certifiés pourront adhérer à cet accord.</p> <p>A compter du 1^{er} juillet 2023, les produits et prestations délivrés par un prestataire de services ne seront pris en charge par l'assurance maladie que si celui-ci a adhéré à l'accord national signé entre ses représentants et l'UNCAM, ou si celui-ci lui a été rendu applicable, et par conséquent s'il s'est soumis à la procédure de certification.</p>
83	<p>Modernisation du financement des syndicats représentatifs des professionnels de santé libéraux : création d'une section spécifique auprès du fonds des actions conventionnelles (FAC), dépendant de la CNAM, pour financer les syndicats des PS et les Conseils Nationaux professionnels. Cette section sera financée par une fraction de la contribution aux URPS et par une dotation de la Branche maladie, maternité, invalidité et décès du régime général.</p>
87	<p>Fin des droits et prestations ouverts quand une personne n'a pas fourni, à l'organisme qui lui ouvre les droits ou lui sert des prestations, les éléments d'état civil permettant de certifier son identité, ou en cas de fraude à l'identité.</p>
92	<p>Les remboursements de l'assurance maladie aux professionnels de santé sont conditionnés à leur inscription à l'Ordre.</p>
93	<p>Afin de procéder à des contrôles adéquats, l'assurance maladie peut déroger à l'obligation de paiement d'un PS sous 7 jours si ce dernier a été sanctionné ou condamné pour fraude au cours des deux dernières années.</p>
94	<p>Suspension de conventionnement lorsqu'un professionnel de santé fait l'objet, pour la seconde fois sur une période de cinq ans, d'une sanction ou d'une condamnation devenue définitive.</p>
97	<p>Ondam pour 2021 et sous-Ondam : objectif de dépenses de 98,9 milliards d'euros pour les dépenses de soins de ville.</p>