

recueillis annuellement par chaque établissement mentionné au premier alinéa du I et définit les modalités de détermination des seuils minimaux de résultats requis pour certains indicateurs.

« Avant le 31 décembre de chaque année, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dresse la liste des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, fixe les seuils minimaux de résultats requis pour certains indicateurs et prévoit les modalités de calcul de la dotation complémentaire et de la pénalité financière. »

II. – A. – Les 2^o et 3^o du I entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

B. – Le *b* du 1^o du I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

La première année d'entrée en vigueur du même *b* est une année de recueil des indicateurs qui ne donne pas lieu au versement de la dotation complémentaire mentionnée au I de l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, et n'est pas prise en compte pour l'appréciation de la pénalité financière mentionnée au II du même article L. 162-23-15.

C. – Le *d* du 1^o du I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020 pour les activités mentionnées au 4^o de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale ainsi que pour les structures d'hospitalisation à domicile, et le 1^{er} janvier 2021 pour les activités mentionnées au 2^o du même article L. 162-22.

Article 38

La sous-section 3 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1^o Après l'article L. 162-22-6-1, il est inséré un article L. 162-22-6-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-6-2.* – Afin d'améliorer le parcours de soins des patients atteints de pathologies chroniques dont la liste est précisée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des prestations mentionnées aux articles L. 162-22-6, L. 162-26 et L. 162-26-1 peut donner lieu, par dérogation aux mêmes articles L. 162-22-6, L. 162-26 et L. 162-26-1, à une rémunération forfaitaire. » ;

2^o Le I de l'article L. 162-22-10 est ainsi modifié :

a) Le 2^o est complété par les mots : « ainsi que du forfait mentionné à l'article L. 162-22-6-2 » ;

b) Le 5^o est abrogé ;

c) Au dernier alinéa, les références : « aux 2^o et 5^o » sont remplacées par la référence : « au 2^o » ;

3^o A l'article L. 162-22-12, après le mot : « montant », sont insérés les mots : « du forfait mentionné à l'article L. 162-22-6-2, » ;

4^o Le premier alinéa de l'article L. 162-22-15 est ainsi modifié :

a) Les mots : « annuels, la dotation complémentaire et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés, respectivement, » sont remplacés par les mots : « et dotations mentionnés » ;

b) Après la première occurrence du mot : « articles », est insérée la référence : « L. 162-22-6-2, ».

Article 39

L'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1^o Le 2^o du II est complété par des *e* à *j* ainsi rédigés :

« *e*) Le 3^o de l'article L. 6122-2, en tant qu'il impose la satisfaction des conditions techniques de fonctionnement prévues à l'article L. 6124-1 relatives à l'organisation et à la dispensation des soins, pour la durée de l'expérimentation ;

« *f*) Les articles L. 6154-2 et L. 6154-3, afin de permettre, dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins, à un praticien de réaliser, sans dépassement d'honoraires, une activité libérale hors de l'établissement où il est nommé ou exerce à titre principal son activité ;

« *g*) Les articles L. 4041-2 et L. 4042-1, afin de permettre à des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires d'adapter leur statut pour la durée de l'expérimentation pour rendre possible l'encaissement sur le compte de la société de tout ou partie des rémunérations des activités de prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale de ses membres et le reversement de ces rémunérations à chacun d'eux ;

« *h*) Le dernier alinéa de l'article L. 6133-1, afin de permettre la redistribution d'un intéressement collectif aux membres d'un groupement de coopération sanitaire, pour la durée de l'expérimentation ;

« *i*) L'article L. 6323-1-5, afin de permettre, dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins, à un praticien de réaliser une activité libérale au sein d'un centre de santé. Les honoraires sont reversés au praticien par le centre de santé après déduction des frais de fonctionnement du centre liés à la prestation ;

« *j*) L'article L. 5125-1-1 A, afin de permettre aux pharmaciens d'officine, en dehors du cadre des coopérations prévues à l'article L. 4011-1, d'être désignés comme correspondants au sein d'une équipe de soins par le patient, à la demande ou avec l'accord du médecin traitant, et ainsi de renouveler des traitements chroniques ou d'ajuster leur posologie. Le médecin traitant et le pharmacien correspondant sont signataires d'un projet de santé au sens des articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1-10 ou L. 6323-3. » ;

2° Au 3° du même II, après le mot : « tarification », sont insérés les mots : « et d'organisation » ;

3° Les IV, V et VI deviennent, respectivement, les V, VI et VII ;

4° Le IV est ainsi rétabli :

« IV. – Pour les expérimentations mentionnées au I dérogeant à une ou plusieurs règles mentionnées au II et comportant une démarche de coopération telle que celles mentionnées à l'article L. 4011-1 du code de la santé publique, les dispositions des articles L. 4011-2 à L. 4011-3 du même code ne sont pas applicables, sous réserve des deux premiers alinéas de l'article L. 4011-3 dudit code.

« Les expérimentations mentionnées au I du présent article dérogeant à une ou plusieurs règles mentionnées au II et comportant la réalisation d'actes de télésurveillance tels que ceux mentionnés au V de l'article 54 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 sont soumises à la procédure et au financement prévus au III du présent article, qui se substituent à la procédure et au financement prévus au V de l'article 54 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 précitée. »

Article 40

I. – Le premier alinéa de l'article L. 6122-5 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Cette évaluation prend en compte le respect de référentiels mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, les résultats du programme mentionné à l'avant-dernier alinéa du même article L. 162-30-3. »

II. – L'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ce plan identifie les écarts significatifs entre le nombre ou l'évolution du nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par les établissements de la région ou les professionnels y exerçant et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable. » ;

2° Après le mot : « elle », la fin du troisième alinéa est ainsi rédigée : « saisit l'établissement concerné et lui enjoint d'élaborer un programme d'amélioration de la pertinence des soins, servant de base à la conclusion d'un volet additionnel au contrat mentionné au même article L. 162-30-2. »

Article 41

Après le II de l'article L. 6145-16-1 du code de la santé publique, il est inséré un II *bis* ainsi rédigé :

« II *bis*. – Le taux maximal applicable aux nouveaux emprunts consentis dans le cadre d'une sécurisation des emprunts structurés détenus par les établissements publics de santé est égal au taux de rendement de l'obligation assimilable du Trésor de maturité la plus proche de la durée de vie moyenne initiale de l'emprunt structuré faisant l'objet de la renégociation, constaté à la date à laquelle celui-ci a été initialement consenti, majoré de cent cinquante points de base.

« Les catégories d'emprunts structurés concernés sont arrêtées par les ministres chargés de la santé, de l'économie et du budget. »

Article 42

I. – Le chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 162-5 est complété par un 27° ainsi rédigé :

« 27° Les conditions et modalités de participation financière au recrutement de personnels salariés intervenant auprès de médecins exerçant dans le cadre d'un exercice coordonné et ayant vocation à les assister dans leur pratique quotidienne et améliorer ainsi l'accès aux soins. » ;

2° L'article L. 162-14-1 est ainsi modifié :

a) Le I est complété par un 7° ainsi rédigé :

« 7° Les conditions de modulation de la rémunération des professionnels de santé en fonction de leur participation à un cadre d'exercice coordonné. » ;

b) Le dernier alinéa du II est ainsi modifié :

– à la première phrase, après le mot : « soins », sont insérés les mots : « des communautés professionnelles territoriales de santé, des équipes de soins primaires » ;

– à la deuxième phrase, après le mot : « avec », sont insérés les mots : « des communautés professionnelles territoriales de santé, des équipes de soins primaires, » ;

3° L'article L. 162-16-1 est ainsi modifié :

a) Le début du quatorzième alinéa est ainsi rédigé : « 12° Des mesures... (*le reste sans changement.*) » ;

b) Après le quatorzième alinéa, il est inséré un 13° ainsi rédigé :

« 13° Les conditions de modulation de la rémunération des pharmaciens en fonction de leur participation à un cadre d'exercice coordonné. »

II. – Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie engage, dans un délai d'un mois à compter de la promulgation de la présente loi, des négociations conventionnelles en vue de déterminer des