**Extrait LFSS n°2015-1702 du 21 décembre 2015 (JO du 22/12/15)**

**Réforme du financement SSR**

Article 78 [En savoir plus sur cet article...](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=D35C00F369BAA519BB0754304493CC33.tpdila20v_3?idArticle=JORFARTI000031664403&cidTexte=JORFTEXT000031663208&dateTexte=29990101&categorieLien=id)

I.-Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
1° Le 1° de l'article L. 133-4 est ainsi modifié :
a) Après la référence « L. 162-22-7 », est insérée la référence : « et L. 162-23-6 » ;
b) A la fin, la référence : « et L. 162-22-6 » est remplacée par les références : «, L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;
2° A la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 138-10, la référence : «, à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « ou aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;
3° A la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-14-2, la référence : « de l'article L. 162-22-6 » est remplacée par les références : « des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;
4° Au premier alinéa de l'article L. 162-5-17, la référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;
5° L'article L. 162-16-6 est ainsi modifié :
a) A la première phrase du premier alinéa du I, la référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » et la référence : « au même article L. 162-22-7 » est remplacée par les mots : « aux mêmes articles » ;
b) A la première phrase du II, la référence : « au 1° de l'article L. 162-22-6 » est remplacée par les références : « au 1° des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » et la référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;
6° Au premier alinéa de l'article L. 162-17-5, la référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;
7° L'article L. 162-22 est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22.-Les établissements de santé autorisés en application de l'[article L. 6122-1 du code de la santé publique](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690809&dateTexte=&categorieLien=cid) sont financés :
« 1° Pour les activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie, conformément à l'article L. 162-22-6 du présent code ;
« 2° Pour les activités de psychiatrie, conformément à l'article L. 162-22-1 dans les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 et conformément à l'article L. 174-1 dans les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 ;
« 3° Pour les activités réalisées dans les unités ou centres de soins de longue durée mentionnés à l'article L. 174-5, conformément à l'article L. 174-1 ;
« 4° Pour les activités de soins de suite et de réadaptation, conformément à l'article L. 162-23-1. » ;

8° L'intitulé de la sous-section 3 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre Ier est ainsi rédigé : « Dispositions relatives aux activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie » ;
9° La sous-section 4 de la même section 5 devient la sous-section 6 ;
10° La même sous-section 4 est ainsi rétablie :

« Sous-section 4
« Dispositions relatives aux activités de soins de suite et de réadaptation

« Art. L. 162-23.-I.-Chaque année, est défini un objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret.
« Le montant de cet objectif est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.
« Il prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés, pour tout ou partie, sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment les conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte les évolutions intervenues en cours d'année.
« Il distingue les parts afférentes :
« 1° Aux dépenses relatives au financement de la liste des spécialités pharmaceutiques définie à l'article L. 162-23-6 ;
« 2° A la dotation nationale définie à l'article L. 162-23-8.
« II.-Un décret en Conseil d'Etat précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif ainsi que les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminés les éléments mentionnés aux 1° à 6° de l'article L. 162-23-4 compatibles avec le respect de l'objectif, en prenant en compte à cet effet, notamment, les prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours, mesurée notamment à partir des données mentionnées aux articles [L. 6113-7](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690710&dateTexte=&categorieLien=cid) et [L. 6113-8](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690711&dateTexte=&categorieLien=cid) du code de la santé publique. Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 2° de l'article L. 162-23-4 du présent code peuvent être déterminés, en tout ou partie, à partir des données afférentes au coût relatif des prestations, issues notamment de l'étude nationale de coûts définie à l'[article L. 6113-11 du code de la santé publique](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690718&dateTexte=&categorieLien=cid).

« Art. L. 162-23-1.-Pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22, un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations les plus représentatives des établissements de santé, détermine :
« 1° Les catégories de prestations d'hospitalisation sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;
« 2° Les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à une facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;
« 3° Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.

« Art. L. 162-23-2.-Les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 sont financées par :
« 1° Des recettes issues de l'activité de soins, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-3 ;
« 2° Le cas échéant, des financements complémentaires prenant en charge :
« a) Les spécialités pharmaceutiques, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-6 ;
« b) Les plateaux techniques spécialisés, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-7 ;
« c) Les missions mentionnées à l'article L. 162-23-8 ;
« d) L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-15.

« Art. L. 162-23-3.-Les activités de soins mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-2 exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 sont financées par :
« 1° Une dotation calculée chaque année sur la base de l'activité antérieure, mesurée par les données prévues aux articles [L. 6113-7](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690710&dateTexte=&categorieLien=cid) et [L. 6113-8](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690711&dateTexte=&categorieLien=cid) du code de la santé publique, valorisée par une fraction des tarifs mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 du présent code et par le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie au titre de cette activité, affectés le cas échéant du coefficient géographique mentionné au 3° de l'article L. 162-23-4 ainsi que du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ;
« 2° Pour chaque séjour, un montant forfaitaire correspondant à une fraction des tarifs mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4, affectés le cas échéant du coefficient géographique mentionné au 3° de l'article L. 162-23-4 ainsi que du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5.

« Art. L. 162-23-4.-Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-23 :
« 1° Le niveau des fractions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 162-23-3 ;
« 2° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements. Ces tarifs sont calculés en fonction de l'objectif défini à l'article L. 162-23 ;
« 3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux mentionnés au 2° du présent article et au forfait prévu à l'article L. 162-23-7 des établissements implantés dans certaines zones, afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ;
« 4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ;
« 5° Le coefficient mentionné au II de l'article L. 162-23-6 ;
« 6° Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-23-7.
« Sont applicables au 1er mars de l'année en cours les éléments mentionnés aux 1° à 3°.
« Sont applicables au 1er janvier de l'année en cours les éléments mentionnés aux 4° à 6°.

« Art. L. 162-23-5.-I.-Les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 servant de base au calcul de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 162-23-3 et du montant forfaitaire mentionné au 2° du même article peuvent être minorés par l'application d'un coefficient, de manière à concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. La valeur de ce coefficient peut être différenciée par catégorie d'établissements de santé.
« II.-Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'Etat peut décider de verser aux établissements de santé tout ou partie du montant correspondant à la différence entre les montants issus de la valorisation de l'activité des établissements par les tarifs mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 et ceux issus de la valorisation de cette même activité par les tarifs minorés du coefficient mentionné au I du présent article.

« Art. L. 162-23-6.-I.-L'Etat fixe, sur demande du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, la liste des spécialités pharmaceutiques dispensées aux patients pris en charge dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 et bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché qui peuvent être prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des spécialités pharmaceutiques mentionnées au même 1°.
« II.-Les établissements sont remboursés sur présentation des factures, dans le respect du montant affecté aux dépenses relatives au financement de la liste des spécialités pharmaceutiques prévu au 1° du I de l'article L. 162-23. Ces remboursements peuvent être minorés par l'application d'un coefficient, de manière à concourir au respect de ce montant.
« Sous réserve du respect du montant défini au même 1°, l'Etat peut verser aux établissements de santé le montant correspondant à la différence entre les montants issus des factures et ceux issus des factures minorés du coefficient mentionné au premier alinéa du présent II. Avant le 1er mai de l'année suivante, l'Etat arrête le montant à verser aux établissements de santé.

« Art. L. 162-23-7.-Les charges non prises en compte par les tarifs des prestations mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 liées à l'utilisation de plateaux techniques spécialisés par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui, par leur nature, nécessitent la mobilisation de moyens importants peuvent être compensées en tout ou partie par un forfait.
« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des plateaux techniques spécialisés mentionnés au premier alinéa du présent article.

« Art. L. 162-23-8.-I.-La part prévue au 2° du I de l'article L. 162-23, affectée à la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6, participe notamment au financement des engagements relatifs :
« 1° Aux missions mentionnées à l'[article L. 6112-1 du code de la santé publique](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690680&dateTexte=&categorieLien=cid), à l'exception des formations prises en charge par la région en application des articles L. 4151-9, L. 4244-1 et L. 4383-5 du même code ;
« 2° A la mise en œuvre des orientations du schéma régional d'organisation des soins ;
« 3° A l'amélioration de la qualité des soins ;
« 4° A la réponse aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, notamment la création de communautés hospitalières de territoire, par dérogation à l'article L. 162-1-7 du présent code ;
« 5° A la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements.
« Par dérogation à l'article L. 162-23-1, cette dotation participe également au financement des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques.
« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des missions financées par cette dotation.
« Les engagements mentionnés aux 1° à 5° sont mentionnés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'[article L. 6114-2 du code de la santé publique](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690725&dateTexte=&categorieLien=cid) ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique.
« Lorsque des établissements de santé ont constitué un groupement de coopération sanitaire pour mettre en œuvre tout ou partie de leurs missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, la dotation de financement relative aux missions transférées peut être versée directement au groupement de coopération sanitaire par la caisse d'assurance maladie désignée en application des articles L. 174-2 ou L. 174-18, selon le cas.
« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, en fonction du montant mentionné au 2° du I de l'article L. 162-23 et après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés, le montant des dotations régionales ainsi que les critères d'attribution aux établissements.
« II.-Le montant annuel de la dotation de chaque établissement de santé est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé en fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques et des objectifs et des orientations prévus dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement ou, à défaut, dans le cadre de l'engagement contractuel spécifique prévu au 1° du I du présent article.
« Les modalités de versement et de prise en charge de cette dotation sont fixées à l'article L. 162-23-10.

« Art. L. 162-23-9.-Dans les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux prévus au 2° de l'article L. 162-23-4, affectés le cas échéant du coefficient géographique prévu au 3° de l'article L. 162-23-4, servent de base à l'exercice des recours contre les tiers et à la facturation des prestations prévues au 1° de l'article L. 162-23-1 des malades non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve de l'article L. 174-20.

« Art. L. 162-23-10.-Le forfait relatif aux plateaux techniques spécialisés et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés, respectivement, aux articles L. 162-23-7 et L. 162-23-8 sont versés par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18 aux établissements de santé dans les conditions fixées par voie réglementaire.

« Art. L. 162-23-11.-Les modalités d'application de la présente sous-section sont fixées par décret en Conseil d'Etat. » ;

11° Après la même sous-section 4, telle qu'elle résulte du 10° du présent I, est insérée une sous-section 5 intitulée : « Dispositions communes aux activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie et aux activités de soins de suite et de réadaptation » et comprenant les articles L. 162-22-17, L. 162-22-18, L. 162-22-19 et L. 162-22-20 qui deviennent, respectivement, les articles L. 162-23-12, L. 162-23-13, L. 162-23-14 et L. 162-23-15 ;
12° Au premier alinéa de l'article L. 162-22-18, les mots : « des dispositions de l'article L. 162-22-6 » sont remplacés par les références : « des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;
13° L'article L. 162-22-19 est ainsi modifié :
a) Après le 1°, il est inséré un 1° bis ainsi rédigé :
« 1° bis Le financement des activités de soins de suite et de réadaptation et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés ; »
b) A la fin de la première phrase du 2°, la référence : « à l'article L. 162-22-13 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-13 et L. 162-23-8 » ;
14° L'article L. 162-22-20 est ainsi modifié :
a) Au premier alinéa, la référence : « au 1° » est remplacée par les références : « aux 1° et 4° » ;
b) A la seconde phrase du second alinéa, le mot : « définis » est remplacé le mot : « définies » ;
15° L'article L. 162-26 est ainsi modifié :
a) A la première phrase du premier alinéa, la référence : « et L. 162-14-1 » est remplacée par les références : «, L. 162-14-1 et L. 162-21-1 » ;
b) Au deuxième alinéa, les mots : « de soins de suite ou de réadaptation » sont supprimés ;
16° L'article L. 162-27 est ainsi modifié :
a) Au deuxième alinéa, la référence : « au 1° de l'article L. 162-22-6 » est remplacée par les références : « au 1° des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;
b) Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
« Lorsque ces spécialités sont inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-23-6, elles bénéficient d'un remboursement sur facture dans les conditions définies au même article et sur la base du tarif de responsabilité prévu à l'article L. 162-16-6. » ;
c) A la première phrase du dernier alinéa, après la référence : « L. 162-22-7 », est insérée la référence : « ou à l'article L. 162-23-6 » ;
17° Le premier alinéa de l'article L. 174-2-1 est ainsi modifié :
a) La référence : « au 1° de l'article L. 162-22-6 » est remplacée par les références : « au 1° des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;
b) La référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;
18° L'article L. 174-15 est ainsi modifié :
a) Au premier alinéa, la référence : «, L. 162-22-18 » est supprimée ;
b) Après le premier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :
« Sont applicables aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les articles L. 162-23-1 à L. 162-23-11.
« Sont applicables aux activités mentionnées aux 1° et 4° de l'article L. 162-22, lorsqu'elles sont exercées par le service de santé des armées, les articles L. 162-23-12 à L. 162-23-15. » ;
c) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
« Les dépenses afférentes aux activités mentionnées au deuxième alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-23. » ;
19° L'article L. 753-4 est ainsi modifié :
a) A la fin du premier alinéa, la référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;
b) A la fin du 3°, les mots : « la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 ».
II.-Le code de la santé publique est ainsi modifié :
1° A la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 6114-1, la référence : « L. 162-22-18 » est remplacée par la référence : « L. 162-23-13 » ;
2° La première phrase du premier alinéa de l'article L. 6145-1 est ainsi modifiée :
a) Après la référence : « L. 162-22-10 », est insérée la référence : « et au 2° de l'article L. 162-23-4 » ;
b) La référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;
c) La référence : « à l'article L. 162-22-8 » est remplacée par les mots : « aux articles L. 162-22-8 et L. 162-23-7 du même code, de la dotation prévue à l'article L. 162-23-15 » ;
d) La référence : « à l'article L. 162-22-14 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-14 et L. 162-23-8 » ;
e) Après la référence : « L. 162-22-16 », est insérée la référence : «, L. 162-23-3 » ;
3° Le I de l'article L. 6145-4 est ainsi modifié :
a) Au premier alinéa, après la référence : « L. 162-22-10 », est insérée la référence : « ou au 2° de l'article L. 162-23-4 » ;
b) Au 2°, après la référence : « L. 162-22-14 », est insérée la référence : « et au II de l'article L. 162-23-8 » ;
c) Il est ajouté un 4° ainsi rédigé :
« 4° Une modification des éléments mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 6° de l'article L. 162-23-4 du même code. »
III.-Le présent article est applicable à compter du 1er janvier 2017, sous réserve des dispositions suivantes.
A.-Par dérogation à l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au plus tard jusqu'au 1er mars 2022, le niveau des fractions mentionnées au 1° du même article peut être différencié entre les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code, d'une part, et les établissements mentionnés aux d et e du même article, d'autre part.
B.-Par dérogation aux articles L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au plus tard jusqu'au 1er mars 2022, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du même code sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 dudit code, dans les conditions définies aux articles L. 162-23-2 et L. 162-23-3 du même code, affectés d'un coefficient de transition, déduction faite, le cas échéant, de la participation de l'assuré.
Le coefficient de transition mentionné au premier alinéa du présent B est calculé, pour chaque établissement, afin de prendre en compte les conséquences sur les recettes d'assurance maladie de celui-ci des modalités de financement définies aux articles L. 162-23-2, L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale par rapport à celles préexistantes. Le coefficient ainsi calculé prend effet à compter du 1er mars 2017 et s'applique jusqu'au 28 février 2022 au plus tard. Le coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er mars 2022.
Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent le taux moyen régional de convergence des coefficients de transition des établissements de santé.
L'Etat fixe les règles générales de modulation du taux moyen régional de convergence entre les établissements de la région. Le taux moyen de convergence des coefficients de transition des établissements pour lesquels la valeur du coefficient est inférieure à 1 peut excéder le taux moyen régional de convergence à la condition que la masse financière supplémentaire résultant de ce dépassement soit prélevée sur les établissements pour lesquels la valeur du coefficient de transition est supérieure à 1. Ce prélèvement résulte de l'application d'un taux de convergence pour ces établissements supérieur au taux moyen régional.
La valeur du coefficient de transition de chaque établissement est fixée par le directeur général de l'agence régionale de santé et prend effet à la date d'entrée en vigueur des tarifs de prestation mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code. Le coefficient de transition de chaque établissement doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er mars 2022.
Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent B.
C.-Par dérogation à l'[article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006741463&dateTexte=&categorieLien=cid), dans sa rédaction résultant de la présente loi, les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-23-6 du même code ne sont pas facturés à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 dudit code. Les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code transmettent à échéances régulières à l'agence régionale de santé, pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 dudit code, leurs données d'activité, y compris celles relatives aux consultations externes. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnées au présent alinéa.
Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.
L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, d'une part, de l'activité par application des tarifs des prestations fixés en application de l'article L. 162-23-4 dudit code dans les conditions prévues au B du présent III et, d'autre part, de la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnées au premier alinéa du présent C. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'[article L. 174-2 du code de la sécurité sociale](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006740938&dateTexte=&categorieLien=cid).
L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice de l'article L. 162-23-13 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.
La dérogation prévue au présent C prend fin au plus tard le 1er mars 2020 selon des modalités calendaires, précisées par décret, qui peuvent être différentes en fonction de la catégorie des établissements et selon qu'il s'agit, d'une part, d'actes et de consultations externes ou, d'autre part, de prestations d'hospitalisation et de spécialités pharmaceutiques, mentionnées à l'article L. 162-23-6 dudit code.
IV.-Du 1er janvier au 31 décembre 2016, par dérogation aux articles [L. 162-22-2](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006740631&dateTexte=&categorieLien=cid) et [L. 174-1-1](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006740911&dateTexte=&categorieLien=cid) du code de la sécurité sociale, une part du montant des objectifs mentionnés aux mêmes articles est affectée, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à la constitution d'une dotation. Cette dotation participe au financement des missions d'intérêt général exercées par les établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 du même code dans le cadre de leurs activités de soins de suite et de réadaptation.
Les engagements des établissements de santé sont inscrits au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'[article L. 6114-2 du code de la santé publique](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690725&dateTexte=&categorieLien=cid).
Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent :
1° La liste des missions financées par cette dotation ainsi que les critères d'attribution aux établissements ;
2° Le montant des dotations régionales, en fonction du montant mentionné au premier alinéa du présent IV et après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé.
Le montant annuel de la dotation de chaque établissement est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé en fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques et des objectifs et orientations prévus dans le cadre de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement. Ces dotations sont versées aux établissements, dans des conditions fixées par décret, par les caisses mentionnées aux articles [L. 174-2](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006740938&dateTexte=&categorieLien=cid) ou [L. 174-18](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006741478&dateTexte=&categorieLien=cid) du code de la sécurité sociale.
V.-Du 1er janvier 2016 au 28 février 2017, un montant afférent aux dépenses relatives à la consommation de molécules onéreuses est identifié au sein de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'[article L. 174-1 du code de la sécurité sociale](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006740934&dateTexte=&categorieLien=cid) allouée aux établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code, au titre de leurs activités de soins de suite et de réadaptation.