

TEXTE ADOPTE n° 288

« *Petite loi* »

ASSEMBLEE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ONZIEME LEGISLATURE

SESSION ORDINAIRE DE 1998-1999

4 mai 1999

PROJET DE LOI

ADOPTE PAR L'ASSEMBLEE NATIONALE
EN PREMIERE LECTURE,
APRES DECLARATION D'URGENCE,

portant création d'une couverture maladie universelle.

L'Assemblée nationale a adopté le projet de loi dont la teneur suit :

Voir les numéros : 1419 et 1518.

Assurance maladie-maternité : généralités.

TITRE PRELIMINAIRE
DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

Article 1^{er}

Il est créé, pour les résidents de la France métropolitaine et des départements d'outre-mer, une couverture maladie universelle qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie, et aux personnes dont les revenus sont les plus faibles le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais.

TITRE I^{er}

**DISPOSITIONS
RELATIVES AUX REGIMES OBLIGATOIRES**

CHAPITRE I^{er}

Dispositions générales

Article 2

I. – Le quatrième alinéa de l'article L. 111-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Cette garantie s'exerce par l'affiliation des intéressés et le rattachement de leurs ayants droit à un ou plusieurs régimes obligatoires. »

II. – Le chapitre Ier du titre IV du livre VII du même code est abrogé. Toutefois, les dispositions de l'article L. 741-11 demeurent en vigueur pour la répartition du solde des opérations de recettes et de dépenses de l'assurance personnelle afférent à l'exercice 1999.

Dans l'intitulé du titre IV du livre VII, les mots : « Assurance personnelle » sont supprimés.

Article 3

I. – Il est inséré, au titre VIII du livre III du même code, un chapitre préliminaire intitulé : « Personnes affiliées au régime général du fait de leur résidence en France », comprenant les articles L. 380-1 à L. 380-4.

II. – Les articles L. 380-1 et L. 380-2 du même code sont ainsi rédigés :

« *Art. L. 380-1.* – Toute personne résidant en France métropolitaine ou dans un département d’outre-mer de façon stable et régulière relève du régime général lorsqu’elle n’a droit à aucun autre titre aux prestations en nature d’un régime d’assurance maladie et maternité.

« Un décret en Conseil d’Etat précise la condition de résidence mentionnée au présent article.

« *Art. L. 380-2.* – Les personnes affiliées au régime général dans les conditions fixées à l’article L. 380-1 sont redevables d’une cotisation lorsque leurs ressources dépassent un plafond fixé par décret, révisé chaque année pour tenir compte de l’évolution des prix.

« Cette cotisation est fixée en pourcentage du montant des revenus, définis selon les modalités fixées au 1° du V de l’article 1417 du code général des impôts, qui dépasse le plafond mentionné au premier alinéa. Un décret détermine le taux et les modalités de calcul de cette cotisation ainsi que les obligations déclaratives incombant aux assujettis.

« La cotisation est recouvrée selon les dispositions des sections 2 à 4 du chapitre III et du chapitre IV du titre IV du livre II du présent code, sous réserve des adaptations prévues par décret en Conseil d’Etat. »

Article 4

Il est inséré, après l’article L. 161-2 du même code, un article L.161-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 161-2-1.* – Toute personne qui déclare auprès d’une caisse primaire d’assurance maladie ne pas bénéficier des prestations en nature des assurances maladie et maternité est affiliée sans délai, au titre de l’article L. 380-1, au régime général sur justification de son identité et de sa résidence stable et régulière, et bénéficie immédiatement des prestations en nature de ce régime. La caisse

saisit ensuite, s'il y a lieu, l'organisme compétent pour affilier la personne en cause au régime dont elle relève.

« Les services sociaux ou les associations et organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'Etat dans le département, ainsi que les établissements de santé, apportent leur concours aux intéressés dans leur demande d'affiliation et sont habilités à transmettre les documents afférents à l'organisme compétent avec l'accord de l'intéressé.

« Les personnes qui, au moment de la demande, sont sans domicile fixe doivent élire domicile auprès d'un organisme agréé à cet effet par décision de l'autorité administrative.

« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat. »

Article 5

Les articles L. 161-15-1 et L. 161-15-2 du même code sont ainsi rédigés :

« *Art. L. 161-15-1.* – Une personne ne peut perdre le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité que si elle cesse de remplir la condition de résidence mentionnée à l'article L. 380-1 ou si elle est présumée absente dans les conditions prévues par l'article 112 du code civil.

« *Art. L. 161-15-2.* – Si une personne relève d'un régime d'assurance maladie autre que celui au titre duquel les prestations sont servies, l'organisme qui les sert ne peut les interrompre tant que l'organisme compétent ne s'est pas substitué à lui; il les garde à sa charge jusqu'à cette date. »

Article 6

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le dernier alinéa de l'article L. 161-2 est supprimé;

2° Le dernier alinéa de l'article L. 381-7 est supprimé;

3° Au troisième alinéa de l'article L. 381-12, les mots : « ,à condition d'être à jour de la cotisation personnelle prévue à l'article L. 381-17 » sont supprimés;

4° Au premier alinéa de l'article L. 382-9, après les mots : « des prestations », sont insérés les mots : « en espèces »;

5° Au premier alinéa de l'article L. 615-8, les mots : « Pour bénéficiaire du règlement des prestations » sont remplacés par les mots : « Pour bénéficiaire, le cas échéant, du règlement des prestations en espèces »;

6° Au dernier alinéa de l'article L. 722-6, après les mots : « Les prestations », sont insérés les mots : « en espèces ».

II. – L'avant-dernier alinéa de l'article 1106-12 du code rural, ainsi que les mots : « Nonobstant l'application des dispositions de l'alinéa précédent, », au dernier alinéa du même article, sont supprimés.

III (*nouveau*). – L'absence de la cotisation prévue à l'article 3 de la présente loi, lorsqu'elle est le fait de la mauvaise foi du bénéficiaire, peut conduire, dans des conditions déterminées par un décret, à la suspension du versement des prestations en nature de l'assurance maladie à l'assuré social; toutefois, cette sanction n'affecte pas les ayants droit de la personne convaincue de mauvaise foi.

Article 7

I. – Aux première et deuxième phrases de l'article L. 161-14-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « enfant majeur ayant droit d'un assuré social » sont remplacés par les mots : « enfant ayant droit d'un assuré social en vertu des 2° et 3° de l'article L. 313-3, qui a atteint l'âge de seize ans ».

II. – L'article L. 161-14-1 du même code est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Sauf refus exprès de leur part, les ayants droit mentionnés aux 1° et 4° de l'article L. 313-3 et à l'article L. 161-14 sont identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré et perçoivent à titre personnel les prestations des assurances maladie et maternité.

« Les enfants mineurs pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance peuvent, à la diligence et sur demande des personnes ou des établissements qui en assurent l'accueil ou la garde, être identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré. Ces personnes ou établissements perçoivent pour le compte de l'assuré les prestations en nature des assurances maladie et maternité. »

III. – L'article L. 615-11 du même code est abrogé.

IV. – Au deuxième alinéa de l'article L. 381-9 du même code, les mots : « à l'exclusion des enfants majeurs ayants droit des ressortissants des régimes spéciaux » sont remplacés par les mots : « à l'exclusion des enfants ayants droit des ressortissants du régime des travailleurs non salariés des professions non agricoles et des régimes spéciaux ».

Article 8

Il est inséré, au chapitre préliminaire du titre VIII du livre III du même code, un article L. 380-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 380-3.* – Les dispositions de l'article L. 380-1 ne s'appliquent pas aux personnes suivantes :

« 1° Les membres du personnel diplomatique et consulaire en poste en France, les fonctionnaires d'un Etat étranger et personnes assimilées, ainsi que les membres de leur famille qui les accompagnent;

« 2° Les personnes qui sont venues en France pour suivre un traitement médical ou une cure;

« 3° Les personnes résidant en France qui, au titre d'une activité professionnelle exercée par elles-mêmes ou par un membre de leur famille sur le territoire d'un Etat étranger, ont la faculté d'être affiliées à titre volontaire à un régime d'assurance maladie, conformément à la législation de cet Etat, si cette affiliation leur permet d'obtenir la couverture des soins reçus sur le territoire français;

« 4° Les agents retraités d'une organisation internationale qui ne sont pas également titulaires d'une pension française, ainsi que les membres de leur famille, dès lors qu'ils sont couverts dans des conditions analogues à celles du régime général français d'assurance maladie et maternité par le régime propre à l'organisation dont ils relevaient quand ils étaient en activité. »

CHAPITRE II

Dispositions financières

Section 1

Transferts financiers

Article 9

I. – A l'article L. 814-5 du code de la sécurité sociale, les mots : « Les dépenses entraînées par l'attribution de l'allocation spéciale, par l'action sociale prévue par l'article L. 814-7 et par la prise en charge, au titre de l'article L. 741-4, des cotisations d'assurance personnelle des titulaires de l'allocation spéciale » sont remplacés par les mots : « Les dépenses entraînées par l'attribution de l'allocation spéciale et par l'action sociale prévue par l'article L. 814-7 ».

II. – Au 2° du premier alinéa de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, le taux : « 60 % » est remplacé par le taux : « 55 % ».

Article 10

I. – La dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 161-15 et la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 381-2 du même code sont supprimées.

II. – Le II de l'article L. 245-16 du même code est ainsi rédigé :

« II. – Le produit des prélèvements mentionnés au I est versé, pour la moitié de son montant à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, pour 28 % de son montant à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et pour 22 % de son montant à la Caisse nationale des allocations familiales. »

Article 11

Le dernier alinéa de l'article L. 241-2 du même code est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont en outre constituées par :

« 1° Une fraction du produit du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts, dans les conditions fixées par la loi de finances pour 2000;

« 2° Une fraction fixée à 5 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 403 du code général des impôts, à l'exception du produit de ce droit de consommation perçu dans les départements de la collectivité territoriale de Corse et du prélèvement perçu au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles selon les dispositions de l'article 1615 *bis* du code général des impôts;

« 3° Une fraction des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15. »

Article 12

L'article L. 213-1 du code des assurances est ainsi modifié :

1° La dernière phrase du premier alinéa est ainsi rédigée :

« Cette cotisation est perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. »;

2° Au dernier alinéa, les mots : « et les modalités de répartition du produit des cotisations entre les divers régimes obligatoires d'assurance maladie » sont supprimés.

Article 13

I. – Le montant de la dotation générale de décentralisation et, s'il y a lieu, celui du produit des impôts affectés aux départements pour compenser, dans les conditions prévues par les articles L. 1614-1 à L. 1614-4 du code général des collectivités territoriales, l'accroissement net de charges résultant des transferts de compétences entre l'Etat et les collectivités territoriales sont réduits, pour chaque département, d'un montant égal aux dépenses consacrées à l'aide médicale en 1997, diminué de 5 % et revalorisé en fonction des taux de croissance annuels de la dotation globale de fonctionnement fixés pour 1998, 1999 et 2000.

Cette réduction est fixée, pour chaque département, par arrêté conjoint des ministres chargés des collectivités territoriales et du budget, après avis de la commission mentionnée à l'article L. 1614-3 du code général des collectivités territoriales.

II. – Les dépenses visées au I du présent article sont constituées par les dépenses inscrites au titre de l'aide médicale dans les chapitres des comptes administratifs des départements de 1997 relatifs à l'aide sociale ou à l'insertion, à l'exclusion des charges des services communs réparties entre services utilisateurs.

III. – L'article 38 de la loi n° 88-1088 du 1er décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion est ainsi modifié :

1° Dans la première phrase, les mots : « un crédit au moins égal à 20 % des sommes versées » sont remplacés par les mots : « un crédit au moins égal, pour la métropole, à 17 % des sommes versées et, pour les départements d'outre-mer, à 16,25 % des sommes versées »;

2° La seconde phrase est supprimée.

Section 2

Recouvrement des cotisations

Article 14

I. – L'article L. 243-4 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 243-4.* – Le paiement des cotisations et des majorations et pénalités de retard est garanti pendant un an à compter de leur date d'exigibilité, par un privilège sur les biens meubles du débiteur, lequel privilège prend rang concurremment avec celui des gens de service et celui des salariés établis respectivement par l'article 2101 du code civil et les articles 128 et 129 de la loi n° 85-98 du 25 janvier 1985 relative au redressement et à la liquidation judiciaires des entreprises. »

II. – L'article L. 652-3 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 652-3.* – Lorsqu'ils sont munis d'un titre exécutoire au sens de l'article 3 de la loi n° 91-650 du 9 juillet 1991 portant réforme des procédures civiles d'exécution, les organismes d'assurance maladie et maternité et les caisses d'assurance vieillesse des professions non salariées non agricoles habilités à décerner la contrainte définie à l'article L. 244-9 peuvent, au moyen d'une opposition, enjoindre aux tiers dépositaires, détenteurs ou redevables de sommes appartenant ou devant revenir au débiteur, de verser au lieu et place de celui-ci, auxdits

organismes, les fonds qu'ils détiennent ou qu'ils doivent à concurrence des cotisations et des majorations et pénalités de retard bénéficiant du privilège prévu à l'article L. 243-4 ou ayant donné lieu à une inscription de privilège dans les conditions prévues à l'article L. 243-5.

« L'opposition motivée est notifiée au tiers détenteur et au débiteur par le directeur de l'un des organismes mentionnés à l'alinéa précédent. Elle affecte, dès réception par le tiers, les sommes faisant l'objet du titre exécutoire au paiement desdites cotisations et majorations et pénalités de retard, quelle que soit la date à laquelle les créances, même conditionnelles ou à terme, que le débiteur possède à l'encontre du tiers deviennent exigibles. L'opposition emporte l'effet d'attribution immédiate prévu à l'article 43 de la loi n° 91-650 du 9 juillet 1991 précitée à concurrence des sommes pour lesquelles elle est pratiquée. Lorsqu'une personne est simultanément destinataire de plusieurs oppositions établies au nom du débiteur, elle doit, en cas d'insuffisance des fonds, exécuter ces demandes en proportion de leurs montants respectifs.

« L'opposition peut être contestée devant le juge de l'exécution, par le débiteur ou par le tiers détenteur, dans le mois suivant sa notification. Le paiement est différé pendant ce délai, et le cas échéant jusqu'à ce qu'il soit statué, sauf si le juge autorise le paiement pour la somme qu'il détermine.

« Sont en outre applicables les articles 24, 44 et 47 de la loi n° 91-650 du 9 juillet 1991 précitée.

« Les présentes dispositions ne sont pas applicables aux sommes dues par le tiers détenteur au titre des rémunérations qui ne peuvent être saisies que dans les conditions et selon la procédure prévues par les articles L. 145-1 et suivants du code du travail.

« Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'Etat. »

III. – Le premier alinéa de l'article L. 242-11 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les dispositions de l'article L. 652-3 sont applicables au recouvrement de ces cotisations par les organismes visés à l'article L. 213-1. »

IV. – Au V de l'article L. 136-5 du même code, le 2° devient le 3° et il est inséré un 2° ainsi rédigé :

« 2° Des dispositions de l'article L. 652-3 pour ce qui concerne le recouvrement, par les organismes visés à l'article L. 213-1, de la

contribution prévue à l'article L. 136-3 et, par les caisses de mutualité sociale agricole, de la contribution prévue à l'article L. 136-4; ».

V. – Le premier alinéa de l'article 1143-2 du code rural est ainsi rédigé :

« Les caisses de mutualité sociale agricole sont chargées du recouvrement des cotisations et des majorations et pénalités de retard dues au titre des régimes de protection sociale agricole dont elles assurent l'application. »

VI. – Le 3° de l'article 1143-2 du code rural est abrogé.

VII. – Au troisième alinéa de l'article 1143-2 du code rural, les mots : « ainsi que des pénalités de retard » sont remplacés par les mots : « ainsi que des majorations et pénalités de retard ».

VIII. – A l'article 1143-5 du code rural, après les mots : « au paiement des cotisations », sont insérés les mots : « , des majorations et pénalités de retard ».

IX. – Dans le code rural, il est inséré un article 1143-7 ainsi rédigé :

« *Art. 1143-7.* – Lorsqu'elles sont munies d'un titre exécutoire, au sens de l'article 3 de la loi n° 91-650 du 9 juillet 1991 portant réforme des procédures civiles d'exécution, à l'encontre des employeurs de main-d'œuvre agricole ou des personnes physiques non salariées agricoles, les caisses de mutualité sociale agricole habilitées à décerner la contrainte définie à l'article 1143-2 peuvent, au moyen d'une opposition, enjoindre aux tiers dépositaires, détenteurs ou redevables de sommes appartenant ou devant revenir au débiteur, de verser au lieu et place de celui-ci, auxdits organismes, les fonds qu'ils détiennent ou qu'ils doivent à concurrence des cotisations et des majorations et pénalités de retard au titre des régimes de protection sociale agricole bénéficiant du privilège ou ayant donné lieu à une inscription de privilège, en application de l'article 1143-5.

« L'opposition motivée est notifiée au tiers détenteur et au débiteur par le directeur de l'organisme. Elle affecte, dès réception par le tiers, les sommes faisant l'objet du titre exécutoire au paiement desdites cotisations, majorations et pénalités de retard, quelle que soit la date à laquelle les créances, même conditionnelles ou à terme, que le débiteur possède à l'encontre du tiers deviennent exigibles. L'opposition emporte l'effet d'attribution immédiate prévu à l'article 43 de la loi n° 91-650 du 9 juillet 1991 précitée à concurrence des

sommes pour lesquelles elle est pratiquée. Lorsqu'une personne est simultanément destinataire de plusieurs oppositions établies au nom du débiteur, elle doit, en cas d'insuffisance des fonds, exécuter ces demandes en proportion de leurs montants respectifs.

« L'opposition peut être contestée devant le juge de l'exécution, par le débiteur ou par le tiers détenteur, dans le mois suivant sa notification. Le paiement est différé pendant ce délai, et le cas échéant jusqu'à ce qu'il soit statué, sauf si le juge autorise le paiement pour la somme qu'il détermine.

« Sont en outre applicables les articles 24, 44 et 47 de la loi n° 91-650 du 9 juillet 1991 précitée.

« Les présentes dispositions ne sont pas applicables aux sommes dues par le tiers détenteur au titre des rémunérations qui ne peuvent être saisies que dans les conditions et selon la procédure prévues par les articles L. 145-1 et suivants du code du travail.

« Les organismes visés à l'article 1106-9 disposent de la même procédure d'opposition à tiers détenteur et sous les mêmes conditions que les caisses de mutualité sociale agricole pour le recouvrement des cotisations prévues aux articles 1106-6 et suivants ainsi que des majorations et pénalités de retard.

« Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'Etat. »

CHAPITRE III

Dispositions diverses

Article 15

I. – Au premier alinéa de l'article L. 161-8 du code de la sécurité sociale, les mots : « pendant une période déterminée » sont remplacés par les mots : « pendant des périodes qui peuvent être différentes selon qu'il s'agit de prestations en nature ou de prestations en espèces ».

II. – Au deuxième alinéa du même article, les mots : « Le délai mentionné à l'alinéa précédent s'applique également » et les mots : « si pendant cette période » sont remplacés respectivement par les mots : « Les périodes mentionnées à l'alinéa précédent s'appliquent également » et les mots : « si pendant ces périodes ».

Article 16

I. – A l'article L. 381-4 du même code, les mots : « qui, n'étant ni assurés sociaux ni ayants droit d'assuré social, » sont remplacés par les mots : « qui, n'étant pas assurés sociaux ou ayants droit d'assuré social à un titre autre que celui prévu à l'article L. 380-1, ».

II. – Le premier alinéa de l'article L. 381-12 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ils ne peuvent être affiliés au titre de l'article L. 380-1. »

Article 17

L'article L. 380-4 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 380-4.* – Les pupilles de l'Etat sont affiliés au régime général au titre du présent chapitre. »

Article 18

Sont résiliés de plein droit, à compter de la date où le contractant est affilié au régime général en application de l'article L 380-1 du code de la sécurité sociale, tous contrats d'assurance portant sur les risques couverts par cette affiliation. Les cotisations ou primes afférentes à ces contrats sont remboursées par les organismes qui les ont perçues au prorata de la durée du contrat restant à courir.

Si la garantie résultant de ces contrats est supérieure à celle qu'assure le régime général, le contrat peut être maintenu en vigueur par un avenant et avec une réduction de prime.

Article 19

I. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 380-3 du code de la sécurité sociale, les personnes visées aux 1^o, 3^o et 4^o du même article, affiliées au régime de l'assurance personnelle à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, peuvent, à leur demande, être affiliées au régime général en application de l'article L. 380-1 du même code pendant une période transitoire se terminant au plus tard trois ans après la date de publication de la présente loi.

II. – Les personnes relevant des dispositions de l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale, affiliées au régime de l'assurance personnelle à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, dont les prestations d'assurance maladie et maternité sont servies par un organisme de

protection sociale agricole au titre de sa participation à la gestion de l'assurance personnelle, continuent de bénéficier du service de ces prestations. Ce service est assuré par cet organisme pour le compte du régime général dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES A LA PROTECTION COMPLEMENTAIRE EN MATIERE DE SANTE

CHAPITRE I^{er}

Dispositions générales

Article 20

I. – L'intitulé du livre VIII du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « – Protection complémentaire en matière de santé ».

II. – Le livre VIII du même code est complété par un titre VI intitulé : « Protection complémentaire en matière de santé », et comprenant trois chapitres.

III. – Le chapitre Ier du titre VI du livre VIII du même code est ainsi rédigé :

« *CHAPITRE I^{er}*

« *Dispositions générales*

« *Art. L. 861-1.* – Les personnes résidant en France dans les conditions prévues par l'article L. 380-1, dont les ressources sont inférieures à un plafond déterminé par décret, révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix, ont droit à une couverture complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. Ce plafond varie selon la composition du foyer et le nombre de personnes à charge.

« Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'âge, de domicile et de ressources dans lesquelles une personne est considérée comme étant à charge.

« Les personnes mineures ayant atteint l'âge de seize ans, dont les liens avec la vie familiale sont rompus, peuvent bénéficier à titre personnel, à leur demande, sur décision de l'autorité administrative, de la protection complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. Une action en récupération peut être exercée par l'organisme prestataire à l'encontre des parents du mineur bénéficiaire lorsque ceux-ci disposent de ressources supérieures au plafond mentionné au premier alinéa.

« *Art. L. 861-2.* – L'ensemble des ressources du foyer est pris en compte pour la détermination du droit à la protection complémentaire en matière de santé, à l'exception de certaines prestations à objet spécialisé et de tout ou partie des rémunérations de nature professionnelle lorsque celles-ci ont été interrompues. Un décret en Conseil d'Etat fixe la liste de ces prestations et rémunérations, les périodes de référence pour l'appréciation des ressources prises en compte ainsi que les modalités particulières de détermination des ressources provenant d'une activité non salariée.

« Les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion ont droit à la protection complémentaire en matière de santé.

« Les bénéficiaires des dispositions du présent titre qui sont affiliés sur critère de résidence au régime général sont exonérés de la cotisation prévue à l'article L. 380-2.

« *Art. L. 861-3.* – Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 ont droit, sans contrepartie contributive, à la prise en charge, sous réserve de la réduction, de la suppression ou de la dispense de participation prévues par le présent code ou stipulées par les garanties collectives obligatoires professionnelles :

« 1° De la participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité des organismes de sécurité sociale pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires;

« 2° Du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4;

« 3° Des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et pour les dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, dans des limites fixées par arrêté interministériel.

« L'arrêté mentionné au 3° ci-dessus précise notamment la liste des dispositifs et la limite du montant des frais pris en charge.

« Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 sont dispensées de l'avance de frais pour les dépenses prises en charge par les régimes obligatoires des assurances maladie et maternité et celles prévues au présent article. Les personnes ayant souscrit un acte d'adhésion, transmis à leur caisse d'assurance maladie, formalisant leur engagement auprès d'un médecin référent dans une démarche qualité fondée sur la continuité et la coordination des soins bénéficient de la procédure de dispense d'avance de frais pour les frais des actes réalisés par ce médecin ou par les médecins spécialistes qui se déclarent correspondants de ce médecin, pour eux-mêmes ou leurs ayants droit. Pour l'application de cette dispense d'avance de frais, un décret détermine les modalités de paiement des professionnels et établissements de santé permettant notamment qu'ils aient un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure.

« *Art. L. 861-4.* – Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 obtiennent le bénéfice des prestations définies à l'article L. 861-3, à leur choix :

« *a)* Soit auprès des organismes d'assurance maladie, gestionnaires de ces prestations pour le compte de l'Etat, dans les conditions prévues au chapitre II du présent titre;

« *b)* Soit par adhésion à une mutuelle régie par le code de la mutualité, ou par souscription d'un contrat auprès d'une institution de prévoyance régie par le livre IX du présent code ou par le livre VII du code rural, ou d'une entreprise régie par le code des assurances, dans les conditions prévues au chapitre II du présent titre.

« *Art. L. 861-5.* – La demande d'attribution de la protection complémentaire, accompagnée de l'indication du choix opéré par le demandeur en application de l'article L. 861-4, est faite auprès de la caisse du régime d'affiliation du demandeur. Le formulaire de la demande d'adhésion ou le contrat est établi d'après un modèle défini par décret en Conseil d'Etat.

« Les services sociaux et les associations ou organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'Etat dans le département ainsi que les établissements de santé apportent leur concours aux intéressés dans leur demande de protection complémentaire et sont habilités, avec l'accord du demandeur, à transmettre la demande et les documents correspondants à l'organisme compétent.

« La décision est prise par l'autorité administrative qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse. Cette décision doit être notifiée au demandeur dans un délai maximal fixé par décret et peut faire l'objet d'un recours contentieux devant la commission

départementale d'aide sociale. En l'absence de notification de la décision au demandeur, la demande est considérée comme acceptée.

« Lorsque la situation du demandeur l'exige, le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé est attribué, dès le dépôt de la demande, aux personnes présumées remplir les conditions prévues aux articles L. 380-1 et L. 861-1.

« Les droits reconnus conformément aux articles L. 861-1 à L. 861-4 sont attribués pour une période d'un an renouvelable.

« *Art. L. 861-6.* – La prise en charge prévue au *a* de l'article L. 861-4 est assurée par l'organisme qui sert au bénéficiaire les prestations en nature des assurances maladie et maternité, qui ne peut refuser cette prise en charge. Elle prend effet à la date de la décision de l'autorité administrative prévue au troisième alinéa de l'article L. 861-5.

« *Art. L. 861-7.* – Les organismes mentionnés au *b* de l'article L. 861-4 qui souhaitent participer à la protection complémentaire en matière de santé établissent une déclaration dont le modèle est fixé par arrêté.

« L'autorité administrative établit et diffuse la liste des organismes participants, en particulier aux associations, services sociaux, organismes à but non lucratif et établissements de santé visés à l'article L. 861-5.

« En cas de manquement aux obligations prévues aux articles L. 861-3 et L. 861-8, l'autorité administrative peut retirer de la liste l'organisme en cause. Les conditions dans lesquelles le retrait est prononcé et le délai au terme duquel une nouvelle déclaration peut être établie sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

« *Art. L. 861-8.* – Pour les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 qui ont choisi d'adhérer à une mutuelle ou de souscrire un contrat auprès d'une institution de prévoyance ou d'une entreprise d'assurance inscrite sur la liste prévue à l'article L. 861-7, l'adhésion ou le contrat, selon l'organisme choisi, prend effet à la date de la décision de l'autorité administrative prévue au troisième alinéa de l'article L. 861-5. Les organismes en cause ne peuvent subordonner l'entrée en vigueur de cette adhésion ou de ce contrat à aucune autre condition ou formalité que la réception du document attestant l'ouverture de leurs droits.

« *Art. L. 861-9.* – Pour la détermination du droit aux dispositions de l'article L. 861-3 et le contrôle des déclarations de ressources effectué à cette fin, les organismes d'assurance maladie peuvent

demander toutes les informations nécessaires aux organismes d'indemnisation du chômage qui sont tenus de les leur communiquer. Les informations demandées doivent être limitées aux données strictement nécessaires à l'accomplissement de cette mission, dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les personnes intéressées sont informées de la possibilité de ces échanges d'informations. »

Article 20bis (nouveau)

I. – Après le premier alinéa de l'article L. 132-27 du code du travail, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les entreprises visées à l'alinéa précédent, lorsque les salariés ne sont pas couverts par un accord de branche ou par un accord d'entreprise définissant les modalités d'un régime de prévoyance maladie, l'employeur est tenu d'engager chaque année une négociation sur ce thème. »

II. – Dans le dernier alinéa du même article, les mots : « Dans les entreprises visées à l'alinéa précédent » sont remplacés par les mots : « Dans ces entreprises ».

Article 20 ter (nouveau)

L'article L. 133-5 du code du travail est remplacé par un 14° ainsi rédigé :

« 14° Les modalités d'accès à un régime de prévoyance maladie. »

Article 21

I. – Après l'article 6 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, sont insérés les articles 6-1 et 6-2 ainsi rédigés :

« *Art. 6-1.* – A l'expiration de son droit aux prestations définies à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, toute personne ayant bénéficié de la prise en charge prévue au *b* de l'article L. 861-4 de ce code reçoit de l'organisme auprès duquel elle bénéficiait de cette prise en charge la proposition de prolonger son adhésion ou son contrat pour une période d'un an, avec les mêmes prestations et pour un tarif n'excédant pas un montant fixé par arrêté.

« *Art. 6-2.* – Lorsqu’une personne obtient le bénéfice de la protection complémentaire définie à l’article L. 861-3 du code de la sécurité sociale alors qu’elle est déjà garantie par un organisme assureur contre les risques liés à une maladie, une maternité ou un accident dans les conditions prévues aux articles 2 et 3 de la présente loi, elle obtient à sa demande :

« 1° Soit la résiliation totale de la garantie initialement souscrite si l’organisme assureur n’est pas inscrit sur la liste prévue à l’article L. 861-7 du code de la sécurité sociale;

« 2° Soit la modification de la garantie initialement souscrite en une garantie établie en application des articles L. 861-1 et L. 861-3 du code de la sécurité sociale; si la garantie initialement souscrite s’appliquait également à des risques différents de la garantie prévue par l’article L. 861-3, l’organisme assureur doit proposer au bénéficiaire de la protection complémentaire, pour la partie de son contrat initial qui excède cette protection, un contrat correspondant à des conditions tarifaires de droit commun.

« Les cotisations ou primes afférentes aux contrats ou partie de contrat initiaux sont remboursées par les organismes qui les ont perçues au prorata de la durée du contrat restant à courir.

« Les dispositions du présent article ne s’appliquent pas aux garanties souscrites dans le cadre d’un accord collectif obligatoire d’entreprise. »

II. – Le premier alinéa de l’article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 précitée est complété par les mots : « et avant la prise en charge instaurée par l’article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ».

Article 22

Le premier alinéa du II de l’article L. 162-5-2 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces tarifs ne peuvent donner lieu à dépassement pour les actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé, sauf en cas d’exigence particulière du patient. »

Article 23

Le chapitre V du titre VI du livre Ier du même code est intitulé : « Dispositifs médicaux à usage individuel », et comprend, à la sous-section 1 de la section 1, un article L. 165-1 ainsi rédigé :

«*Art. L. 165-1.* – Les organismes d’assurance maladie, ainsi que les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d’assurance, peuvent conclure des accords, à l’échelon local ou national, avec les distributeurs de dispositifs médicaux à usage individuel, notamment en ce qui concerne la qualité, les prix maximum pratiqués et les modalités de dispense d’avance de frais.

« Ces accords doivent comporter des dispositions adaptées à la situation des bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé. A ce titre, pour les dispositifs médicaux à usage individuel figurant sur la liste mentionnée au deuxième alinéa de l’article L. 861-3, ces accords prévoient soit l’obligation pour les distributeurs de proposer un dispositif à un prix n’excédant pas le montant des frais pris en charge défini par l’arrêté mentionné à l’article L. 861-3, soit le montant maximal pouvant être facturé aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé.

« En l’absence d’accord ou lorsque les dispositions de l’accord ne répondent pas aux conditions définies à l’alinéa précédent, un arrêté fixe les obligations mentionnées à l’alinéa précédent s’imposant aux distributeurs.

« Les dispositions du titre VI de l’ordonnance n° 86-1243 du 1^{er} décembre 1986 relative à la liberté des prix et de la concurrence sont applicables aux infractions prévues par cet arrêté. »

Article 24

I. – Le 2° de l’article L. 162-9 du même code est complété par les mots : « si elle autorise un dépassement pour les soins visés au 3° de l’article L. 861-3, la convention nationale intéressant les chirurgiens-dentistes fixe le montant maximal de ce dépassement applicable aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé; à défaut de convention, ou si la convention ne prévoit pas de dispositions spécifiques aux bénéficiaires de cette protection, un arrêté interministériel détermine la limite applicable à ces dépassements pour les intéressés; ».

II(*nouveau*). –Après le sixième alinéa (4°) du même article, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 5° Pour les chirurgiens-dentistes, le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l’assuré social de payer directement les honoraires. »

CHAPITRE II

Dispositions financières

Article 25

Le chapitre II du titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« CHAPITRE II

« Dispositions financières

« *Art. L. 861-10.* – Il est créé un fonds dont la mission est de financer la couverture des dépenses de santé prévue à l'article L. 861-3.

« Ce fonds, dénommé : "Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie", est un établissement public national à caractère administratif. Un décret fixe la composition du conseil d'administration, constitué de représentants de l'Etat, ainsi que la composition du conseil de surveillance, comprenant notamment des membres du Parlement, des représentants d'associations œuvrant dans le domaine économique et social en faveur des populations les plus démunies, des représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie et des représentants des organismes de protection sociale complémentaire. Ce décret fixe également les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds.

« Les organismes mentionnés au *b* de l'article L. 861-4 peuvent créer un fonds d'accompagnement à la protection complémentaire des personnes dont les ressources sont supérieures au plafond prévu à l'article L. 861-1. Ils en déterminent les modalités d'intervention.

« *Art. L. 861-11.* – Les dépenses du fonds sont constituées :

« *a)* Par le versement aux organismes de sécurité sociale d'un montant égal aux dépenses résultant de l'application du *a* de l'article L. 861-4;

« *b)* Par le versement aux organismes mentionnés au *b* de l'article L. 861-4 des montants définis à l'article L. 861-15;

« *c)* Par les frais de gestion administrative du fonds.

« *Art. L. 861-12.* – Les recettes du fonds sont constituées par :

« *a)* Un versement des organismes mentionnés à l'article L. 861-13, établi dans les conditions fixées par ce même article;

« *b*) Une dotation budgétaire de l'Etat destinée à équilibrer le fonds.

« Le solde annuel des dépenses et des recettes du fonds doit être nul.

« *Art. L. 861-13. – I. –* Les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le livre IX du présent code ou par le livre VII du code rural et les entreprises régies par le code des assurances sont assujetties à une contribution à versements trimestriels, assise sur le montant hors taxes des cotisations et primes afférentes à la protection complémentaire en matière de santé, recouvrées au cours d'un trimestre civil au titre de leur activité réalisée en France.

« II. – Le taux de la contribution est fixé à 1,75 %.

« III. – Les organismes mentionnés au I du présent article déduisent du montant de la contribution due en application du I et du II ci-dessus un montant égal, pour chaque organisme, au produit de la somme de 375 F par le nombre de personnes bénéficiant, le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil au titre duquel la contribution est due, de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 au titre des dispositions du *b* de l'article L. 861-4.

« *Art. L. 861-14. –* Les sommes dues au titre de la contribution visée à l'article L. 861-13 sont versées, au plus tard le dernier jour du mois suivant la date de leur exigibilité, aux organismes chargés du recouvrement des cotisations territorialement compétents. Toutefois, un organisme différent peut être désigné par arrêté ministériel pour exercer tout ou partie des missions de ces organismes.

« Ces sommes sont recouvrées et contrôlées suivant les règles, garanties et sanctions prévues aux I et V de l'article L. 136-5. Le contrôle de l'application par les organismes des dispositions du III de l'article L. 861-13 peut être délégué par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général au fonds institué à l'article L. 861-10.

« Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général reversent les sommes encaissées en application du premier alinéa au fonds mentionné à l'article L. 861-10.

« *Art. L. 861-15. –* Lorsque le montant de la contribution due en application du I et du II de l'article L. 861-13 est inférieur au montant de la déduction découlant de l'application du III du même article, les organismes mentionnés au I de l'article L. 861-13 demandent au fonds le versement de cette différence dans le délai mentionné au

premier alinéa de l'article L. 861-14. Le fonds procède à ce versement au plus tard le dernier jour du mois suivant.

« *Art. L. 861-16.* – Pour l'application des articles L. 861-10 à L. 861-15 :

« *a)* Le fonds est habilité à procéder à tout contrôle sur les dépenses mentionnées aux *a* et *b* de l'article L. 861-11;

« *b)* Les organismes d'assurance et assimilés non établis en France et admis à y opérer en libre prestation de services en application de l'article L. 310-2 du code des assurances désignent un représentant, résidant en France, personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues;

« *c)* Les organismes mentionnés au I de l'article L. 861-13 communiquent aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général les éléments nécessaires à la détermination de l'assiette de la contribution et de la déduction prévues au même article; ils communiquent au fonds les éléments nécessaires à l'application de l'article L. 861-15 et l'état des dépenses et recettes relatives à la protection complémentaire mise en œuvre au titre du *b* de l'article L. 861-4;

« *d)* Les organismes de sécurité sociale communiquent au fonds le nombre de personnes prises en charge et le montant des prestations servies au titre du *a* de l'article L. 861-4.

« *Art. L. 861-17.* – Les organismes mentionnés au I de l'article L. 861-13 peuvent constituer, par adhésion volontaire, des associations dont l'objet est de mettre en œuvre, pour le compte des organismes adhérents, les opérations se rattachant aux droits et obligations qui leur incombent en application des articles L. 861-13 à L. 861-16 et dont ils demeurent responsables.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les règles constitutives de ces associations, notamment les conditions de leur composition, leur compétence territoriale, les règles financières qui leur sont applicables ainsi que les clauses types que doivent pour cela respecter leurs statuts. Il définit en outre les modalités de leur agrément et de leur contrôle par l'Etat.

« Les organismes qui adhèrent à une association en application du premier alinéa du présent article notifient ce choix à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations du régime général compétent.

« Le fonds et les organismes chargés du recouvrement de la contribution disposent, à l'égard des associations constituées en

application du présent article, des mêmes pouvoirs de contrôle qu'à l'égard des organismes mentionnés au I de l'article L. 861-13. »

CHAPITRE III

Dispositions transitoires

Article 26

Les personnes titulaires de l'aide médicale à la date d'entrée en vigueur de la présente loi bénéficient de plein droit des dispositions de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, jusqu'à l'expiration de la période d'admission à l'aide médicale et, en tout état de cause, jusqu'au 31 mars 2000.

Article 27

Pour l'application de l'article 26, les organismes d'assurance maladie reçoivent de l'Etat ou des départements les informations nominatives nécessaires et mettent en œuvre, dans les conditions prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, des traitements automatisés d'informations nominatives.

CHAPITRE IV

Dispositions diverses

Article 28

Le chapitre III du titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *CHAPITRE III*

« *Dispositions d'application*

« *Art. L. 861-18.* – Des décrets en Conseil d'Etat déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent titre. »

Article 29

Les articles L. 371-8 à L. 371-11 du même code sont abrogés.

TITRE III

REFORME DE L'AIDE MEDICALE

Article 30

Le titre III *bis* du code de la famille et de l'aide sociale est ainsi rédigé :

« TITRE III BIS

« AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT

« *Art. 187-1.* – Tout étranger résidant en France sans remplir les conditions fixées par l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale et dont les ressources ne dépassent pas le plafond mentionné à l'article L. 861-1 de ce code a droit, pour lui-même et les personnes à sa charge au sens des articles L. 161-14 et L. 313-3 de ce code, aux soins que nécessite son état.

« En outre, toute personne qui, ne résidant pas en France, est présente sur le territoire français, et dont l'état de santé le justifie, peut, par décision individuelle prise par le ministre chargé de l'action sociale, bénéficier de l'aide médicale de l'Etat dans les conditions prévues par l'article 187-3. Dans ce cas, la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article 187-2 peut être partielle.

« *Art. 187-2.* – La prise en charge, assortie de la dispense d'avance des frais, concerne :

« 1° Les frais définis aux 1°, 2°, 4° et 6° de l'article L. 321-1 et à l'article L. 331-2 du code de la sécurité sociale par application des tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie;

« 2° Le forfait journalier, institué par l'article L. 174-4 du même code.

« *Art. 187-3.* – La demande d'aide médicale de l'Etat peut être déposée auprès :

« 1° D'un organisme d'assurance maladie;

« 2° D'un centre communal ou intercommunal d'action sociale du lieu de résidence de l'intéressé;

« 3° Des services sanitaires et sociaux du département de résidence;

« 4° Des associations ou organismes à but non lucratif agréés à cet effet par décision du représentant de l'Etat dans le département.

« L'organisme auprès duquel la demande a été déposée établit un dossier conforme au modèle fixé par arrêté du ministre chargé de l'action sociale et le transmet, dans un délai de huit jours, à la caisse d'assurance maladie qui en assure l'instruction par délégation de l'Etat.

« Toutefois, les demandes présentées par les personnes pouvant bénéficier de l'aide médicale en application du deuxième alinéa de l'article 187-1 sont instruites par les services de l'Etat.

« *Art. 187-4.* – Les personnes mentionnées au premier alinéa de l'article 187-1 qui se trouvent, au moment de la demande d'aide médicale de l'Etat, sans domicile fixe doivent, pour bénéficier de cette aide, élire domicile auprès d'un organisme agréé à cet effet par le représentant de l'Etat dans le département.

« *Art. 188.* – L'admission à l'aide médicale de l'Etat des personnes relevant du premier alinéa de l'article 187-1 est prononcée, dans des conditions définies par décret, par le représentant de l'Etat dans le département, qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des travailleurs salariés.

« Cette admission est accordée pour une période d'un an.

« Les demandeurs dont la situation l'exige sont admis immédiatement au bénéfice de l'aide médicale de l'Etat.

« *Art. 189.* – Les prestations prises en charge par l'aide médicale de l'Etat peuvent être recouvrées auprès des personnes tenues à l'obligation alimentaire à l'égard des bénéficiaires de cette aide. Les demandeurs d'une admission au bénéfice de l'aide médicale de l'Etat sont informés du recouvrement possible auprès des personnes tenues à l'obligation alimentaire à leur égard des prestations prises en charge par l'aide médicale. Les dispositions de l'article 144 ne sont pas applicables.

« *Art. 190.* – Les dépenses d'aide médicale sont prises en charge par l'Etat.

« Lorsque les prestations d'aide médicale ont pour objet la réparation d'un dommage ou d'une lésion imputable à un tiers, l'Etat peut poursuivre contre le tiers responsable le remboursement des prestations mises à sa charge. »

Article 31

I. – Le code de la famille et de l'aide sociale est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa de l'article 124-2, les mots : « le président du conseil général ou » sont supprimés;

2° Le deuxième alinéa de l'article 145 est supprimé;

3° A l'article 146, les mots : « , ou par la commune lorsqu'elle bénéficie d'un régime spécial d'aide médicale » sont supprimés;

3° *bis (nouveau)* A l'article 149, les mots : « L'Etat, le département ou la commune, lorsque celle-ci bénéficie d'un régime spécial d'aide médicale, » sont remplacés par les mots : « L'Etat ou le département » ;

4° L'article 186 est ainsi modifié :

a) Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° De l'aide médicale de l'Etat :

« a) Pour les soins dispensés par un établissement de santé ou pour les prescriptions ordonnées à cette occasion, y compris en cas de consultation externe ;

« b) Pour les soins de ville, lorsque ces personnes justifient d'une résidence ininterrompue en France depuis au moins trois ans; »

b) Le 5° devient le 4°;

c) Au dernier alinéa, les mots : « aux conditions fixées au 4° » sont remplacés par les mots : « aux conditions fixées au b du 3° »;

5° A l'article 195, la référence à l'article 190-1 est supprimée.

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L.182-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 182-1.* – Une convention conclue entre, d'une part, l'Etat et, d'autre part, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés prévoit les conditions dans lesquelles les caisses primaires d'assurance maladie exercent, au nom de l'Etat, les compétences dévolues à ce dernier pour l'attribution des prestations

d'aide médicale prévues en application de l'article 188 du code de la famille et de l'aide sociale.

« Elle fixe les conditions dans lesquelles lesdites prestations sont payées aux prestataires de soins ou de services par les caisses primaires d'assurance maladie et sous leur contrôle, sur la base des tarifs de responsabilité de ces organismes. Elle détermine les modalités du versement par l'Etat des sommes dues à ce titre à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, ainsi qu'au titre des frais de gestion. »;

2° Les articles L. 182-2 à L. 182-5 sont abrogés.

TITRE IV

MODERNISATION SANITAIRE ET SOCIALE

Article 32

L'article L. 355-23 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 355-23.* – Dans chaque département, le représentant de l'Etat désigne au moins une consultation destinée à effectuer de façon anonyme et gratuite la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés.

« Ces consultations peuvent également être habilitées par le représentant de l'Etat à participer dans les mêmes conditions à la lutte contre d'autres maladies transmissibles et notamment les hépatites virales.

« Un décret fixe les modalités d'application du présent article, ainsi que les conditions dans lesquelles les dépenses afférentes aux missions énoncées aux premier et deuxième alinéas sont prises en charge par l'Etat et les organismes d'assurance maladie. »

Article 33

I A(*nouveau*). – Après la première phrase du I de l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale, sont insérées deux phrases ainsi rédigées :

« Cette carte constitue un élément et un instrument de la politique de santé. Elle doit permettre d'exprimer de manière précise l'accord du titulaire ou de son représentant légal pour faire apparaître les éléments nécessaires non seulement à la coordination des soins mais aussi à un suivi sanitaire. »

I. – Le II de l'article L. 161-31 du même code est ainsi rédigé :

« II. – Cette carte comporte un volet de santé défini à l'article L. 162-1-6, destiné à ne recevoir que les informations nécessaires aux interventions urgentes ainsi que les éléments permettant la continuité et la coordination des soins. »

Ibis (nouveau). –Après la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 161-33 du même code, sont insérées deux phrases ainsi rédigées :

« Cette carte doit répondre à plusieurs impératifs afin de s'assurer de son efficacité, mais également de la sécurité des données médicales. Outre l'accord explicite du patient, cette exigence se retrouve en particulier au niveau de l'accès, de la confidentialité et de la traçabilité des données. »

II. – L'article L. 162-1-6 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-6.* – I. – Chaque professionnel de santé habilité conformément au 2° du IV du présent article porte sur le volet de santé de la carte d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 161-31, dans le respect des règles déontologiques qui lui sont applicables, les informations nécessaires aux interventions urgentes, ainsi qu'à la continuité et à la coordination des soins.

« Ces mentions sont subordonnées, s'agissant des majeurs non placés sous un régime de tutelle, à l'accord du titulaire de la carte et, s'agissant des mineurs, à l'accord du ou des parents exerçant l'autorité parentale, ou, le cas échéant, du tuteur.

« Les personnes habilitées à donner l'accord mentionné à l'alinéa précédent peuvent conditionner l'accès à une partie des informations contenues dans le volet de santé à l'utilisation d'un code secret qu'elles auront elles-mêmes établi.

« II. – Le titulaire de la carte, ou son représentant légal, s'il s'agit d'un majeur sous tutelle, peuvent avoir accès, y compris à des fins d'exercice d'un droit de rectification, au contenu du volet de santé de la carte, par l'intermédiaire d'un professionnel de santé habilité de leur choix et pour les informations auxquelles ce professionnel a lui-même accès. S'agissant d'un mineur, ce droit

appartient aux parents exerçant l'autorité parentale ou, le cas échéant, au tuteur de l'intéressé.

« Les personnes habilitées à donner l'accord mentionné au deuxième alinéa du I du présent article sont informées par le professionnel de santé des modifications du contenu du volet de santé auxquelles ce professionnel a l'intention de procéder. Ces personnes peuvent s'opposer à ce que des informations soient mentionnées sur le volet de santé de la carte. Elles peuvent obtenir d'un médecin habilité la suppression d'informations qui y auraient été inscrites.

« III. – Les professionnels de santé qui effectuent des remplacements disposent des mêmes droits de consultation, d'inscription et d'effacement que le professionnel qu'ils remplacent.

« Les internes et résidents en médecine, odontologie ou pharmacie sont habilités à consulter, écrire et effacer des informations sous la responsabilité et dans les mêmes conditions que les médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens sous la responsabilité desquels ils sont placés.

« IV. – Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis public et motivé du Conseil national de l'Ordre des médecins et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, fixe :

« 1° La nature des informations portées sur le volet de santé et les modalités d'identification des professionnels ayant inscrit des informations sur le volet de santé;

« 2° Les conditions dans lesquelles, selon les types d'information, les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, auxiliaires médicaux et directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale sont habilités à consulter, inscrire ou effacer ces informations, et les modalités selon lesquelles ces opérations sont exécutées à l'occasion de la dispensation des soins ou de la délivrance des prestations;

« 2°*bis* (nouveau) Les conditions dans lesquelles l'accès aux informations non liées aux interventions urgentes nécessite l'usage de la carte de professionnel de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33, ainsi que l'accord explicite du patient concerné par ces informations;

« 3° Les catégories d'informations dont l'accès peut être conditionné à l'utilisation d'un code secret établi par le titulaire;

« 4° Les catégories d'informations dont il ne peut être délivré copie.

« *IVbis (nouveau)*. – La date à partir de laquelle le volet de santé doit figurer sur la carte d'assurance maladie est fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé.

« V. – Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication d'informations portées sur un volet de santé en violation des dispositions du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 100000 F d'amende.

« Le fait de modifier ou de tenter de modifier les informations portées sur un volet de santé en violation des dispositions du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 100000 F d'amende. »

III(*nouveau*). – La dernière phrase du premier alinéa du I de l'article 8 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins est supprimée.

Article 34

I. – A l'article L. 474 du code de la santé publique, les mots : « Nul ne peut exercer la profession d'infirmier » sont remplacés par les mots : « Sous réserve des dispositions des articles L. 474-2 et L. 477-1, nul ne peut exercer la profession d'infirmier ».

II. – Au chapitre Ier du titre II du livre IV du même code, sont insérés les articles L. 474-2, L. 474-3 et L. 477-1 ainsi rédigés :

« *Art. L. 474-2.* – Un diplôme d'Etat d'infirmier de secteur psychiatrique est attribué de droit aux infirmiers titulaires du diplôme de secteur psychiatrique. Le diplôme d'Etat d'infirmier est délivré par l'autorité administrative, sur proposition d'une commission composée en nombre égal de médecins, d'infirmiers diplômés d'Etat et d'infirmiers de secteur psychiatrique titulaires d'un diplôme de cadre de santé, aux candidats qui ont suivi un complément de formation. Un décret fixe les modalités d'application du présent article.

« *Art. L. 474-3.* – Les infirmiers titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier de secteur psychiatrique peuvent exercer la profession d'infirmier dans les établissements publics de santé, dans les syndicats interhospitaliers, dans les établissements de santé privés participant au service public hospitalier, dans les établissements de santé privés recevant des patients souffrant de maladies mentales, ou dispensant des soins de longue durée, dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et

médico-sociales, dans les établissements et services mentionnés à l'article 46 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes, dans les établissements de santé des armées, à l'Institution nationale des Invalides, dans les services et les établissements relevant du ministère chargé de l'éducation nationale, dans les services de médecine du travail et dans les services de la protection judiciaire de la jeunesse. »

« *Art. L. 477-1.* – Les ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre, délivré par l'autorité compétente d'un Etat membre ou d'un Etat partie, qui, sans remplir les conditions mentionnées à l'article L. 474-1, permet néanmoins l'exercice de la profession d'infirmier dans cet Etat, peuvent bénéficier d'une autorisation d'exercer la profession d'infirmier délivrée par l'autorité administrative.

« Lorsque la formation de l'intéressé porte sur des matières substantiellement différentes de celles qui figurent au programme du diplôme d'Etat d'infirmier ou lorsqu'une ou plusieurs des activités professionnelles dont l'exercice est subordonné à la possession de ce diplôme ne sont pas réglementées dans l'Etat d'origine ou de provenance ou sont réglementées de manière différente, l'autorité administrative peut exiger, après avis d'une commission instituée à cet effet, que l'intéressé choisisse soit de se soumettre à une épreuve d'aptitude, soit d'accomplir un stage d'adaptation dont la durée ne peut excéder un an et qui fait l'objet d'une évaluation. Les conditions d'application du présent article sont précisées par décret. »

Article 34 bis (nouveau)

L'article L. 474 du code de la santé publique est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Par dérogation au présent article, peuvent accomplir des actes d'assistance auprès d'un praticien au cours d'une intervention chirurgicale les personnels aides-opérateurs et aides-instrumentistes exerçant cette activité professionnelle depuis une durée au moins égale à six ans avant la publication de la loi n° du portant création d'une couverture maladie universelle et ayant satisfait à une épreuve de certification des compétences dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat.

« Tout employeur de personnel aide-opérateur ou aide-instrumentiste est tenu de proposer à ces personnels un plan de formation intégré dans le temps de travail, aboutissant à son maintien

au sein de l'établissement, dans des conditions et des délais définis par décret. »

Article 35

I. – La section 4 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° L'article L. 162-16-1 devient l'article L. 162-16-4;

2° Après l'article L. 162-16, sont insérés les articles L. 162-16-1 à L. 162-16-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 162-16-1.* – Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des pharmaciens titulaires d'officine, d'une part, et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie, d'autre part.

« La convention détermine notamment :

« 1° Les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des pharmaciens titulaires d'officine;

« 2° Les mesures tendant à favoriser la qualité de la dispensation pharmaceutique aux assurés sociaux, le bon usage du médicament et les conditions dans lesquelles les pharmaciens peuvent être appelés à participer à la coordination des soins;

« 3° Les thèmes de formation correspondant aux objectifs de l'assurance maladie susceptibles d'être retenus et les modalités de financement;

« 4° Les mesures tendant à favoriser le développement de la dispense d'avance des frais;

« 5° La participation des pharmaciens au développement des médicaments génériques.

« Le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens est, avant l'approbation, consulté sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie.

« La convention et ses avenants, lors de leur conclusion ou lors d'une tacite reconduction, n'entrent en vigueur qu'après approbation

par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget.

« L'arrêté peut, lorsque la convention ou un avenant de celle-ci comporte des clauses non conformes aux lois et règlements en vigueur, exclure ces clauses de l'approbation.

« *Art. L. 162-16-2.* – Un bilan annuel relatif à l'application de la convention et à la situation économique des officines auxquelles s'appliquent ladite convention et en relation avec les prestations prises en charge par l'assurance maladie est établi par les parties signataires.

« *Art. L. 162-16-3.* – I. – Les dispositions qui s'imposent aux pharmaciens titulaires d'officine au titre du deuxième alinéa de l'article L. 162-16-1 sont applicables à la personne qui remplace régulièrement le pharmacien titulaire de l'officine, pour la durée du remplacement, dans les conditions prévues à l'article L. 580 du code de la santé publique.

« II. – Les dispositions qui s'imposent aux pharmaciens titulaires d'officine au titre de l'article L. 162-16-1 sont applicables aux pharmaciens assistants de l'officine. »;

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

a) Au deuxième alinéa, les mots : « par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget » sont remplacés par les mots : « par la convention prévue à l'article L. 162-16-1. A défaut, ce montant ou ce pourcentage est arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et du budget. »;

b) Au troisième alinéa, les mots : « par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget » sont remplacés par les mots : « par la convention prévue à l'article L.162-16-1. A défaut, ce montant est arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et du budget ».

II. – A l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale, les mots : « et L. 162-12-9 » sont remplacés par les mots : « , L. 162-12-9 et L. 162-16-1 ».

III. – La section 4 du chapitre Ier du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° A l'article L. 161-34, les mots : « et, pour les pharmaciens d'officine, une convention nationale spécifique approuvée par arrêté interministériel » sont supprimés;

2° Il est inséré, après l'article L. 161-35, un article L. 161-36 ainsi rédigé :

«*Art. L. 161-36.* – Le conditionnement des médicaments inscrits sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 doit comporter des informations relatives à ces médicaments et destinées aux organismes d'assurance maladie.

« Le contenu, le support et le format de ces informations sont fixés par décret en Conseil d'Etat. Ce décret précise également les modalités d'utilisation de ces informations, notamment aux fins de contrôle par les organismes d'assurance maladie. »

IV. – L'article L. 625 du code de la santé publique est abrogé.

Article 36

Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, sont validés en tant que leur légalité serait contestée pour un motif tiré de l'illégalité desdites conventions nationales :

1° Tous les actes pris en application de la convention nationale des médecins généralistes conclue le 12 mars 1997, de ses annexes et avenants en date des 11 juillet 1997, 30 décembre 1997 et 6 mars 1998, à l'exception de ceux ayant le caractère d'une sanction;

2° Tous les actes pris en application de la convention nationale des médecins spécialistes conclue le 12 mars 1997, de ses annexes et avenants en date des 17 juillet 1997, 30 décembre 1997, 10 février et 18 mars 1998, à l'exception de ceux ayant le caractère d'une sanction.

Article 37

I. – Après l'article 40-10 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, il est inséré un chapitre V *ter* ainsi rédigé :

« CHAPITRE V TER

« Traitement des données personnelles de santé à des fins d'évaluation ou d'analyse des activités de soin et de prévention

« *Art.40-11.* – Les traitements de données personnelles de santé qui ont pour fin l'évaluation des pratiques de soins et de prévention sont autorisés dans les conditions prévues au présent chapitre.

« Les dispositions du présent chapitre ne s'appliquent ni aux traitements de données personnelles effectuées à des fins de remboursement ou de contrôle par les organismes chargés de la gestion d'un régime de base d'assurance maladie, ni aux traitements effectués au sein des établissements de santé par les médecins responsables de l'information médicale dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 710-6 du code de la santé publique.

« *Art.40-12.* – La mise en œuvre des traitements de données personnelles de santé est soumise à l'autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

« La commission vérifie les garanties de sérieux et les références présentées par le demandeur et, le cas échéant, la conformité de sa demande à ses missions ou à son objet social.Elle s'assure de la nécessité de recourir à ces données personnelles et de la pertinence du traitement au regard de sa finalité déclarée d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention. Elle détermine la durée de conservation des données nécessaires au traitement.

« Les données utilisées pour ces traitements ne comportent ni le nom, ni le prénom des personnes, ni leur numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques.

« *Art. 40-13.* – La commission dispose, à compter de sa saisine par le demandeur, d'un délai de deux mois, renouvelable une seule fois, pour se prononcer.A défaut de décision dans ce délai, ce silence vaut décision de rejet.Les modalités d'instruction par la commission des demandes d'autorisation sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

« Les traitements répondant à une même finalité ainsi que portant sur des catégories de données et ayant des destinataires ou des catégories de destinataires identiques peuvent faire l'objet d'une décision unique de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

« *Art.40-14.* – Les traitements autorisés conformément aux articles 40-12 et 40-13 ne peuvent servir à des fins de recherche ou

d'identification des personnes. Les personnes appelées à mettre en œuvre ces traitements ainsi que celles qui ont accès aux données faisant l'objet de ces traitements, ou aux résultats de ceux-ci lorsqu'ils demeurent indirectement nominatifs, sont astreintes au secret professionnel sous les peines prévues à l'article 226-13 du code pénal.

« Les résultats de ces traitements ne peuvent faire l'objet d'une communication, d'une publication ou d'une diffusion que si l'identification des personnes sur l'état desquelles ces données ont été recueillies est impossible. »

II. – La première phrase du dernier alinéa de l'article 8 de la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie est complétée par les mots : « ou, à défaut, à condition qu'elles ne comportent ni leur nom, ni leur prénom, ni leur numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques ».

III. – Dans le dernier alinéa du I de l'article L. 710-7 du code de la santé publique, après les mots : « respectant l'anonymat des patients », sont insérés les mots : « ou, à défaut, ne comportant ni leur nom, ni leur prénom, ni leur numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques ».

Article 37bis (nouveau)

Après l'article L. 710-7 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 710-8 ainsi rédigé :

« *Art.L. 710-8.* – Il est créé un groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier, constitué sous la forme de groupement d'intérêt public entre des établissements publics de santé volontaires. Les établissements de santé privés peuvent adhérer à ce groupement.

« Ce groupement, constitué pour une durée qui ne peut excéder sept ans, est chargé de concourir, dans le cadre général de la construction du système d'information de santé, à la mise en cohérence, à l'interopérabilité, à l'ouverture et à la sécurité des systèmes d'information utilisés par les établissements de santé qui en sont membres. Sous réserve des dispositions du présent article, il est soumis aux dispositions de l'article 21 de la loi n° 82-610 du 15 juillet 1982 d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la France. La convention constitutive du groupement est approuvée par un arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales.

« Les organisations représentatives des établissements membres du groupement figurant sur une liste arrêtée par le ministre chargé de la santé désignent les représentants des membres à l'assemblée générale et au conseil d'administration. Les représentants désignés par l'organisation représentative des établissements publics de santé disposent de la majorité des voix au sein de chacune de ces instances.

« Ce groupement est soumis au contrôle de la Cour des comptes dans les conditions prévues à l'article L. 133-2 du code des juridictions financières et au contrôle de l'inspection générale des affaires sociales. Lors de la dissolution du groupement, ses biens reçoivent une affectation conforme à son objet. »

Article 37ter (nouveau)

I. – L'article L. 712-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« A cette fin, la carte sanitaire détermine la nature et, s'il y a lieu, l'importance des moyens nécessaires pour répondre aux besoins de la population. Le schéma d'organisation sanitaire fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficience de l'organisation sanitaire. »;

2° Dans le deuxième alinéa, les mots : « A cette fin, ils » sont remplacés par les mots : « La carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire » et, après le mot : « démographiques », sont insérés les mots : « et épidémiologiques ».

II. – Dans le troisième alinéa (2°) de l'article L. 712-2 du même code, après les mots : « La nature et », sont insérés les mots : « , le cas échéant, ».

III. – L'article L. 712-3 du même code est ainsi rédigé :

« *Art.L. 712-3.* – Un schéma est établi pour chaque région sanitaire pour tout ou partie des moyens dont la nature est arrêtée par la carte sanitaire. Toutefois, des schémas nationaux ou interrégionaux peuvent être établis pour certaines installations ou activités de soins mentionnées à l'article L. 712-2.

« Le schéma d'organisation sanitaire vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé.

« Il détermine l'organisation territoriale des moyens de toute nature, compris ou non dans la carte sanitaire, qui permettra la réalisation des objectifs mentionnés à l'article L. 712-1. Il peut comporter des recommandations utiles à la réalisation de ces objectifs. »

Article 37^{quater} (nouveau)

La dernière phrase du sixième alinéa de l'article L. 712-2 du code de la santé publique est complétée par les mots : « en tenant compte des bassins de santé ».

Article 37^{quinquies} (nouveau)

Le dernier alinéa de l'article L. 712-9 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Des autorisations dérogeant aux 1° et 2° du présent article peuvent être accordées à titre exceptionnel si le projet est justifié par un déséquilibre entre le volume de l'activité médicale d'un secteur sanitaire et les installations, activités ou équipements matériels lourds autorisés et disponibles sur ce secteur, entraînant des risques particuliers au regard de la santé publique. L'autorisation est subordonnée au respect d'un engagement d'évaluation spécifique, en application de l'article L. 712-12-1, défini dans un avenant au contrat d'objectif. »

Article 37^{sexies} (nouveau)

L'article L. 712-12-1 du code de la santé publique est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque la demande d'autorisation porte sur le changement de lieu d'implantation d'un établissement existant, ne donnant pas lieu à un regroupement d'établissements, le demandeur doit joindre à son dossier un document présentant ses engagements relatifs aux dépenses à la charge de l'assurance maladie et au volume d'activité, fixés par référence aux dépenses et à l'activité constatée dans l'établissement. L'autorité chargée de recevoir le dossier peut, dans un délai de deux mois après réception du dossier, demander au requérant de modifier ses engagements. Le dossier n'est alors reconnu complet que si le requérant satisfait à cette demande dans le délai d'un mois.

« En cas de non-respect des engagements mentionnés à l'alinéa précédent, l'autorisation peut être suspendue ou retirée dans les conditions prévues à l'article L. 712-18. »

Article 37septies (nouveau)

Dans la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 712-14 du code de la santé publique, les mots : « aux 2° et 3° de l'article L. 712-9 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 712-9 ».

Article 37octies (nouveau)

Le dernier alinéa de l'article L. 712-15 du code de la santé publique est complété par les mots : « tels que définis au dernier alinéa de l'article L. 712-9 ».

Article 37nonies (nouveau)

Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 713-5 du code de la santé publique, les mots : « établissements assurant le service public hospitalier » sont remplacés par les mots : « établissements publics de santé ou privés à but non lucratif participant à l'exécution du service public hospitalier ».

Article 37decies (nouveau)

Dans la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 713-5 du code de la santé publique, après les mots : « D'autres organismes concourant aux soins », sont insérés les mots : « ainsi que les institutions sociales énumérées à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 précitée et les maisons d'accueil spécialisé mentionnées à l'article 46 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 précitée ».

Article 37undecies (nouveau)

Le deuxième alinéa de l'article L. 713-5 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il peut être autorisé, lors de sa création ou par arrêté du directeur de l'agence régionale d'hospitalisation, à exercer les missions d'un établissement de santé définies par le chapitre Ier du présent titre. »

Article 37duodecies (nouveau)

Le dernier alinéa de l'article L. 713-11-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Le groupement peut détenir des autorisations d'installations d'équipements matériels lourds et d'activités de soins visés à l'article L. 712-8 ».

Article 37terdecies (nouveau)

I. – La section 4 du chapitre III du titre Ier du livre VII du code de la santé publique devient, avec le même intitulé, sa section 5.

II. – Il est inséré, dans le chapitre III du titre Ier du livre VII du même code, une section 4 ainsi rédigée :

« *Section 4*

« Les fédérations médicales interhospitalières

« *Art. L. 713-11-3.* – En vue du rapprochement d'activités médicales, deux ou plusieurs centres hospitaliers peuvent, par voie de délibérations concordantes de leur conseil d'administration, prises après avis de la commission médicale et du comité technique de chacun des établissements concernés, décider de regrouper certains de leurs services, départements ou structures créées en application de l'article L. 714-25-2, en fédérations médicales interhospitalières, avec l'accord des responsables des structures susmentionnées.

« Ces délibérations définissent l'organisation, le fonctionnement et l'intitulé de la fédération. Elles précisent notamment la nature et l'étendue des activités de la fédération, les modalités d'association des personnels des établissements concernés à ces activités ainsi que les conditions de désignation et le rôle du praticien hospitalier coordonnateur sous la responsabilité duquel elles sont placées. Le coordonnateur est assisté par une sage-femme, un cadre paramédical ou un membre du personnel soignant et par un membre du personnel administratif. »

III. – 1. Dans la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 713-12 du même code, les mots : « ou à des groupements d'intérêt économique » sont remplacés par les mots : « , des groupements d'intérêt économique ou des groupements de coopération sanitaire ou constituer entre eux des fédérations médicales interhospitalières ».

2. Le neuvième alinéa (8°) de l'article L. 714-4 du même code est ainsi rédigé :

« 8° La constitution d'un réseau de soins mentionné à l'article L. 712-3-2, d'une communauté d'établissements de santé mentionné à l'article L. 712-3-3, les actions de coopération visées aux sections 2 à 5 du chapitre III du présent titre en ce qu'elles concernent la création d'un syndicat interhospitalier, d'un groupement de coopération sanitaire, d'un groupement d'intérêt public, d'un groupement d'intérêt économique, l'affiliation ou l'adhésion à ces structures ou le retrait de l'une d'elles, ou la constitution d'une fédération médicale interhospitalière et les conventions concernant les actions de coopération internationale; ».

3. Le huitième alinéa (6°) de l'article L. 714-16 du même code est ainsi rédigé :

« 6° Emet un avis sur la constitution d'un réseau de soins mentionné à l'article L. 712-3-2, d'une communauté d'établissements de santé mentionnée à l'article L. 712-3-3, ainsi que sur les actions de coopération visées aux sections 2 à 5 du chapitre III du présent titre en ce qu'elles concernent la création d'un syndicat interhospitalier, d'un groupement de coopération sanitaire, d'un groupement d'intérêt public, d'un groupement d'intérêt économique, l'affiliation ou l'adhésion à ces structures ou le retrait de l'une d'elles, ou la constitution d'une fédération médicale interhospitalière et les conventions concernant les actions de coopération internationale; ».

4. A la fin du onzième alinéa (10°) de l'article L. 714-18 du même code, les mots : « les conventions concernant les actions de coopération internationale » sont remplacés par les mots : « ou la constitution d'une fédération médicale interhospitalière et les conventions concernant les actions de coopération internationale ».

Article 37 quaterdecies (nouveau)

I. – Après le premier alinéa de l'article L. 714-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Un établissement public de santé peut également être interhospitalier lorsqu'il est créé à la demande de deux ou plusieurs établissements publics de santé mentionnés à l'alinéa précédent qui lui transfèrent une partie de leurs missions de soins prévues aux articles L. 711-1 et L. 711-2. Un même établissement public de santé ne peut participer qu'à la création d'un seul établissement public de santé interhospitalier. »

II. – 1. Après le dixième alinéa de l'article L. 714-2 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les établissements interhospitaliers, les représentants des catégories mentionnées aux 1°, 5° et 6° sont désignés, en leur sein, par les conseils d'administration des établissements fondateurs. »

2. Dans l'avant-dernier alinéa du même article, les mots : « intercommunaux et interdépartementaux » sont remplacés par les mots : « intercommunaux, interdépartementaux et interhospitaliers ».

III. – L'article L. 714-4 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 19° La création avec un ou plusieurs établissements publics de santé d'un établissement public de santé interhospitalier. »

IV. – Dans l'article L. 714-16 du même code, après le treizième alinéa (11°), il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 12° Emet un avis sur la création avec un ou plusieurs établissements publics de santé d'un établissement public de santé interhospitalier. »

V. – L'article L.714-18 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 11° La création avec un ou plusieurs établissements publics de santé d'un établissement public de santé interhospitalier. »

Article 37 quindecies (nouveau)

I. – L'article L. 714-31 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 714-31.* – L'activité libérale peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation; elle s'exerce exclusivement au sein des établissements dans lesquels les praticiens ont été nommés ou, dans le cas d'une activité partagée, dans l'établissement où ils exercent la majorité de leur activité publique, à la triple condition :

« 1° Que les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public;

« 2° Que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens;

« 3° Que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

« Aucun lit ni aucune installation médico-technique ne doit être réservé à l'exercice de l'activité libérale.

« Des dispositions réglementaires fixent les modalités d'exercice de l'activité libérale. »

II. – Le premier alinéa de l'article L. 714-32 du même code est ainsi rédigé :

« Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, le praticien exerçant une activité libérale perçoit ses honoraires par l'intermédiaire de l'administration hospitalière. »

Article 37 *sexdecies* (nouveau)

L'article L. 716-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L.716-2.* – Le Gouvernement pourra expérimenter, à compter du 1er janvier 2000, et pour une période n'excédant pas cinq ans, de nouveaux modes de financement des établissements de santé publics ou privés, fondés sur une tarification à la pathologie.

« Les expériences pourront être menées dans une zone géographique déterminée, pour tous les établissements de santé de la zone ou pour une partie d'entre eux, selon les modalités définies par voie réglementaire.

« Les dépenses mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent de ces expériences sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale. »

Article 37 *septdecies* (nouveau)

I. – L'article L.162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un 14° ainsi rédigé :

« 14° Les objectifs et les modalités d'organisation de la formation professionnelle conventionnelle, le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie signataires assurant son financement, les conditions d'indemnisation

des médecins participant à des actions de formation professionnelle conventionnelle agréées ainsi que la dotation allouée à ce titre par les caisses nationales d'assurance maladie signataires. La gestion des sommes affectées à ces opérations est confiée à l'organisme gestionnaire conventionnel mentionné à l'article L. 162-5-12. »

II. – Il est inséré, dans le même code, un article L. 162-5-12 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-5-12.* – La gestion des sommes affectées à la formation professionnelle au titre du 14° de l'article L.162-5 est assurée par un organisme gestionnaire conventionnel. Cet organisme est doté de la personnalité morale. Il est administré par un conseil de gestion composé paritairement des représentants des caisses nationales d'assurance maladie signataires de la convention et des représentants des organisations syndicales de médecins signataires de la convention.

« Lorsque les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont définis par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, l'organisme gestionnaire conventionnel comporte deux sections. Chaque section est administrée par un conseil de gestion paritaire qui comprend, outre les représentants des caisses mentionnées à l'alinéa précédent, soit les représentants des syndicats médicaux signataires de la convention des médecins généralistes, soit les représentants des syndicats médicaux signataires de la convention des médecins spécialistes.

« L'organisme gestionnaire conventionnel est chargée notamment :

« – de la gestion des appels d'offres sur les actions de formation;

« – de l'enregistrement de projets soumis par les organismes de formation;

« – de la gestion administrative et financière des actions agréées sur la base d'une convention de financement passée avec les caisses d'assurance maladie signataires de la ou des conventions mentionnées à l'article L. 162-5;

« – de l'évaluation des actions de formation professionnelle conventionnelle;

« – de l'indemnisation des médecins participant aux actions de formation professionnelle conventionnelle.

« Les modalités d'application du présent article, notamment les statuts de l'organisme gestionnaire conventionnel et les règles d'affectation des ressources aux sections, sont fixées par décret. »

Article 37 octodecies (nouveau)

L'article 58 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« – les conditions dans lesquelles, au cours des études qui conduisent au diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire, les étudiants accomplissent des stages de formation et participent aux fonctions hospitalières dans des structures odontologiques définies à la section 3 du chapitre IV du titre Ier du livre VII du code de la santé publique, sous la responsabilité des chefs de ces structures. »

Article 37 novodecies (nouveau)

Le deuxième alinéa de l'article 11-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales est ainsi rédigé :

« Il en est de même lorsqu'ils sont susceptibles d'entraîner pour les budgets des collectivités territoriales des charges injustifiées ou excessives compte tenu d'un objectif annuel ou pluriannuel d'évolution des dépenses délibéré par la collectivité concernée en fonction de ses obligations légales, de ses priorités en matière d'action sociale et des orientations des schémas visés à l'article 2-2 de la présente loi. »

Article 37 vicies (nouveau)

Le chapitre X de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est complété par un article 116-1 ainsi rédigé :

« *Art. 116-1.* – Les personnels des établissements mentionnés à l'article 2, actifs ou retraités et, dans certaines conditions, leurs ayants droit bénéficient de l'action sociale, culturelle, sportive et de loisirs mentionnée à l'article 9 du titre Ier du statut général des fonctionnaires.

« La prise en charge de cette action est assurée par une contribution annuelle desdits établissements dont le taux et l'assiette sont fixés par les ministres chargés de la santé et des affaires sociales.

Cette contribution est versée à l'un des organismes agréés par l'Etat chargés de la gestion et de la mutualisation de cette contribution et dont la gestion associe des représentants du personnel et des représentants de l'administration hospitalière. »

Article 37 *unvicies (nouveau)*

I. – Par dérogation aux 1° et 2° de l'article L. 356 du code de la santé publique, les personnes étrangères titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 356-2 dudit code, ou françaises ou étrangères titulaires d'un diplôme, titre ou certificat dont la valeur scientifique est attestée par le ministre chargé des universités et qui ont exercé, pendant trois ans au moins avant le 1er janvier 1999, dans des établissements publics de santé, ou dans des établissements de santé privés participant au service public hospitalier, des fonctions, déterminées par décret, les plaçant sous la responsabilité d'un médecin, peuvent être autorisées individuellement, par arrêté du ministre chargé de la santé, à exercer la profession de médecin dans ces établissements et les établissements de transfusion sanguine en qualité de contractuel. Les périodes consacrées à la préparation de diplômes de spécialisation ne sont pas prises en compte dans le calcul de la durée des fonctions.

Les intéressés doivent avoir satisfait à des épreuves nationales d'aptitude organisées avant le 31 décembre 2001 et définies par des dispositions réglementaires prises en application du cinquième alinéa de l'article L. 714-27 du code de la santé publique. Par dérogation aux dispositions qui précèdent, les personnes ayant la qualité de réfugié, d'apatride et les bénéficiaires de l'asile territorial, ainsi que les personnes françaises titulaires d'un diplôme étranger ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises peuvent faire acte de candidature à ces épreuves sans remplir la condition d'exercice dans les établissements de santé visée à l'alinéa précédent.

En vue notamment de garantir la sécurité sanitaire, les conditions dans lesquelles ces médecins sont recrutés et exercent leur activité sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Les médecins titulaires d'une des autorisations instituées par le présent article sont tenus de respecter les principes et règles mentionnés à l'article L. 382 du code de la santé publique. Ils sont inscrits au tableau de l'Ordre des médecins et soumis à la juridiction disciplinaire de l'Ordre des médecins.

Les dispositions du présent article constituent des dispositions spéciales ou des exceptions au sens du 1° et du 2° de l'article L. 372

du code de la santé publique pour l'application dudit article dudit code.

A compter de la publication de la présente loi, et sous réserve des dispositions qui précèdent, les établissements publics de santé ne peuvent plus recruter de nouveaux médecins titulaires de diplômes, titres ou certificats délivrés dans des pays autres que ceux faisant partie de la Communauté européenne et que les Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen et Andorre qu'en application des dispositions prévues au 2° de l'article L. 356 du code de la santé publique, sauf s'ils justifient avoir exercé des fonctions dans un établissement public de santé avant la publication de la présente loi.

Les dispositions de l'alinéa précédent ne s'appliquent pas aux personnes venant préparer un diplôme de spécialité en France, ce uniquement pour la durée de la formation et aux personnes ayant la qualité de réfugié, d'apatride ou bénéficiaire de l'asile territorial ainsi que les Français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises.

Les personnes ayant exercé pendant trois années les fonctions de contractuel prévues au premier alinéa peuvent être autorisées par arrêté du ministre chargé de la santé à exercer la médecine en France après avis de la commission mentionnée au 2° de l'article L. 356 du code de la santé publique.

Peuvent être également autorisées à exercer la médecine dans les mêmes conditions les personnes ne remplissant pas la condition de durée des fonctions fixées à l'alinéa précédent, mais ayant à la fois satisfait aux épreuves mentionnées au deuxième alinéa et exercé des fonctions hospitalières pendant six années. Elles ne sont pas non plus comptabilisées dans le nombre maximum de candidats prévus au quatrième alinéa du A du III ci-dessous.

Nul ne peut être candidat plus de deux fois à l'autorisation d'exercice.

Les praticiens visés au premier alinéa et qui remplissent les conditions fixées par l'article L. 356 du code de la santé publique peuvent être inscrits sur une liste spéciale d'aptitude à la fonction de praticien des établissements publics de santé. Les conditions d'inscription sur cette liste d'aptitude sont fixées par voie réglementaire.

II. – L'article 3 de la loi n° 95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social est abrogé.

III. – A. – Les troisième à sixième alinéas du 2° de l'article L. 356 du code de la santé publique sont ainsi rédigés :

« En outre, le ministre chargé de la santé peut, après avis d'une commission comprenant notamment des délégués des conseils nationaux des ordres et des organisations nationales des professions intéressées, choisis par ces organismes, autoriser individuellement à exercer les personnes françaises ou étrangères titulaires d'un diplôme, titre ou certificat de valeur scientifique attestée par le ministre chargé des universités. Ces personnes doivent avoir été classées en rang utile à des épreuves de vérification des connaissances qui, en ce qui concerne les médecins, sont organisées pour une ou plusieurs disciplines ou spécialités.

« Le nombre maximum de candidats susceptibles d'être autorisés à exercer pour chaque profession et en ce qui concerne les médecins, pour chaque discipline ou spécialité, est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé, en accord avec la commission susmentionnée. Les médecins doivent en outre avoir exercé pendant trois ans des fonctions hospitalières. Des dispositions réglementaires fixent les conditions d'organisation des épreuves de sélection et les modalités d'exercice des fonctions hospitalières.

« Le ministre chargé de la santé peut également, après avis de ladite commission, autoriser individuellement à exercer des ressortissants d'un Etat autre que ceux membres de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen et titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre obtenu dans l'un de ces Etats.

« Nul ne peut être candidat plus de deux fois aux épreuves de sélection et à l'autorisation d'exercice. »

B. – Les dispositions prises au A ci-dessus prennent effet à compter du 1er janvier 2002. A compter de la publication de la présente loi, les personnes ayant satisfait aux épreuves de validation des connaissances organisées dans le régime antérieur ne peuvent être candidates à l'autorisation d'exercice que deux fois consécutives selon ledit régime.

Cette autorisation est accordée aux personnes justifiant à la date de présentation de leur candidature de six années de fonctions hospitalières, sans qu'il y ait lieu de tenir compte du nombre maximum d'autorisations prévu au sixième alinéa du 2° de l'article L. 356 du code de la santé publique.

Ces épreuves sont organisées pour la dernière fois au cours de l'année 2001. Au-delà du 31 décembre 2003, aucune autorisation ne pourra être délivrée selon le régime antérieur.

Par dérogation à l'article L. 356 du code de la santé publique, des personnes de nationalité française ou étrangère ne remplissant pas les conditions définies par cet article peuvent, en vue d'exercer des fonctions d'enseignement et de recherche, être autorisées individuellement par le ministre chargé de la santé à exercer temporairement la médecine dans un centre hospitalier universitaire ou dans un établissement de santé ayant passé convention avec un centre hospitalier universitaire, à condition qu'elles aient exercé ou qu'elles exercent des fonctions hospitalières et universitaires en qualité de médecin depuis au moins six ans.

Par dérogation à l'article L. 356 du code de la santé publique, des personnes de nationalité française ou étrangère ne remplissant pas les conditions définies par cet article peuvent, en vue de compléter leur formation, être autorisées individuellement par le ministre chargé de la santé à exercer temporairement la médecine dans un centre hospitalier universitaire ou dans un établissement de santé ayant passé convention avec un centre hospitalier universitaire, à condition qu'elles justifient de leur qualité de médecin et d'une fonction hospitalière et universitaire au sein d'un établissement hospitalo-universitaire, depuis au moins trois ans.

La durée maximum pour laquelle l'autorisation peut être accordée ainsi que les modalités selon lesquelles elle est délivrée sont fixées par décret.

Article 37 *duovicies* (nouveau)

I. – Par dérogation à l'article L. 514 du code de la santé publique, les personnes qui sont titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à ce même article, mais qui ne justifient pas de l'une des nationalités mentionnées audit article, ainsi que les personnes françaises ou étrangères titulaires d'un diplôme, titre ou certificat de valeur scientifique attestée par le ministre chargé des universités et qui ont exercé pendant trois ans au moins avant le 1er janvier 1999, dans des établissements publics de santé ou dans des établissements de santé privés participant au service public hospitalier, des fonctions déterminées par décret, les plaçant sous la responsabilité d'un pharmacien, peuvent être autorisées individuellement par arrêté du ministre chargé de la santé à exercer dans ces établissements et les établissements de transfusion sanguine en qualité de contractuels. Les périodes consacrées à la préparation

de diplômes de spécialisation ne sont pas prises en compte pour le calcul de la durée des fonctions.

Les intéressés doivent avoir satisfait à des épreuves nationales d'aptitude organisées avant le 31 décembre 2001 et définies par des dispositions réglementaires prises en application du cinquième alinéa de l'article L. 714-27 du code de la santé publique. Par dérogation aux dispositions qui précèdent, les personnes ayant la qualité de réfugié, d'apatride et les bénéficiaires de l'asile territorial, ainsi que les personnes françaises titulaires d'un diplôme étranger ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises peuvent faire acte de candidature à ces épreuves sans remplir la condition d'exercice dans les établissements de santé visée à l'alinéa précédent.

En vue notamment de garantir la sécurité sanitaire, les conditions dans lesquelles les pharmaciens sont recrutés et exercent leur activité sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Les intéressés sont inscrits au tableau correspondant de l'Ordre national des pharmaciens. Ils sont tenus de respecter les règles mentionnées à l'article L. 520 du code de la santé publique et celles édictées en application de l'article L. 538-1 dudit code.

II. – L'article 4 de la loi n° 95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social est abrogé.

III. – Les praticiens autorisés à exercer la pharmacie au titre du 2 de l'article L. 514-1 du code de la santé publique peuvent être inscrits sur une liste spéciale d'aptitude à la fonction de praticien des établissements publics de santé. Les conditions d'inscription sur cette liste d'aptitude sont fixées par voie réglementaire.

IV. – L'article L. 514-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art.L. 514-1.* – 1. Le ministre chargé de la santé, après avis du Conseil supérieur de la pharmacie, peut autoriser un pharmacien d'une nationalité autre que celles qui sont mentionnées au 2° du I de l'article L. 514 et titulaire du diplôme français d'Etat de docteur en pharmacie ou de pharmacien ou d'un diplôme satisfaisant aux II, III ou IV de l'article L. 514 à exercer la profession de pharmacien.

« 2. Il peut en outre autoriser à exercer la pharmacie en France, après avis du Conseil supérieur de la pharmacie, les personnes ayant exercé pendant trois années les fonctions de contractuel prévues au premier alinéa du I de l'article 37*duovicies* de la loi n° du portant création d'une couverture maladie universelle ainsi que celles ne remplissant pas cette condition de durée de fonctions

mais ayant à la fois satisfait aux épreuves mentionnées au deuxième alinéa du I précité et exercé des fonctions hospitalières pendant six années.

« 3. En outre, le ministre chargé de la santé peut, après avis du Conseil supérieur de la pharmacie, autoriser individuellement à exercer la pharmacie les personnes françaises ou étrangères titulaires d'un diplôme, titre ou certificat de valeur scientifique attestée par le ministre chargé des universités. Ces personnes doivent avoir été classées en rang utile à des épreuves de vérification des connaissances et avoir exercé pendant trois ans des fonctions hospitalières. Des dispositions réglementaires fixent les conditions d'organisation des épreuves de sélection et les modalités d'exercice des fonctions hospitalières.

« Toutefois, les personnes ayant la qualité de réfugié ou d'apatride, les bénéficiaires de l'asile territorial et les personnes françaises titulaires d'un diplôme étranger ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises n'ont pas à justifier de l'exercice des fonctions hospitalières mentionnées à l'alinéa précédent.

« 4. Dans les cas mentionnés aux 2 et 3 ci-dessus, nul ne peut être candidat plus de deux fois à l'autorisation d'exercice.

« 5. Le nombre maximum de ces autorisations est fixé, chaque année et pour chaque catégorie de candidats mentionnés aux 1 à 3 ci-dessus, par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis du Conseil supérieur de la pharmacie. »

V. – Les dispositions prévues au 3 de l'article L. 514-1 du code de la santé publique prennent effet à compter du 1er janvier 2002.

Article 37tervicies (nouveau)

Les organismes visés aux *a* et *b* de l'article L. 861-4 du code de la sécurité sociale ne doivent pas tenir compte des résultats de l'étude génétique des caractéristiques d'une personne demandant à bénéficier d'une protection complémentaire, même si ceux-ci leur sont apportés par la personne elle-même. En outre, ils ne peuvent poser aucune question relative aux tests génétiques et à leurs résultats, ni demander à une personne de se soumettre à des tests génétiques avant que ne soit conclu un contrat de protection complémentaire et pendant toute la durée de celui-ci.

Toute infraction au précédent alinéa est punie des peines prévues aux articles 226-19 et 226-24 du code pénal.

TITRE V

ENTREE EN VIGUEUR

Article 38

Les dispositions de la présente loi entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2000, sous les réserves suivantes :

1° Les dispositions du III et du IV de l'article 7 entrent en vigueur le 1^{er} octobre 2000;

2° Les dispositions de l'article 12 sont applicables aux cotisations recouvrées par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au titre de l'année 2001;

3° Les dispositions de l'article 27 entrent en vigueur dès la publication de la présente loi;

4° Les dispositions de l'article 9 et du 2° de l'article 11 sont applicables aux versements effectués au profit respectivement du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale et de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés à compter du 1^{er} janvier 2000;

5° Les dispositions de l'article 10 sont applicables aux versements effectués au profit des organismes mentionnés audit article à compter du 1^{er} janvier 2000;

6° Les dispositions du titre IV entrent en vigueur dès la publication de la présente loi.

Délibéré en séance publique, à Paris, le 4 mai 1999.

Le Président,

Signé : LAURENT FABIOUS.