

Document
mis en distribution
le 8 mars 1999

N° 1419

ASSEMBLEE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ONZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 3 mars 1999.

PROJET DE LOI

*portant création d'une couverture maladie
universelle,*

(Renvoyé à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales à
défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par
les articles 30 et 31 du Règlement.)

PRÉSENTÉ

AU NOM DE M. LIONEL JOSPIN,

Premier ministre,

PAR Mme MARTINE AUBRY

ministre de l'emploi et de la solidarité.

assurance maladie-maternité : généralités.

EXPOSE DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

L'inégalité devant la prévention et les soins est l'une des injustices les plus criantes. Il n'est pas acceptable que certains ne puissent bénéficier ou faire bénéficier leurs enfants des soins dont ils ont besoin. Devant la maladie et la douleur le niveau de revenu ne doit pas introduire de discrimination. Aujourd'hui, 30 % des personnes dont le revenu est inférieur à 3 000 F par mois déclarent devoir renoncer à des soins. Ce renoncement entretient la spirale de l'exclusion : la dégradation de l'état de santé accentue et rend parfois irréversibles les difficultés financières, psychologiques ou familiales auxquelles sont confrontées les personnes qui disposent des revenus les plus faibles. Réduire l'inégalité d'accès aux soins est l'un des objectifs prioritaires de la lutte contre l'exclusion. A cet égard, la couverture maladie universelle constitue un progrès fondamental.

Le présent projet de loi vise à permettre à tous de bénéficier de la protection d'un régime obligatoire d'assurance maladie. En effet, nombre de personnes restent dépourvues d'une protection contre le risque maladie ou n'y accèdent qu'à travers une procédure complexe génératrice de ruptures de droits, celle de l'assurance personnelle. C'est ainsi que 700 000 personnes n'ont pas accès à un régime obligatoire à partir des critères d'affiliation socio-professionnels traditionnels ; 550 000 d'entre elles sont couvertes par le biais de l'assurance personnelle, régime facultatif, complexe et stigmatisant. 150 000 personnes restent sans aucune protection. Grâce à la couverture maladie universelle, tout résident stable et régulier qui n'aurait pas de droits ouverts auprès d'un régime de sécurité sociale pourra, sur seule justification de sa résidence, bénéficier des prestations en nature du régime général. L'affiliation à un régime obligatoire sera immédiate dès le dépôt de la demande et automatique. Les droits aux prestations en nature seront ouverts en même temps et leur continuité sera garantie. Les personnes qui seront affiliées dans ces conditions devront acquitter une cotisation, au-delà d'un seuil de contributivité. Cette cotisation sera proportionnelle aux revenus. Le régime de l'assurance personnelle, qui n'aura dès lors plus d'objet, sera supprimé. Les

démarches des personnes les plus démunies en seront considérablement simplifiées.

Mais l'obstacle principal à l'accès aux soins est d'ordre financier. Ce projet vise à le lever, pour les personnes disposant des plus faibles ressources. En effet, l'assurance maladie laisse près de 30 % des dépenses de santé à la charge des ménages. Cette charge atteint d'abord les ménages en difficulté, pour lesquels le forfait hospitalier et le ticket modérateur représentent une obligation financière insurmontable. Alors que 84 % de la population dispose d'une couverture complémentaire qui prend en charge cette dépense, cette proportion tombe à 45 % dans la tranche de revenus inférieurs à 2 000 F par mois et par unité de consommation, voire encore moins, notamment pour les chômeurs.

L'aide médicale organisée au niveau des départements n'a pas permis de résoudre ces problèmes d'accès aux soins : les barèmes de ressources qui permettent d'accéder à l'aide médicale sont très restrictifs dans de nombreux départements, certains se limitant à leur obligation légale (prise en charge des bénéficiaires du RMI) ; la mise en oeuvre de ce dispositif expose à des démarches supplémentaires auprès d'autres administrations ; elle ne garantit pas une égalité de traitement sur l'ensemble du territoire ; l'absence de barèmes d'admission dans certains départements ne facilite pas l'exercice du droit ; les changements de résidence sont difficiles à gérer.

C'est pourquoi le projet de loi prévoit, au bénéfice des personnes répondant à une condition de ressources, la prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier ainsi que des modalités de remboursement adaptées pour les prothèses, notamment en matière dentaire et optique. Ce droit sera assorti de la dispense d'avance de frais totale. Les bénéficiaires auront le choix entre une prestation qui sera servie pour le compte de l'Etat soit par les caisses d'assurance maladie soit par adhésion à une mutuelle ou souscription d'un contrat auprès d'une institution de prévoyance ou d'une société d'assurance. Le dispositif sera financé grâce à un fonds d'Etat, auquel contribueront les organismes complémentaires.

Six millions de personnes environ devraient bénéficier de cette protection.

Telles sont les grandes lignes d'un projet dont le contenu est détaillé dans la présentation qui suit de l'ensemble de ces articles.

*

* *

Le texte est organisé selon le plan suivant :

Le titre préliminaire (article 1^{er}) pose le principe de la couverture maladie universelle.

Le titre I^{er} regroupe les dispositions relatives à la protection maladie obligatoire.

Le chapitre 1^{er} (articles 2 à 8) contient les dispositions générales.

Le chapitre 2 (articles 9 à 14) organise les transferts financiers consécutifs à la suppression de l'assurance personnelle.

Le chapitre 3 (articles 15 à 19) regroupe en dispositions diverses les adaptations rendues nécessaires par les articles précédents.

Le titre II regroupe les dispositions relatives à la protection complémentaire dans le cadre de la couverture maladie universelle.

Le chapitre 1^{er} (articles 20 à 24) contient les dispositions générales : définition du droit, organismes pouvant servir des prestations, procédure d'admission, possibilité de maintenir et prolonger les contrats ou adhésions auprès des organismes complémentaires ; dispositions à l'égard des professionnels de santé pour éviter qu'une partie de la dépense ne reste à la charge du bénéficiaire.

Le chapitre 2 (article 25) a trait au financement : il crée un fonds spécifique et décrit ses recettes et ses dépenses.

Le chapitre 3 (articles 26 et 27) organise la transition avec l'aide médicale des départements.

Le chapitre 4 (articles 28 et 29) définit les dispositions réglementaires d'application et abroge des articles du code de la sécurité sociale devenus sans objet.

Le titre III (articles 30 et 31) organise l'aide médicale de l'Etat.

Le titre IV (articles 32 à 37) est relatif à différentes mesures de modernisation sanitaire et sociale.

Le titre V (article 38) détermine la date d'entrée en vigueur des différentes dispositions de la loi.

*

* *

L'Article 1^{er} crée une couverture maladie universelle qui garantit à toute personne, quelle que soit sa situation, une protection contre le risque maladie, par le rattachement à un régime obligatoire d'assurance maladie.

Il affirme en outre le droit à une couverture complémentaire gratuite pour les personnes dont les revenus sont les plus faibles, et la garantie qu'elles n'auront pas à faire l'avance des frais.

*

* *

Le titre I^{er} regroupe les dispositions relatives à la protection maladie obligatoire.

L'Article 2 rend obligatoire l'affiliation à un régime d'assurance maladie et supprime le régime facultatif de l'assurance personnelle.

L'Article 3 prévoit que tout résident en France ou dans les départements d'outre-mer qui ne bénéficie pas de droits à un régime obligatoire sur la base des critères traditionnels (activité professionnelle ou critère assimilé, statut familial...), sera affilié au régime général du fait de sa seule résidence sous réserve qu'elle soit stable et régulière.

Cet article prévoit, en outre, que les personnes affiliées au régime général du fait de leur résidence sont redevables d'une cotisation dès lors que leurs ressources dépassent un certain plafond. Cela permet d'exonérer les personnes à faible revenu.

Les Articles 4, 5 et 6 permettent de garantir que toute personne pourra obtenir immédiatement le droit aux prestations en nature.

Aux termes de **l'Article 4** toute personne qui s'adresse à une caisse primaire d'assurance maladie peut, sur justification de sa résidence, bénéficier immédiatement des prestations en nature du régime général. Ce n'est qu'ensuite, afin de ne pas retarder la procédure, que la caisse primaire recherchera le régime dont relève éventuellement l'intéressé.

Les services sociaux, les associations caritatives, les organismes à but non lucratif et les hôpitaux pourront aider les intéressés qui le souhaiteraient dans leur démarche.

L'Article 5 prévoit que personne ne peut perdre le bénéfice des prestations tant qu'il satisfait au critère de résidence stable et régulière, et interdit la radiation d'un assuré du fichier d'un organisme d'assurance maladie tant que la prise en charge par un autre organisme d'assurance maladie n'est pas effective.

L'Article 6 abroge les dispositions qui subordonnent le versement des prestations au paiement préalable des cotisations. Ces dispositions, qui touchent tout particulièrement les personnes en situation économique difficile, sont contraires à l'esprit même de la couverture maladie universelle.

Aux termes du I de l'**Article 7** les jeunes de seize ans (au lieu de dix-huit ans aujourd'hui) peuvent obtenir, à leur demande, le statut d'ayant droit autonome. Grâce à ce statut, ils peuvent être personnellement remboursés de leurs dépenses de santé sans passer par le compte de l'assuré dont ils sont ayants droit.

Le II du même article prévoit que les conjoints et ascendants ayants droit sont automatiquement, sauf refus exprès de leur part, ayants droit autonomes, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

Au titre des III et IV, les étudiants qui sont ayants droit d'un travailleur indépendant non agricole, pourront le rester jusqu'à vingt ans, comme dans le régime général.

L'**Article 8** énonce les dispositions applicables à certaines personnes qui, bien que résidant ou séjournant en France, n'ont pas à être affiliées au régime général sur critère de résidence.

Le 1° de l'article L. 380-3 réserve la situation du personnel diplomatique et consulaire afin de garantir la conformité de notre droit avec la convention de Vienne.

Selon le 2°, des personnes en séjour sur notre territoire pour recevoir des soins dont la prise en charge relève du système de protection sociale de leur pays ne pourront relever de l'assurance maladie française.

Le 3° permet aux travailleurs frontaliers résidant en France de conserver le bénéfice de la législation du lieu d'activité.

Le 4° donne priorité à la protection maladie dont peuvent bénéficier les retraités d'une organisation internationale sur celle qui pourrait résulter de leur résidence en France.

Les Articles 9 à 14 organisent les transferts financiers consécutifs à la suppression de l'assurance personnelle et rénovent la procédure d'opposition à tiers détenteur (article 14).

La suppression du régime de l'assurance personnelle entraîne la suppression des cotisations à ce régime, donc des versements effectués à ce titre auprès de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) par les différents organismes qui prenaient en charge ces cotisations (Fonds de solidarité vieillesse (FSV), Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), départements).

Afin de maintenir les recettes de la CNAMTS, le texte prévoit que ces organismes lui transfèrent de nouvelles ressources.

De même, les versements auprès de la CNAMTS des autres régimes d'assurance maladie au titre de la répartition du déficit de l'assurance personnelle sont supprimés. En contrepartie, la fraction

de la cotisation sur les véhicules terrestres à moteur que recevaient les autres régimes est transférée à la CNAMTS.

L'Article 9 réduit la fraction du produit du droit de consommation sur les alcools affecté au fonds de solidarité vieillesse, afin de prendre en compte la suppression de la cotisation d'assurance personnelle due par cet organisme au titre des bénéficiaires de l'allocation spéciale.

L'Article 10 fait passer de 50 % à 22 % la part de la caisse nationale des allocations familiales dans le produit des prélèvements sociaux sur les revenus de patrimoine et de placement, afin de tenir compte de la suppression des cotisations d'assurance personnelle qui lui incombait. En contrepartie, la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés reçoit 28 % du produit de ces prélèvements.

L'Article 11 tire, par ailleurs, en ses 2° et 3°, les conséquences financières pour la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, des dispositions des articles 9 et 10 : le 2° affecte à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés la fraction des droits de consommation sur les alcools qui cesse d'être affectée au fonds de solidarité vieillesse en application de l'article 9 ; le 3° affecte à la caisse une fraction des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et de placement. Le 1° pose le principe d'un accroissement de la part des droits sur le tabac revenant à la CNAMTS, la part de l'Etat diminuant. La CNAMTS récupère ainsi l'équivalent des cotisations d'assurance personnelle précédemment versées par les départements et l'Etat.

L'Article 12 supprime la répartition, entre régimes d'assurance maladie, du produit de la cotisation sur les véhicules terrestres à moteur. La cotisation est donc affectée entièrement à la CNAMTS. Cette disposition permet de compenser la suppression de la répartition, entre ces mêmes régimes, du déficit de l'assurance personnelle.

L'Article 13 tire les conséquences de la suppression des compétences des départements en matière d'aide médicale (prise en charge des cotisations d'assurance personnelle et aide médicale). Il prévoit une réduction de la dotation générale de décentralisation ou, à défaut, du produit des impôts transférés aux départements. Cette réduction sera calculée sur la base des dépenses consacrées par les départements à l'aide médicale en 1997, diminuées de 5 % afin de tenir compte de certaines inexactitudes comptables (dépenses facultatives non identifiées, affiliations erronées à l'assurance personnelle...). Le montant ainsi déterminé est revalorisé à la date du

transfert en fonction des taux de croissance annuels de la dotation générale de décentralisation. L'économie que réalise l'Etat, en diminuant les versements de dotation générale de décentralisation, compense notamment le dispositif de la part des droits sur le tabac revenant à l'Etat (article 11).

A l'occasion de la mise en place de la couverture maladie universelle, l'**Article 14** rénove la procédure d'opposition à tiers détenteur applicable pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale dont sont redevables les travailleurs indépendants agricoles et non agricoles.

Cette mesure vise à concilier au mieux l'efficacité de la procédure avec le renforcement des garanties au profit des assurés : la mise en oeuvre par l'organisme de sécurité sociale est notamment subordonnée à l'existence d'un titre exécutoire.

L'**Article 15** donne la base légale nécessaire pour différencier les durées de maintien de droits selon qu'il s'agit des prestations en nature ou des prestations en espèces.

L'**Article 16** précise que les règles d'affiliation au régime général, sur critère de résidence, ne s'appliquent pas aux étudiants ni aux ministres des cultes, qui conservent leurs régimes spécifiques.

L'**Article 17** fait relever du régime général, sur critère de résidence, les pupilles de l'Etat qui jusqu'ici relevaient de l'aide médicale.

L'**Article 18** autorise la résiliation des contrats d'assurance privée souscrits par les personnes qui n'avaient pas fait le choix de l'assurance personnelle, alors qu'elles n'étaient pas couvertes par un régime obligatoire. Ces contrats deviennent sans objet avec l'extension de l'obligation d'affiliation.

L'**Article 19** permet, pendant une période transitoire, aux fonctionnaires et assimilés, aux retraités d'une organisation internationale et à certains résidents qui travaillent à l'étranger, notamment en Suisse, de pouvoir continuer à bénéficier des prestations en nature du régime général, comme antérieurement par le biais de l'assurance personnelle.

*

* *

Le **titre II** permet aux personnes dont les revenus sont les plus faibles de bénéficier d'une couverture complémentaire en matière de santé et de la dispense d'avance de frais.

L'**Article 20** est consacré à la définition de cette protection. Peuvent en bénéficier les foyers dont les revenus sont les plus faibles. Des décrets préciseront le plafond et les modalités

d'appréciation des ressources (article L. 861-1 du code de la sécurité sociale). Les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion sont admis automatiquement.

Les personnes qui bénéficient des droits ouverts au présent titre sont exonérées de cotisation au régime général si elles y sont affiliées sur critère de résidence (article L. 861-2 du code de la sécurité sociale).

Sont pris en charge le ticket modérateur, le forfait journalier et les dépassements tarifaires en matière de prothèses dentaires et de dispositifs médicaux à usage individuel, notamment les frais d'optique, dans des limites précisées par arrêté (article L. 861-3 du code de la sécurité sociale).

Le droit ainsi défini ne concerne que la part restant à la charge des assurés après application des dispositions plus favorables que le droit commun dont ils peuvent bénéficier par ailleurs (affections de longue durée, pensions d'invalidité, régimes spéciaux, régime local d'Alsace-Moselle et accords obligatoires de prévoyance d'entreprise) (article L. 861-3 du code de la sécurité sociale).

Le droit ouvert comprend également la dispense d'avance des frais (tiers payant) qui est une garantie supplémentaire d'accès effectif aux soins (article L. 861-3 du code de la sécurité sociale).

Le service de la prestation est assuré, au choix du bénéficiaire :

- soit par sa caisse d'assurance maladie, gestionnaire de cette prestation pour le compte de l'Etat,
- soit par une mutuelle, une institution de prévoyance ou une entreprise d'assurance auprès de laquelle le bénéficiaire souscrit une adhésion ou un contrat (article L. 861-4 du code de la sécurité sociale).

Ces prestations sont financées par un fonds spécifique, lui-même alimenté par une contribution des mutuelles, institutions de prévoyance et entreprises d'assurance et par une dotation budgétaire. Ces dispositions financières font l'objet de l'article 28.

Pour obtenir le droit à la protection définie précédemment, l'intéressé adresse sa demande à la caisse d'assurance maladie. Il indique simultanément l'organisme choisi pour le service des prestations. Les associations caritatives, les services sociaux, les organismes à but non lucratif et les établissements de santé peuvent aider le demandeur dans cette démarche. Les mutuelles, les sociétés d'assurances et les institutions de prévoyance peuvent également lui apporter leur concours.

La décision d'attribution du droit est prise par le représentant de l'Etat qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse d'assurance maladie dont relève le demandeur. Elle est valable pour un an. Les personnes en situation de détresse sociale ou nécessitant des soins en urgence peuvent être admises immédiatement, sur décision prise au cas par cas (article L. 861-5 du code de la sécurité sociale).

L'organisme choisi ne peut refuser la prise en charge de cette couverture (articles L. 861-6 et L. 861-8 du code de la sécurité sociale); cette prise en charge prend effet dès réception, par l'organisme considéré, du titre attestant l'ouverture de son droit (article L. 861-8 du même code).

La liste des organismes de protection complémentaire qui souhaitent participer au dispositif fait l'objet d'une diffusion. En cas de refus d'accueillir un bénéficiaire, l'organisme en cause est retiré de la liste (article L. 861-7 du code de la sécurité sociale).

Pour évaluer les ressources des demandeurs, les caisses de sécurité sociale peuvent demander les informations détenues par les ASSEDIC (article L. 861-9 du code de la sécurité sociale).

L'Article 21 confère à la personne qui viendrait à dépasser les conditions de ressources, alors qu'elle est couverte par un organisme de protection complémentaire, le droit d'obtenir, pendant un an, une prolongation de son adhésion ou de son contrat pour un tarif qui sera défini par arrêté.

Les personnes qui, avant de bénéficier de la protection complémentaire en matière de santé, étaient titulaires d'une protection complémentaire de droit commun peuvent obtenir de plein droit soit la résiliation de leur garantie initiale, soit sa transformation en une garantie conforme aux dispositions de la présente loi.

Ces dispositions sont insérées dans la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques (articles 6-1 et 6-2).

Les Articles 22, 23 et 24 ont principalement pour objet de créer les mécanismes de fixation des prix de certains actes ou biens médicaux pour éviter qu'une partie de la dépense reste à la charge du bénéficiaire.

L'Article 22 prévoit que les médecins ne pourront pas pratiquer de dépassements de tarifs à l'égard des bénéficiaires.

L'Article 23 donne la faculté aux caisses d'assurance maladie et aux mutuelles, institutions de prévoyance et compagnies d'assurance, de passer des accords avec les distributeurs de biens

médicaux (optique, audio-prothèse...) afin de fixer notamment des règles de prix et de dispense d'avance de frais pour l'ensemble des assurés sociaux. Ces accords devront comporter des dispositions spécifiques pour les bénéficiaires du présent titre. Ceux-ci devront en effet pouvoir se procurer certains biens médicaux, dont les tarifs sont libres, à des prix correspondant au niveau de remboursement qui sera défini. A défaut d'accord ou de dispositions spécifiques dans un accord, l'État pourra se substituer aux parties.

L'Article 24 prévoit que la convention nationale applicable aux chirurgiens-dentistes doit fixer, pour les bénéficiaires du présent titre, un tarif maximal pour les soins.

Le chapitre 2 du titre II (**Article 25**) prévoit les mécanismes de financement.

Le financement du dispositif est assuré par deux canaux :

- une contribution des organismes (mutuelles, institutions de prévoyance, entreprises d'assurance), au taux de 1,75 % de leur chiffre d'affaires santé ;
- une dotation de l'Etat.

S'impute sur la contribution versée par les organismes de protection complémentaire, un montant représentatif des adhésions ou contrats souscrits au titre de la présente loi (1500 F par an et par personne prise en charge). Si la déduction est supérieure au montant de la contribution, ils obtiennent le remboursement de la différence.

Ces recettes alimentent un fonds spécifique, créé par la loi, institué sous la forme d'un établissement public.

Les dépenses du fonds sont constituées par :

- le remboursement aux organismes d'assurance maladie des prestations versées au titre de la protection complémentaire,
- les remboursements aux organismes assureurs qui obtiennent un crédit sur leur contribution, comme indiqué ci-dessus.

Le fonds dispose de pouvoirs de contrôle sur les organismes qui doivent lui fournir les informations comptables nécessaires. La contribution est recouvrée par la branche recouvrement du régime général.

Les organismes assureurs peuvent, s'ils le souhaitent, créer des associations destinées à effectuer, en tant que mandataires, les opérations financières avec le fonds et les organismes de recouvrement.

L'Article 26 prévoit que les titulaires de l'aide médicale à la date d'entrée en vigueur de la loi bénéficient automatiquement du titre II de la présente loi jusqu'à l'expiration de leur période d'admission à l'aide médicale, et au moins jusqu'au 31 mars 2000.

L'Article 27 habilite, pour l'application de l'article 26, les caisses de sécurité sociale à mettre en place un fichier informatisé de données nominatives.

L'Article 28 définit les dispositions réglementaires d'application.

L'Article 29 est un article de coordination.

*

* *

Le titre III est relatif à l'aide médicale d'Etat.

Aux termes de **l'Article 30**, un certain nombre de personnes qui relevaient de l'aide médicale départementale ou de l'aide médicale d'Etat, continueront d'être prises en charge par l'aide médicale d'Etat. Cela répond à des raisons sanitaires, sociales ou humanitaires.

Cet article procède à une refonte du titre III *bis* du code de la famille et de l'aide sociale.

Les dispositions concernent (article 187-1) :

- les étrangers résidents en situation irrégulière ;
- des non-résidents, accueillis pour des raisons humanitaires, sur décision individuelle prise par le ministre chargé de l'action sociale.

Les dispositions des articles suivants concernent la nature des dépenses prises en charge, les modalités d'instruction des dossiers, d'élection de domicile pour les personnes sans domicile fixe, les procédures de décision et le recours sur les obligés alimentaires.

En dehors du transfert des compétences des départements en matière d'aide médicale, à l'aide médicale d'Etat, les dispositions du présent titre n'opèrent aucune modification dans le droit existant.

L'Article 31 modifie le code de la famille et de l'aide sociale (CFAS) pour prendre en compte le nouveau contexte législatif créé par l'article 30.

La nouvelle rédaction de l'article 186 du CFAS actualise les dispositions concernant l'aide médicale des étrangers.

L'article L. 182-1 du code de la sécurité sociale organise les conditions dans lesquelles les caisses primaires d'assurance maladie gèrent l'admission et la liquidation des dépenses pour le compte de l'Etat. Une convention nationale entre l'Etat et la CNAMTS détermine le cadre de cette délégation, sur la base de la convention existante datée du 9 mai 1995.

*

* *

Le titre IV est relatif à différentes mesures de modernisation sanitaire et sociale.

L'Article 32 réforme les consultations de dépistage anonyme et gratuit.

Certaines maladies transmissibles, sida, hépatites, maladies sexuellement transmissibles, sont particulièrement mal diagnostiquées et prises en charge, notamment pour les populations précarisées. L'extension des missions des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) de l'infection à VIH s'impose aujourd'hui comme l'un des axes essentiels de transformation en cours des stratégies de lutte contre le sida et de développement des programmes de lutte contre les hépatites.

Cette réforme vise à :

- favoriser l'accès des personnes pour lesquelles les conditions socio-économiques, culturelles, ou la précarisation d'une part accroissent la vulnérabilité au risque, et, d'autre part, rendent plus difficile l'accès aux informations sur la prévention, au dépistage et aux soins ;
- maintenir un cadre de gratuité, particulièrement nécessaire à l'accès de populations telles que les jeunes, les usagers de drogue, les migrants. Maintenir un cadre garantissant la possibilité d'anonymat : les consultations réalisent 5% des tests réalisés annuellement et dépistent environ 30 % des séropositivités découvertes chaque année, témoignant du fait qu'elles drainent des populations particulièrement concernées. Toutes les études montrent que l'anonymat et la gratuité sont un des motifs essentiels du choix des consultations par les populations les fréquentant ;
- favoriser une prise en charge globale des maladies transmissibles chez des personnes que les conditions de vie exposent à des risques multiples, en évitant de rendre plus difficiles encore les démarches si elles sont multipliées. Ceci concerne autant les usagers de drogues intraveineuses que les personnes précarisées, ou concernées par un problème d'alcool chez qui la prévalence d'hépatite C est plus importante que dans la population générale ;
- favoriser la qualité des nouveaux protocoles de diagnostic précoce pour permettre l'accès à des traitements aujourd'hui efficaces.

L'Article 33 porte sur le volet de santé de la carte d'assurance maladie.

Afin d'améliorer la coordination des soins, la carte d'assuré social de seconde génération, dite carte Vitale II, d'une durée de validité de trois ans, doit comporter un volet de santé.

L'article L. 162-1-6 du code de la sécurité sociale définit le contenu et les modalités d'utilisation de ce volet de santé.

Le Conseil d'État statuant au contentieux le 3 juillet 1998 (Syndicat des médecins de l'Ain et autres) a conclu que, les auteurs de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins n'ayant pas épuisé leur compétence concernant les garanties nécessaires à la protection des droits individuels en la matière, le II de l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale est entaché d'illégalité.

Le I de l'article modifie le II de l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale afin d'unifier l'appellation du volet de santé et de renvoyer sa définition à un article unique (L. 162-1-6). Il définit les finalités du volet de santé, qui sont la continuité et la coordination des soins, notamment en cas d'urgence. Cette dernière mention fait référence aux concertations internationales en cours relatives aux cartes électroniques -souhaitées par le Parlement européen et par plusieurs pays membres du G 8- comportant des données médicales d'urgence lisibles dans différents pays.

Le II précise la rédaction de l'article L. 162-1-6 du code de la sécurité sociale dans le sens souhaité par le Conseil d'Etat.

Le I de l'article L. 162-1-6 dispose que les professionnels de santé habilités à le faire sont tenus d'inscrire sur le volet de santé les informations nécessaires aux interventions urgentes ainsi qu'à la continuité et à la coordination des soins, cette obligation étant instituée dans l'intérêt des personnes malades et afin de faciliter leur prise en charge par d'autres professionnels, destinataires de ces informations. La mention d'informations nouvelles est subordonnée à l'accord du titulaire de la carte ou, lorsqu'il s'agit d'enfants mineurs, à celui d'une personne investie de l'autorité parentale. Ce droit d'opposition est matérialisé en outre par la possibilité donnée au titulaire de conditionner l'accès à une partie du volet de santé de sa carte à la frappe d'un code secret qu'il aura lui-même défini. Ce verrou facultatif, demandé par les associations d'usagers et de malades, évite les inconvénients des codes secrets systématiques. La partie du volet de santé comportant des données d'urgence définies au plan international ne pourra pas être protégée par le code secret, sachant que nul ne sera obligé d'y laisser inscrire des informations.

Le II institue un droit d'accès du titulaire à la totalité du contenu de sa carte, ce droit étant exercé par les parents, lorsqu'il s'agit d'un mineur, et par le représentant légal s'il s'agit d'un majeur sous tutelle. Un droit d'effacement de données antérieurement présentes dans le volet de santé est reconnu aux mêmes personnes. Pour des raisons pratiques et de sécurité, ces droits s'exercent par

l'intermédiaire d'un professionnel de santé habilité à accéder aux informations et choisi par le titulaire.

Le III précise les droits des professionnels de santé en formation qui effectuent des remplacements ainsi que des internes et résidents.

Le IV prévoit qu'un décret en Conseil d'Etat, pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, fixera la nature des informations portées sur le volet de santé ainsi que les catégories de professionnels de santé ayant accès à chaque catégorie d'informations. Le décret fixera également les modalités d'accès aux informations dont l'accès pourra être protégé par un code secret ainsi que celles dont il ne pourra pas être délivré au titulaire de copie papier. L'objet de cette dernière mesure est d'éviter que des titulaires de carte ne puissent être contraints de communiquer des informations sensibles sur leur état de santé à des personnes n'ayant pas à en connaître.

Enfin, les sanctions pénales prévues par l'article L. 162-1-2 pour les violations d'usage du carnet de santé papier sont étendues au volet de santé.

L'Article 34 vise à régler la situation des infirmiers de secteur psychiatrique : à la suite des travaux ayant débouché en 1992 sur la suppression du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique et sur la modification du contenu des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier, il avait été décidé d'autoriser les infirmiers de secteur psychiatrique en fonction, à obtenir le diplôme d'Etat sous réserve qu'ils aient préalablement validé trois stages d'un mois chacun dans un service de chirurgie, de médecine et dans un service d'urgence ou de réanimation (arrêté du 30 mars 1992).

Cette disposition fortement contestée par l'ensemble des infirmiers quelle que soit leurs compétences initiales, en soins généraux ou en psychiatrie, a finalement été rapportée au profit de la délivrance de droit du diplôme d'Etat d'infirmier aux infirmiers de secteur psychiatrique, ceux-ci devant toutefois, en cas de changement de secteur d'activité accomplir un stage d'adaptation de trois mois (arrêté du 26 octobre 1994).

Le Conseil d'Etat a censuré l'illégalité de cet arrêté le 30 décembre 1996 (Fédération nationale des infirmiers, Comité d'entente des formations infirmières et cadres) au motif de sa non-conformité aux directives communautaires et aux exigences minimales qu'elles prévoient en matière de formation des infirmiers en soins généraux.

Le projet d'article, élaboré en vue de définir une solution conciliant, dans toute la mesure du possible, le respect du droit communautaire et les intérêts légitimes des infirmiers de secteur psychiatrique, propose en conséquence :

1° d'attribuer de droit un diplôme d'Etat d'infirmier de secteur psychiatrique aux infirmiers titulaires du diplôme de secteur psychiatrique (environ 54 000 infirmiers),

2° de permettre aux infirmiers titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier de secteur psychiatrique d'exercer dans les hôpitaux publics et privés participant au service public hospitalier ainsi que dans les établissements d'enseignement,

3° de permettre aux infirmiers titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier de secteur psychiatrique d'obtenir sur leur demande le diplôme d'Etat d'infirmier, après avis d'une commission régionale, statuant sur l'accomplissement d'un nécessaire complément de formation.

En outre, un article L. 477-1 est créé afin que les ressortissants communautaires titulaires de diplômes non conformes à la directive communautaire spécifique aux infirmiers de soins généraux, mais permettant néanmoins l'exercice de la profession d'infirmier dans le pays d'origine, puissent faire l'objet d'une autorisation d'exercice en France après avis d'une commission régionale instituée à cet effet, sous réserve de l'accomplissement d'un complément de formation.

L'Article 35 a pour objet d'insérer dans le code de la sécurité sociale les dispositions permettant la signature d'une convention entre les pharmaciens d'officine et les caisses d'assurance maladie et de modifier le régime de la vignette conformément au protocole d'accord signé le 24 septembre 1998 entre l'Etat et les représentants de la profession.

La convention, qui sera opposable à tout pharmacien, organise les rapports entre la pharmacie d'officine et l'assurance maladie. Elle portera notamment sur la qualité de la dispensation pharmaceutique, le bon usage du médicament, la coordination des soins, la formation pharmaceutique continue, les conditions du développement de la dispense d'avance des frais ainsi que la participation des pharmaciens au développement des médicaments génériques.

L'ouverture d'un nouveau champ conventionnel consacre ainsi la place d'acteur de santé publique du pharmacien d'officine.

L'article modifie également l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale tel qu'il résulte du IV de l'article 29 de la loi n° 98-

1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 : il prévoit que, dans le cadre du droit de substitution instauré à l'article L. 512-3 du code de la santé publique par la loi précitée, le montant maximum autorisé de la dépense supplémentaire pouvant résulter de la substitution, ainsi que le minimum forfaitaire éventuellement versé par le pharmacien, sont déterminés par la convention instituée par le présent article ou à défaut par arrêté interministériel.

Par ailleurs, l'article L. 625 du code de la santé publique est abrogé et remplacé par un article L. 161-36 inséré dans le code de la sécurité sociale afin de permettre le transfert au niveau réglementaire de la détermination des informations relatives au médicament ainsi que des modalités selon lesquelles ces informations doivent figurer sur le conditionnement du produit en vue du contrôle de son utilisation par les organismes d'assurance maladie. En conséquence, l'apposition d'une vignette sur le conditionnement des médicaments remboursables, comportant la dénomination du produit ainsi que le prix, sont renvoyés au décret en Conseil d'Etat.

Il s'agit d'ouvrir la possibilité, dans le cadre d'une réforme de la marge du pharmacien valorisant l'acte pharmaceutique, d'instituer par voie réglementaire une part de rémunération forfaitaire pour le pharmacien, détachée du prix du médicament remboursable, et d'exclure en conséquence -également par voie réglementaire- cette part forfaitaire de la vignette apposée sur le conditionnement.

L'Article 36 valide les actes pris en application des conventions des médecins généralistes et des médecins spécialistes de 1997.

Par décisions des 26 juin (Confédération des syndicats médicaux français) et 3 juillet 1998 (Syndicat des médecins de l'Ain et autres), le Conseil d'Etat, statuant au contentieux, a annulé les conventions médicales régissant les rapports entre l'assurance maladie et les médecins.

Cette validation est nécessaire si l'on considère que la convention des médecins généralistes a mis en place un dispositif de coordination de soins à partir d'un médecin généraliste dit référent. A ce titre, il est indispensable de consolider juridiquement les contrats conclus entre les médecins ayant adhéré à l'option et les patients aux fins de permettre le respect des engagements réciproques contenus dans ceux-ci.

Au-delà de ce point majeur, il est nécessaire de garantir, pour les deux conventions, la continuité juridique des actes pris jusqu'à l'intervention du règlement minimal conventionnel.

L'Article 37 porte sur le traitement des données personnelles de santé à des fins d'évaluation ou d'analyse du système de santé.

L'évaluation et l'analyse des activités et des pratiques de soins requièrent d'organiser, dans l'intérêt de l'utilisateur du système de santé, un cadre général permettant la réalisation de traitements de données garantissant le respect du secret dû aux personnes malades.

L'anonymat des données utilisées dans ces traitements doit demeurer le principe général. Toutefois, pour procéder à des évaluations ou des analyses pertinentes, il apparaît nécessaire de permettre l'exploitation de données qui peuvent présenter un caractère indirectement nominatif.

Les données utiles à ces traitements sont celles issues de systèmes d'information organisés dans chaque établissement de santé et placés sous la responsabilité du médecin responsable de l'information médicale, ainsi que celles issues des systèmes d'information des caisses d'assurance maladie. Dans tous les cas, les traitements de données personnelles ne comporteront ni le nom, ni le prénom des personnes, ni le numéro d'inscription au répertoire national des personnes physiques. Par ailleurs, l'ensemble des traitements bénéficieront des garanties qui résultent, s'agissant de données indirectement nominatives, des dispositions prévues par la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Ce nouveau dispositif ne s'applique qu'aux traitements de données réalisées à des fins d'évaluation ou d'analyse des systèmes de santé, ce qui exclut notamment les traitements de données à des fins de recherche, qui demeurent soumis aux dispositions du chapitre V *bis* de la loi de 1978, ainsi que les traitements effectués par les organismes chargés de la gestion d'un régime de base d'assurance maladie, dans le cadre des textes existants, à des fins de remboursement ou de contrôle.

Le dispositif distingue deux catégories de personnes susceptibles de mettre en oeuvre les traitements.

Les services des ministères chargés de la sécurité sociale et de la santé, les agences régionales de l'hospitalisation, les organismes d'assurance maladie, ainsi que des organismes chargés d'une mission d'évaluation ou d'analyse des activités de soins ou de prévention dont la liste sera fixée par décret en Conseil d'Etat, tels que par exemple les unions régionales de médecins libéraux,

pourront mettre en oeuvre ces traitements dans les conditions de droit commun posées par l'article 15 de la loi du 6 janvier 1978 précitée.

Par ailleurs, d'autres personnes pourront également avoir communication des données sur décision des ministre chargés de la sécurité sociale et de la santé pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés ; les traitements que ces personnes pourraient mettre en oeuvre, si elles obtiennent la communication des données, seront ensuite soumis aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 précitée. Cette procédure de communication visera à s'assurer notamment des garanties de sérieux et des références présentées par le demandeur, de la conformité de sa demande à ses missions ou à son objet social, de la pertinence du traitement par rapport à sa finalité déclarée, et de la nécessité de recourir à des données personnelles.

Les personnes autorisées à effectuer les traitements sont soumises au secret professionnel ; elles ne peuvent communiquer à des tiers que les résultats de traitement, à la condition impérative que les informations communiquées ne permettent aucune identification.

*

* *

Le titre V n'est composé que d'un seul article (**Article 38**) qui fixe la date d'entrée en vigueur de la loi au 1^{er} janvier 2000, à l'exception de dispositions particulières recevant des dates d'effet spécifiques.

PROJET DE LOI

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,,

Vu l'article 39 de la Constitution,

Décrète :

Le présent projet de loi portant création d'une couverture maladie universelle, délibéré en Conseil des ministres après avis du Conseil d'Etat, sera présenté à l'Assemblée nationale par la ministre de l'emploi et de la solidarité qui est chargée d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

TITRE PRÉLIMINAIRE DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

Article 1^{er}

La protection de la santé et l'égal accès à la prévention et aux soins constituent un impératif national et une priorité des politiques sociales. A ces fins, il est créé une couverture maladie universelle qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie, et aux personnes les plus défavorisées le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais.

TITRE I^{er} DISPOSITIONS RELATIVES AUX RÉGIMES OBLIGATOIRES

CHAPITRE 1^{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 1^{er} du titre IV du livre VII du même code, relatif à l'assurance personnelle, 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 créé, au titre VIII du livre III du code de la sécurité sociale, 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.

“ Cette cotisation est fixée en pourcentage du montant des revenus, définis selon les modalités fixées au 1^o 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 3 et du chapitre 4 du titre IV du livre II du présent code, sous réserve des adaptations prévues par décret en Conseil d'Etat. ”

Article 4

Il est créé, après l'article L. 161-2 du code de la sécurité sociale, 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 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 abrogé ;

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

3° Au troisième alinéa de l'article L. 381-12, le membre de phrase : “ , à condition d'être à jour de la cotisation personnelle prévue à l'article L. 381-17 ” est supprimé ;

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 ”, figurant au dernier alinéa du même article, sont supprimés.

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 au régime d'assurance maladie 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 2 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 code de la sécurité sociale 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 ainsi rédigé :

“ 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 ;

“ 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 1^{er} 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. ”

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 aux 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 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 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 dans le mois de sa notification au débiteur. 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 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 de même code est complété par la phrase suivante : “ 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° du deuxième alinéa 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 ajoutés les mots : " des majorations et pénalités de retard ".

IX.- Dans le code rural, il est créé 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'oeuvre 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 aux 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 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 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 dans le mois de sa notification au débiteur. 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 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 3 **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 la phrase suivante : “ 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'État 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°, 3° et 4° 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 À LA PROTECTION COMPLÉMENTAIRE EN MATIÈRE DE SANTÉ

CHAPITRE 1^{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.- Il est créé, au livre VIII du même code, un titre VI intitulé : “ Protection complémentaire en matière de santé ”, et comprenant trois chapitres.

III.- Le chapitre 1^{er} du titre VI du livre VIII du même code, intitulé : “ Dispositions générales ”, comprend les articles L. 861-1 à L. 861-9 ainsi rédigés :

“ *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 le 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 modalités de la dispense d'avance de frais sont déterminées par décret.

“ *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 ;

“ *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 2 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.

“ La décision est prise par l'autorité administrative qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse. Cette décision peut faire l'objet d'un recours contentieux devant la commission départementale d'aide sociale.

“ En cas d'urgence sanitaire ou sociale, 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.

“ *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 cas de manquement aux obligations prévues à l'article 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, l’adhésion ou le contrat prend effet dès réception, par l’organisme, du document attestant l’ouverture de leur droit et le choix qu’elles ont fait. Les organismes en cause ne peuvent opposer de refus à la conclusion d’un contrat ou à une demande d’adhésion.

“ *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. Les personnes intéressées sont informées de la possibilité de ces échanges d’informations.”

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 ;

“ 2° Soit la modification de la garantie initialement souscrite en une garantie établie en application de l’article 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 dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux garanties souscrites dans le cadre d'un accord collectif obligatoire d'entreprise. ”

II.- A la fin du premier alinéa de l'article 9 de la loi du 31 décembre 1989 précitée, sont ajoutés les mots : “ et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-1 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 : “ Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires fixés par l'annexe annuelle 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 I^{er} du même code est intitulé : “ Dispositifs médicaux à usage individuel ”, et comprend 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 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

Le 2° du deuxième alinéa de l'article L. 162-9 du même code est complété par un membre de phrase ainsi rédigé : “ 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 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 ; ”.

CHAPITRE 2

Dispositions financières

Article 25

Le chapitre 2 du titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale est intitulé : “ Dispositions financières ”, et comprend les articles L. 861-10 à L. 861-17 ainsi rédigés :

“ *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 oeuvrant 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.

“ *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.

“ *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 francs 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 en application de l'article L. 861-13 sont versées par les organismes débiteurs aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale territorialement compétents désignés par arrêté ministériel, au plus tard le dernier jour du premier mois de chaque trimestre civil au titre des cotisations et primes recouvrées au cours du trimestre civil précédent.

“ 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.

“ L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, assistée en tant que de besoin par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général, peut être désignée, par arrêté ministériel, pour remplir les missions confiées aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général.

“ *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 oeuvre 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 charges 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 oeuvre, 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'État 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 3 **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 oeuvre, 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 4 **Dispositions diverses**

Article 28

Le chapitre 3 du titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale est intitulé :

“ Dispositions d'application ”, et comprend l'article L. 861-18 ainsi rédigé :

“ *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 code de la sécurité sociale sont abrogés.

TITRE III RÉFORME DE L'AIDE MÉDICALE

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 peut accéder, 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'État 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 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 abrogé ;

3° Aux articles 146 et 149, le membre de phrase : “ ou par la commune lorsqu'elle bénéficie d'un régime spécial d'aide médicale ” est abrogé ;

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 mention de 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.- Le II de l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

“ *II.-* Cette carte comporte un volet de santé défini à l'article L. 162-1-6, destiné à recevoir les informations nécessaires aux interventions urgentes, ainsi qu'à la continuité et à la coordination des soins. ”

II.- L'article L. 162-1-6 du code de la sécurité sociale 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 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 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'analyse 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 ;

“ 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.

“ V.- Quiconque aura obtenu ou tenté d'obtenir la communication d'informations portées sur un volet de santé en violation des dispositions du présent article sera puni d'un an d'emprisonnement et d'une amende de 100 000 F. ”

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 livre IV titre II chapitre I^{er} du code de la santé publique 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 35

I.- La section 4 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est modifiée comme suit :

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

b) 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 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. ” ;

c) L’article L. 162-16 est ainsi modifié :

- 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. ”

- 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 IV du chapitre I^{er} 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 créé, 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 et 10 février et 18 mars 1998, à l'exception de ceux ayant le caractère d'une sanction.

Article 37

Les traitements de données personnelles de santé qui ont pour fin l'évaluation des pratiques de soins et de prévention ou l'analyse des activités de soins et de prévention sont autorisés dans les conditions prévues au présent article.

Les données issues des systèmes d'information mentionnés à l'article L. 710-6 du code de la santé publique, ainsi que celles issues des systèmes d'information des caisses d'assurance maladie, sont transmises, sous une forme garantissant l'anonymat des personnes concernées, aux services des ministères chargés de la sécurité sociale et de la santé, aux agences régionales de l'hospitalisation, aux organismes d'assurance maladie, ainsi qu'aux organismes chargés d'une mission d'évaluation des pratiques de soins et de prévention ou d'analyse des activités de soins et de prévention dont la liste est fixée par décret en Conseil d'État.

Les services et organismes destinataires peuvent, pour l'exercice de leur mission, recevoir communication des données personnelles sous réserve qu'elles ne comportent ni le nom, ni le prénom du patient, ni son numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques. Le traitement de ces données par l'administration ou l'organisme destinataire est effectué dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Ces données peuvent également être communiquées, dans les mêmes conditions, à des personnes ou organismes autres que ceux mentionnés au premier alinéa sur décision des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé prise après avis de la commission nationale de l'informatique et des libertés.

Les traitements effectués par les organismes visés aux deux alinéas précédents ne peuvent servir à des fins de recherche ou d'identification des personnes. Les personnes appelées à mettre en oeuvre ces traitements ainsi que celles qui ont accès aux données faisant l'objet des traitements, ou aux résultats de ceux-ci lorsqu'ils demeurent indirectement nominatifs, sont astreintes au secret professionnel.

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 de santé desquelles ces données ont été recueillies est impossible.

TITRE V ENTRÉE 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 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.

Fait à Paris, le 3 mars 1999.

Signé : LIONEL JOSPIN.

Par le Premier ministre :

La ministre de l'emploi et de la solidarité,

Signé : MARTINE AUBRY.

N°1419. - PROJET DE LOI présenté par Mme la Ministre de l'emploi et de la solidarité portant création d'une couverture maladie universelle (*renvoyé à la commission des affaires culturelles*)