

N° 1677

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ONZIÈME LÉGISLATURE

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

## PROJET DE LOI

MODIFIE PAR LE SENAT APRES DECLARATION D'URGENCE

*portant création d'une **couverture maladie universelle.***

TRANSMIS PAR

M. LE PREMIER MINISTRE

A

M. LE PRESIDENT DE L'ASSEMBLEE NATIONALE

(Renvoyé à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.)

*Le Sénat a modifié, en première lecture, le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale en première lecture après déclaration d'urgence, dont la teneur suit :*

Voir les numéros :

*Assemblée nationale* : **1419, 1518** et T.A. **288**.

*Sénat* : **338, 376, 382** et T.A. **148** (1998-1999).

**Assurance maladie-maternité : généralités.**

TITRE PRELIMINAIRE  
**DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE**

**Article 1er**

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

Les Français résidant à l'étranger bénéficient également du droit à la couverture maladie universelle. Un décret déterminera les modalités d'application du présent article et précisera notamment les seuils de revenus donnant accès à ce droit ainsi que les organismes habilités à gérer la couverture maladie universelle pour les Français de l'étranger.

Demeurent en vigueur dans la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon les dispositions législatives antérieures relatives au domaine couvert par la présente loi.

TITRE Ier

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX REGIMES OBLIGATOIRES**

CHAPITRE Ier

**Dispositions générales**

**Article 2**

Conforme.

**Article 3**

I. – *Non modifié.*

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 ou de la Caisse des Français de l’étranger.

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

« *Art. L. 380-2.* – *Non modifié* »

III (*nouveau*). – Les conditions dans lesquelles le régime agricole peut assurer la couverture des personnes qui cessent de bénéficier d’un droit aux prestations en nature de l’assurance maladie auprès dudit régime sont définies par décret en Conseil d’Etat. »

#### **Article 4**

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

« *Art. L. 161-2-1.* – Toute personne qui déclare auprès d’une caisse primaire d’assurance maladie ne pas bénéficier des prestations en nature des assurances maladie et maternité est affiliée sans délai, au titre de l’article L. 380-1, au régime général sur justification de son identité et de sa résidence stable et régulière, et bénéficie immédiatement des prestations en nature de ce régime. La caisse saisit ensuite, s’il y a lieu, l’organisme compétent pour affilier la personne en cause au régime dont elle relève.

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

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

« Les modalités d’application du présent article, et notamment celles selon lesquelles les prestations provisoirement servies par le régime général à un bénéficiaire relevant d’un autre régime sont remboursées par ce régime au régime général, sont définies par décret en Conseil d’Etat. »

#### **Article 5**

Conforme.

#### **Article 6**

I et II. – *Non modifiés.*

III. – L'absence des cotisations d'assurance maladie prévues par le code de la sécurité sociale et le code rural, lorsqu'elle est le fait de la mauvaise foi du bénéficiaire, peut conduire, dans des conditions déterminées par un décret, à la suspension du versement des prestations en nature de l'assurance maladie à l'assuré social ; toutefois, cette sanction n'affecte pas les ayants droit de la personne convaincue de mauvaise foi.

IV (*nouveau*). – Les deux derniers alinéas de l'article L. 612-4 et l'article L. 615-8-1 du code de la sécurité sociale sont abrogés.

## **Article 7**

I. – *Non modifié.*

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 en nature 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 et IV. – *Non modifiés.*

## **Article 8**

Conforme.

## **Article 8 bis (*nouveau*)**

I. – Après le premier alinéa de l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Le forfait hospitalier est pris en charge par le régime général de protection sociale dans le cas d'hospitalisations de plus de trois mois consécutives à un état végétatif ou terminal constaté par une commission médicale.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe la liste des pathologies visées, la composition, le fonctionnement et le ressort de la commission du forfait hospitalier. »

II. – L'accroissement des charges pour le régime général de protection sociale résultant de l'application du I est compensé, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

## CHAPITRE II

### **Dispositions financières**

#### Section 1

#### **Transferts financiers**

##### **Article 9**

I. – *Non modifié.*

II. – *Supprimé.*

##### **Article 10**

I. – *Non modifié.*

II. – Le dernier alinéa de l'article L. 524-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« L'Etat verse au fonds national des prestations familiales, géré par la Caisse nationale des allocations familiales, une subvention correspondant à 40 % des sommes versées au titre de l'allocation de parent isolé. »

##### **Article 11**

Le dernier alinéa de l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont en outre constituées par une fraction du produit du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts, dans les conditions fixées par la loi de finances pour 2000. »

##### **Article 12**

I. – 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.

II (*nouveau*). – A la fin de l'article L. 241-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « la fraction du produit des cotisations créées par l'article L. 213-1 du code des assurances revenant au régime général de sécurité sociale, » sont remplacés par les mots : « le produit de la cotisation visée à l'article L. 213-1 du code des assurances ».

III (*nouveau*). – Le troisième alinéa de l'article L. 612-1 du code de la sécurité sociale est supprimé.

### **Article 13**

I à III. – *Non modifiés.*

IV (*nouveau*). – Les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter de l'extinction des droits à l'admission à l'aide médicale.

V (*nouveau*). – Le dernier alinéa de l'article 93 de la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat est complété par une phrase ainsi rédigée :

« L'application de ces critères ne peut avoir pour effet d'augmenter la contribution d'une commune, au titre d'un exercice donné, de plus de 6 points par rapport au pourcentage de variations constatées pour l'ensemble des communes du département. »

VI (*nouveau*). – La dotation globale de fonctionnement est majorée, à due concurrence, des pertes de ressources engendrées par les dispositions du V. La perte de recettes résultant pour l'Etat de la majoration de la dotation globale de fonctionnement est compensée par le relèvement, à due concurrence, des droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

### **Article 13 bis (*nouveau*)**

Le Gouvernement présente au Parlement lors de l'examen du projet de loi de finances pour 2000 un rapport sur les conséquences de l'adoption de la loi n°            du            portant création d'une couverture maladie universelle sur les contingents communaux d'aide sociale, et sur les conséquences de leur éventuelle suppression. Ce rapport devra présenter des propositions de réforme des contingents communaux d'aide sociale, simulant notamment l'instauration d'un abattement en faveur des communes les plus défavorisées par les modes de répartition des contingents, dans le cadre d'une répartition nationale au prorata des contingents prélevés par département.

## Section 2

### **Recouvrement des cotisations**

#### **Article 14**

I à IX. – *Non modifiés.*

X (*nouveau*). – L'article 244-9 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elle est signifiée au débiteur par acte d'huissier de justice. »

## CHAPITRE III

### **Dispositions diverses**

#### **Article 15**

Conforme.

#### **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 à un titre autre que celui prévu à l'article L. 380-1 ou ayants droit d'assuré social, ».

II. – *Non modifié.*

#### **Articles 17 et 18**

Conformes.

#### **Article 19**

I. – *Non modifié.*

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. Le service de ces prestations, ainsi que le recouvrement de la cotisation définie à l'article L. 380-2 du code de la

sécurité sociale si elle est due, sont assurés par cet organisme pour le compte du régime général dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.

## TITRE II

### **DISPOSITIONS RELATIVES A LA PROTECTION COMPLEMENTAIRE EN MATIERE DE SANTE**

#### CHAPITRE Ier

#### **Dispositions générales**

#### **Article 20**

I. – L'intitulé du livre VIII du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « – Allocation personnalisée à la santé ».

II. – Le livre VIII du même code est complété par un titre VI intitulé : « Allocation personnalisée à la santé », et comprenant trois chapitres.

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

« *CHAPITRE Ier*

« *Dispositions générales*

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

« 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 effective et permanente.

« 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 l'allocation personnalisée à la santé 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 l'allocation personnalisée à la santé après déduction des charges consécutives aux versements des pensions et obligations alimentaires, 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 au montant maximal de l'allocation personnalisée à la santé, leur permettant un accès gratuit à la couverture complémentaire.

« *Art.L. 861-3.* – Les organismes mentionnés au *a* de l'article L. 861-4 qui souhaitent être inscrits sur la liste prévue par cet article s'engagent à offrir aux bénéficiaires de l'allocation personnalisée à la santé une couverture complémentaire prenant 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° La participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité des organismes de sécurité sociale pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires ;

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

« 3° Les 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.

« Pour la détermination des frais pris en charge au titre du présent article, une convention conclue entre, d'une part, au moins deux des trois caisses nationales d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 162-5 dont la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et, d'autre part, au moins une fédération représentative des mutuelles régies par le code de la mutualité et au moins une organisation représentative des entreprises régies par le code des assurances peut :

« *a)* Déroger aux articles L. 321-1 et L. 615-14 du présent code en ce qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie pour garantir la meilleure qualité des soins au meilleur prix ;

« *b)* Fixer la nature des frais mentionnés aux articles L. 321-1 et L. 615-14 pris en charge au titre du présent article pour tenir compte de la qualité et du prix du service médical rendu ;

« c) Fixer les critères de qualité et de prix auxquels doivent satisfaire les producteurs de biens et services médicaux pour bénéficier d'un agrément délivré par les signataires de la convention et ouvrant droit à la prise en charge des soins au titre du présent article ;

« d) Déterminer les modalités suivant lesquelles l'agrément prévu au c est délivré et porté à la connaissance des bénéficiaires de l'allocation personnalisée à la santé, ainsi que les modalités suivant lesquelles la nature des frais mentionnés au a est portée à la connaissance des professionnels de santé et des assurés sociaux ;

« e) Fixer les conditions dans lesquelles des médecins conventionnés pourront accepter de renoncer à tout dépassement, sauf exigence particulière du malade, pour les bénéficiaires de l'allocation personnalisée à la santé, les conditions dans lesquelles les chirurgiens-dentistes pourront accepter de limiter les dépassements susceptibles d'être autorisés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes pour les soins visés au 3° ci-dessus et celles selon lesquelles les bénéficiaires de l'allocation personnalisée à la santé pourront en avoir connaissance ;

« f) Fixer les conditions dans lesquelles est prise en compte la spécificité de la situation des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés et des personnes visées aux 3° et 4° de l'article L. 322-3.

« La convention, ses annexes et avenants n'entrent en vigueur qu'après approbation par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins et du Conseil de la concurrence.

« En l'absence de convention, un arrêté ministériel pris dans les mêmes conditions détermine le panier de soins prévu au présent article.

« Le montant de la cotisation ou de la prime exigible pour cette couverture complémentaire est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et révisé chaque année.

« 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. Pour l'application de cette dispense d'avance de frais, un décret détermine les modalités de paiement des professionnels et établissements de santé permettant notamment qu'ils aient un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure.

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

« a) Par adhésion à une mutuelle régie par le code de la mutualité, à une section d'assurance complémentaire maladie régie par l'article 1049 du code rural, ou par souscription d'un contrat auprès d'une institution de prévoyance régie par le livre IX du présent code ou par le livre VII du code rural, ou d'une entreprise régie par le code des assurances, dans les conditions prévues au chapitre II du présent titre ;

« b) Auprès des caisses primaires d'assurance maladie du régime général, pour les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion.

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

« Les services sociaux et les associations ou organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'Etat dans le département ainsi que les établissements de santé et les organismes inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 861-7 apportent leur concours aux intéressés dans leur demande de protection complémentaire et sont habilités, avec l'accord du demandeur, à transmettre la demande et les documents correspondants à l'organisme compétent.

« La décision est prise par l'autorité administrative qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse. Cette décision doit être notifiée au demandeur dans un délai maximal fixé par décret et peut faire l'objet d'un recours contentieux devant la commission départementale d'aide sociale. En l'absence de notification de la décision au demandeur, la demande est considérée comme acceptée.

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

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

« *Art. L. 861-5-1 (nouveau).* – L'allocation personnalisée à la santé est exonérée de la contribution prévue à l'article L. 136-1, de la contribution au remboursement de la dette sociale et de l'impôt sur le revenu.

« *Art. L. 861-6.* – Le versement de l'allocation personnalisée à la santé est interrompu si le bénéficiaire n'acquiesce pas la cotisation ou prime à l'organisme de son choix mentionné au *a* de l'article L. 861-4 ou, pour les personnes allocataires du revenu minimum d'insertion, à la caisse primaire d'assurance maladie.

« L'allocation peut être directement versée à cet organisme ou à cette caisse avec l'accord du bénéficiaire. Dans ce cas, celui-ci n'est redevable que du reliquat de cotisation ou prime correspondant à son adhésion ou à sa souscription. Les personnes bénéficiaires du revenu minimum d'insertion ne sont redevables d'aucune contribution.

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

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

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

« *Art. L. 861-8.* – Pour les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion, le bénéfice de l'allocation personnalisée à la santé est accordé automatiquement à la date de la décision d'octroi du revenu minimum d'insertion.

« Pour les autres bénéficiaires de l'allocation personnalisée à la santé, le bénéfice des prestations complémentaires est accordé dans les conditions de droit commun à la date de l'adhésion ou de la souscription du contrat. L'organisme figurant sur la liste prévue par l'article L. 861-7 choisi par le bénéficiaire de cette allocation ne peut subordonner l'entrée en vigueur de l'adhésion ou du contrat à aucune autre condition ou formalité que celle du versement de la cotisation ou de la prime correspondante.

« *Art. L. 861-9.* – Pour l'obtention et le renouvellement de l'allocation, le contrôle de la déclaration des ressources du demandeur est effectué par le personnel assermenté des organismes mentionnés à l'article L. 861-5 auquel les administrations publiques et notamment, par application de l'article 160 du livre des procédures fiscales, les administrations financières sont tenues de communiquer toutes pièces nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.

« Le personnel assermenté mentionné à l'alinéa précédent peut aussi demander toutes les informations nécessaires aux organismes d'indemnisation du chômage qui sont tenus de les leur communiquer.

« Les informations demandées au titre du présent article doivent être limitées aux données strictement nécessaires à l'accomplissement de cette mission, dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

« Les personnes intéressées sont informées de la possibilité de ces échanges d'information. »

### **Articles 20bis et 20 ter**

Supprimés.

### **Article 20 quater (nouveau)**

I. – A l'article L. 137-2 du code de la sécurité sociale, le taux : « 8 % » est remplacé par le taux : « 6 % ».

II. – Les pertes de recettes résultant de l'application du I sont compensées par le relèvement, à due concurrence, des droits prévus aux articles 402 *bis* et 438 du code général des impôts.

## **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 reçoit de l'organisme qui assurait sa couverture complémentaire la proposition de prolonger son adhésion ou son contrat pour une période d'un an, avec les mêmes prestations et pour un même tarif.

« Pendant un an, les anciens bénéficiaires du revenu minimum d'insertion dont les ressources ne leur permettent pas de bénéficier de l'allocation personnalisée à la santé peuvent souscrire, auprès d'un des organismes mentionnés sur la liste prévue à l'article L. 861-7 de ce code, une protection complémentaire maladie dans les conditions et aux tarifs proposés aux bénéficiaires de cette allocation.

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

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

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

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

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

II. – *Non modifié.*

## **Articles 22 à 24**

Supprimés.

## CHAPITRE II

### **Dispositions financières**

#### **Article 25**

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

#### *« CHAPITRE II*

#### *« Dispositions financières*

« *Art. L. 861-10.* – Il est créé un fonds dont la mission est de servir la prestation mentionnée à l'article L. 861-3.

« Ce fonds, dénommé : "Fonds pour la protection complémentaire maladie", est un établissement public national à caractère administratif. Un décret fixe la composition du conseil d'administration, constitué de représentants de l'Etat, de l'assurance maladie, des organismes mentionnés à l'article L. 861-4 et d'associations œuvrant en faveur des populations les plus démunies. 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 de l'allocation personnalisée à la santé ;

« *b)* Par le versement aux organismes mentionnés aux *a* et *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.* – *Non modifié.*

« *Art. L. 861-13.* – I. – Les mutuelles régies par le code de la mutualité, les sections d'assurance complémentaires régies par l'article 1049 du code rural, 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 des prestations en nature versées en France en matière de santé au cours d'un trimestre civil.

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

« Les entreprises redevables de la taxe sur les conventions d'assurances ont droit à un crédit d'impôt imputable sur celle-ci, égal à 7 % du montant des sommes dues au titre de la contribution mentionnée au I.

« III. – Les organismes mentionnés au I reçoivent du fonds de financement un montant égal à la différence entre :

« – le montant des cotisations ou primes reçues des bénéficiaires de l'allocation personnalisée à la santé ;

« – et celui des prestations en nature versées à ces bénéficiaires.

« Ces calculs sont effectués par référence aux personnes bénéficiaires de cette allocation le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil au titre duquel la contribution est due.

« IV(*nouveau*). – Les sommes reçues du fonds par les organismes mentionnés au I ne rentrent pas dans l'assiette de l'impôt sur les sociétés.

« *Art. L. 861-14. – Non modifié.*

« *Art. L. 861-15.* – Les organismes de sécurité sociale reçoivent du fonds un montant correspondant à l'excédent éventuel des dépenses engagées au titre de la couverture complémentaire des bénéficiaires du revenu minimum d'insertion par rapport aux cotisations ou allocations personnalisées à la santé directement reçues à ce titre.

« *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 prestations mentionnées à l'article L. 861-13 ;

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

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

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

« *Art. L. 861-17. – Non modifié* »

II(*nouveau*).– Les pertes de recettes résultant pour l'Etat du crédit d'impôt pour les entreprises assujetties à la taxe sur les conventions d'assurances prévu à l'article L. 861-13 du code de la sécurité sociale sont compensées par un relèvement, à due concurrence, des droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

### CHAPITRE III

#### **Dispositions transitoires**

##### **Articles 26 et 27**

Conformes.

### CHAPITRE IV

#### **Dispositions diverses**

##### **Articles 28 et 29**

Conformes.

### TITRE III

#### **REFORME DE L'AIDE MEDICALE**

##### **Article 30**

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

« TITRE III BIS

« AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT

« Art. 187-1. – Non modifié.

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

« 1° Les frais définis aux 1°, 2°, 4°, 6°, 7° et 8° 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, 187-4 et 188 à 190. – Non modifiés »

**Article 31**

Conforme.

TITRE III BIS

**CONTROLE ET EVALUATION DE LA LOI**

*[Division et intitulé nouveaux]*

**Article 31 bis (nouveau)**

I. – Chaque année, avant la date fixée à l'article L.O. 111-6 du code de la sécurité sociale, le Gouvernement présente au Parlement un rapport d'évaluation de l'application des titres I à III de la présente loi.

Ce document comprend notamment le rapport annuel d'activité du fonds créé à l'article 25 et un compte rendu des réunions de son conseil d'administration.

Il évalue, pour les finances de l'Etat, des collectivités locales comme pour celles de la sécurité sociale, les conséquences financières de la création d'une couverture de base au titre du régime de résidence et de l'instauration d'une couverture complémentaire.

II. – Le deuxième alinéa de l'article L. 114-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et un bilan financier des titres I à III de la loi n°                    du portant création d'une couverture maladie universelle ».

III. – Les opérations de recettes et de dépenses effectuées par le régime général dans le cadre de la couverture maladie universelle sont suivies dans une section comptable spécifique du Fonds national de l'assurance maladie.

Cette section permet de faire apparaître :

– pour la couverture de base instituée par le titre I, les dépenses engagées par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et le produit des recettes qui lui sont affectées par le même titre ;

– pour la couverture complémentaire instituée par le titre II, les dépenses engagées par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et les remboursements effectués par le fonds visé à l'article 25.

#### TITRE IV

### **MODERNISATION SANITAIRE ET SOCIALE**

#### **Article 32 A (nouveau)**

L'article 3 de la loi n°                    du                    visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs est ainsi rédigé :

« Art. 3. – L'article L. 712-10 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'application du présent article, les soins palliatifs sont considérés comme une discipline. »

#### **Article 32**

Conforme.

#### **Article 33**

I A. – *Supprimé.*

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

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

*Ibis. – Supprimé.*

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

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

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

« Les personnes habilitées à donner l'accord mentionné à l'alinéa précédent peuvent conditionner l'accès à une partie des informations contenues dans le volet de santé, à l'exception des informations nécessaires aux interventions urgentes, 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, peut avoir accès, y compris à des fins d'exercice d'un droit de correction, au contenu du volet de santé de la carte, par l'intermédiaire d'un professionnel de santé habilité de son 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. Le titulaire de la carte ou son représentant légal ne peut obtenir copie des informations mentionnées sur le volet de santé de la carte, à l'exception de celles qui concernent les vaccinations, les allergies éventuelles et le groupe sanguin.

« 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, à l'exception de celles qui sont nécessaires aux interventions urgentes, soient mentionnées sur le volet de santé de la carte. Elles peuvent obtenir d'un médecin habilité la suppression d'informations qui y auraient été inscrites.

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

« Les internes et résidents en médecine, odontologie ou pharmacie sont habilités à consulter, écrire et effacer des informations sous la responsabilité et dans les mêmes

conditions que les médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens sous la responsabilité desquels ils sont placés.

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

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

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

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

« 3° et 4° *Supprimés.*

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

« V. – Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication d'informations portées sur un volet de santé en violation des dispositions du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 100 000 F d'amende.

« Le fait de modifier ou de tenter de modifier les informations portées sur un volet de santé en violation des dispositions du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 100 000 F d'amende. »

III. –*Non modifié.*

#### **Article 34**

Conforme.

#### **Article 34 bis**

Par dérogation à l'article L. 474 du code de la santé publique, peuvent accomplir des actes d'assistance auprès d'un praticien au cours d'une intervention chirurgicale les personnels aides-opérateurs et aides-instrumentistes ayant exercé cette activité avant le 15 mars 1993 et continuant de l'exercer depuis une durée au moins égale à six ans, et ayant satisfait, avant le 31 décembre 2000, à des épreuves de vérification des connaissances dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat.

L'épreuve de vérification des connaissances est destinée à autoriser exclusivement l'exercice des activités professionnelles d'aides-opérateurs et aides-instrumentistes.

Tout employeur de personnel aide-opérateur ou aide-instrumentiste est tenu de proposer à ces personnels un plan de formation intégré dans le temps de travail dans des conditions et des délais définis par décret.

### **Articles 35 et 36**

Conformes.

### **Article 36 bis (nouveau)**

Au début de l'article L. 162-34 du code de la sécurité sociale, après les mots : « Les litiges », sont insérés les mots : « en cours ou ».

### **Article 37**

Sans préjudice de l'application des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, aux données de santé non visées par le présent article, les données mentionnées dans la première phrase du dernier alinéa de l'article 8 de la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie et à l'article L. 710-7 du code de la santé publique sont communiquées à des tiers dans les conditions prévues par la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal, après avoir subi un traitement garantissant qu'elles ne permettront pas l'identification, même indirecte, des personnes qu'elles concernent.

### **Article 37 bis A (nouveau)**

La maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés constituent, en matière de formation médicale continue, un des thèmes nationaux prioritaires mentionnés au 1° de l'article L. 367-3 du code de la santé publique.

### **Article 37 bis**

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

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

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

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

« Le financement du groupement est notamment assuré par un fonds constitué des disponibilités portées, ou qui viendraient à y être portées, au compte ouvert dans les écritures de la Caisse des dépôts et consignations dans le cadre des procédures de liquidation de la gestion du conseil de l'informatique hospitalière et de santé, du fonds mutualisé et du fonds d'aide à la réalisation de logiciels. L'assemblée générale décide les prélèvements effectués sur ce fonds. Ils contribuent à la couverture des charges du groupement. Ces prélèvements ne donnent lieu à la perception d'aucune taxe, de droit de timbre ou d'enregistrement.

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

### **Article 37 ter**

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

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

« A cette fin, la carte sanitaire détermine la nature et, s'il y a lieu, l'importance des installations et activités de soins nécessaires pour répondre aux besoins de la population. Le schéma d'organisation sanitaire fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire ainsi que d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population. » ;

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

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

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

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

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

« Il détermine l'organisation territoriale des moyens compris dans la carte sanitaire, qui permettra la réalisation des objectifs mentionnés à l'article L. 712-1. »

#### **Articles 37 quater à 37 octies**

Supprimés.

#### **Article 37 nonies**

Conforme.

#### **Article 37 decies**

La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 713-5 du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° Après les mots : « D'autres organismes concourant aux soins », sont insérés les mots : « ainsi que les institutions sociales ou médico-sociales énumérées à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 précitée et les maisons d'accueil spécialisé mentionnées à l'article 46 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 précitée » ;

2° *In fine*, sont ajoutés les mots : « , après avis, selon le cas, du représentant de l'Etat dans le département ou du président du conseil général ».

#### **Articles 37 undecies, 37 duodecies et 37 terdecies**

Conformes.

#### **Article 37 quaterdecies A (nouveau)**

Le deuxième alinéa de l'article L. 595-1 du code de la santé publique est complété par les mots : « ou à une fédération médicale hospitalière ».

#### **Article 37 quaterdecies B (nouveau)**

Sous réserve des décisions de justice devenues définitives, sont validés les appels de cotisations, techniques et complémentaires, d'assurance maladie, maternité, invalidité, d'assurance vieillesse, de prestations familiales et de solidarité, dues au régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles, ainsi que les cotisations complémentaires d'assurances sociales agricoles, effectuées par la caisse de mutualité sociale agricole et le groupement des assureurs maladie des exploitants agricoles pour les années 1992, 1993 et 1994 dans les départements des Bouches-du-Rhône en tant qu'ils sont fondés sur les arrêtés préfectoraux des 20 octobre 1992, 20 octobre 1993 et 12 octobre 1994 fixant l'assiette et le taux desdites cotisations, pour l'année 1992 dans le département du Gers en tant qu'ils sont fondés sur l'arrêté préfectoral du 12 octobre 1992 fixant l'assiette et le taux desdites cotisations et pour l'année 1994 dans le département des Alpes-Maritimes en tant qu'ils sont fondés sur l'arrêté préfectoral du 19 octobre 1994 fixant l'assiette et le taux desdites cotisations.

### **Article 37 quaterdecies**

Supprimé.

### **Article 37 quindecies**

I. – Dans le premier alinéa de l'article L. 714-31 du code de la santé publique, après les mots : « les praticiens ont été nommés », sont insérés les mots : « ou, dans le cas d'une activité partagée, dans l'établissement où ils exercent la majorité de leur activité publique ».

II. – Après le 2° de cet article, il est inséré un 3° ainsi rédigé :

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

### **Article 37 sexdecies**

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

« *Art. L.716-2.* – En vue de l'élaboration d'une loi instituant un mode de financement des établissements de santé publics et privés fondé sur une tarification à la pathologie, qui sera adoptée avant le 31 décembre 2000, des expériences de tarification à la pathologie sont menées dans une zone géographique déterminée, pour tous les établissements de santé de la zone ou pour une partie d'entre eux, selon des modalités définies par voie réglementaire.

« Un comité national présidé par le ministre chargé des affaires sociales et comprenant des représentants du Parlement, des organismes de sécurité sociale et des établissements de santé publics et privés est chargé d'évaluer les résultats de ces expériences.

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

### **Article 37 septdecies**

Supprimé.

### **Article 37 octodecies**

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

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

### **Article 37 novodecies et 37 vicies**

Conformes.

### **Article 37 unvicies**

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

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

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

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

Les dispositions du présent article constituent des dispositions spéciales ou des exceptions au sens des 1° et 2° de l'article L. 372 du code de la santé publique pour l'application dudit article dudit code.

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

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

Les personnes ayant exercé pendant trois années les fonctions de contractuel prévues au premier alinéa peuvent être autorisées par arrêté du ministre chargé de la santé à exercer la médecine en France.

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

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

II. – *Non modifié.*

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

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

« Les médecins doivent en outre avoir exercé pendant trois ans des fonctions hospitalières. Des dispositions réglementaires fixent les conditions d'organisation des épreuves de sélection et les modalités d'exercice des fonctions hospitalières.

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

« Le nombre maximum de candidats susceptibles d'être autorisés à exercer pour chaque profession et, en ce qui concerne les médecins, pour chaque discipline ou spécialité, est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé, en accord avec la commission susmentionnée.

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

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

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

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

Par dérogation à l'article L. 356 du code de la santé publique, des personnes de nationalité française ou étrangère ne remplissant pas les conditions définies par cet article peuvent, en vue de compléter leur formation, être autorisées individuellement par le ministre chargé de la santé à exercer temporairement la médecine dans un centre

hospitalier universitaire ou dans un établissement de santé ayant passé convention avec un centre hospitalier universitaire, à condition qu'elles justifient de leur qualité de médecin et d'une fonction hospitalière et universitaire au sein d'un établissement hospitalo-universitaire, depuis au moins trois ans.

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

### **Article 37 *duovicies***

I à III. – *Non modifiés.*

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

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

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

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

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

« 4. Dans les cas mentionnés aux 1 et 3, nul ne peut être candidat plus de deux fois à l'autorisation d'exercice.

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

*V.–Non modifié.*

### **Article 37 *tervicies***

Les organismes visés aux *a* et *b* de l'article L. 861-4 du code de la sécurité sociale ne peuvent demander à une personne de se soumettre à un examen de ses caractéristiques génétiques, ni poser de question relative à un tel examen. Ils ne peuvent demander communication des résultats d'un tel examen, ni utiliser ces résultats.

Toute infraction aux dispositions du précédent alinéa est punie d'un an d'emprisonnement et de 100 000 F d'amende.

### **Article 37 *quatervicies* (nouveau)**

I. – L'article L. 611-12 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A. – Les 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> sont ainsi rédigés :

« 1<sup>o</sup> Pour les deux tiers au moins de représentants élus au suffrage direct par les assurés bénéficiaires de prestations et choisis en leur sein, dont au plus un quart de représentants retraités ; dans les caisses communes à plusieurs groupes professionnels, chaque groupe sera représenté de façon égale ;

« 2<sup>o</sup> Des personnes assurées bénéficiaires de prestations désignées par les unions départementales des associations familiales ayant leur siège dans la circonscription de la caisse ;

« 3<sup>o</sup> Un ou plusieurs médecins et un ou plusieurs pharmaciens ayant leur domicile professionnel dans la circonscription de la caisse et désignés par les organisations départementales ou régionales de l'Ordre des médecins ou de l'Ordre des pharmaciens. »

B. – Le septième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Toutefois, aucune limite d'âge supérieure n'est applicable aux représentants retraités. »

C. – Dans l'avant-dernier alinéa, les mots : « nommés par arrêté interministériel » sont remplacés par les mots : « nommés par l'autorité compétente de l'Etat ».

II. – A titre transitoire, la limite d'âge de soixante-cinq ans fixée au premier alinéa de l'article L. 231-6 et au septième alinéa de l'article L. 611-12 du code de la sécurité sociale est portée à soixante-sept ans au plus pour les membres élus ou désignés lors du prochain renouvellement des conseils d'administration.

### **Article 37 *quinvicies* (nouveau)**

I. – Dans le quatrième alinéa de l'article L. 615-20 du code de la sécurité sociale, le mot : « , modifiées » est supprimé.

II. – Le même alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elles sont modifiées sur proposition faite par les seuls membres élus de la section professionnelle intéressée du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés. »

### **Article 37 *sexvicies* (nouveau)**

A. – L'article L. 570 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 570.* – I. – Les créations, les transferts et les regroupements d'officines de pharmacie doivent permettre de répondre de façon optimale aux besoins en médicaments de la population résidant à proximité de ces officines.

« Les créations, les transferts et les regroupements d'officines de pharmacie ne peuvent être effectués que dans un lieu qui garantit un accès permanent du public à la pharmacie et permet à celle-ci d'assurer un service de garde satisfaisant.

« II. – Toute création d'une nouvelle officine, tout transfert d'une officine d'un lieu dans un autre et tout regroupement d'officines sont subordonnés à l'octroi d'une licence délivrée par le représentant de l'Etat dans le département selon les critères prévus aux articles L. 571, L. 571-1, L. 572 et L. 573.

« Dans le cas d'un transfert d'un département à un autre au sein de la région Ile-de-France, tel qu'il est prévu à l'article L. 572, la licence est délivrée par décision conjointe des représentants de l'Etat dans les deux départements.

« Dans tous les cas, la décision de création, de transfert ou de regroupement est prise par le représentant de l'Etat dans le département après avis des syndicats représentatifs de la profession et du conseil régional de l'Ordre des pharmaciens ou, dans le cas des départements d'outre-mer et de la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon, du conseil central de la section E de l'Ordre national des pharmaciens.

« III. – Les demandes de regroupement présentées en application de l'article L. 573 bénéficient d'une priorité par rapport aux demandes de transfert et aux demandes de création. Les demandes de transfert bénéficient d'une priorité par rapport aux demandes de création.

« Parmi les demandes de création, celles qui sont présentées par des pharmaciens n'ayant jamais été titulaires d'une licence d'officine ou n'en étant plus titulaires depuis au moins trois ans à la date du dépôt de la demande bénéficient d'une priorité. Lorsque la demande de création est présentée par une société ou par plusieurs pharmaciens réunis en copropriété, le principe de priorité ne s'applique que lorsque tous les pharmaciens

associés ou copropriétaires exerçant dans l'officine remplissent les conditions pour en bénéficier.

« Toute demande ayant fait l'objet du dépôt d'un dossier complet bénéficie d'un droit d'antériorité par rapport aux demandes ultérieures concurrentes, dans des conditions fixées par le décret mentionné à l'article L. 578.

« IV. – La licence fixe l'emplacement où l'officine sera exploitée.

« Lorsqu'il est saisi d'une demande de création, de transfert ou de regroupement, le représentant de l'Etat peut imposer une distance minimum entre l'emplacement prévu pour la future officine et l'officine existante la plus proche.

« Le représentant de l'Etat peut, en outre, en vue d'assurer une desserte optimale de la population résidant à proximité de l'emplacement de la future officine, déterminer le ou les secteurs de la commune dans lesquels l'officine devra être située.

« Lorsque le représentant de l'Etat utilise l'une ou l'autre ou les deux possibilités mentionnées aux alinéas ci-dessus, la licence ne peut être accordée que lorsque la future officine remplit les conditions fixées par le représentant de l'Etat dans un délai fixé par le décret mentionné à l'article L. 578.

« V. – L'officine dont la création, le transfert ou le regroupement a été autorisé doit être effectivement ouverte au public au plus tard à l'issue d'un délai d'un an, qui court à partir du jour de la notification de l'arrêté de licence, sauf prolongation en cas de force majeure.

« La licence ne peut être cédée par son ou ses titulaires indépendamment du fonds de commerce auquel elle se rapporte.

« De plus, et sauf le cas de force majeure constaté par le représentant de l'Etat dans le département, une officine ne peut faire l'objet d'une cession totale ou partielle, ni être transférée ou faire l'objet d'un regroupement avant l'expiration d'un délai de cinq ans, qui court à partir du jour de la notification de l'arrêté de licence. Toutefois, cette disposition n'est pas applicable aux personnes physiques ou morales détenant une partie du capital social et des droits de vote d'une société d'exercice libéral de pharmaciens d'officine, au titre des 1° à 4° de l'article 5 de la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de société des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé.

« Toute fermeture définitive de l'officine entraîne la caducité de la licence, qui doit être remise à la préfecture par son dernier titulaire ou par ses héritiers.

« VI. – La population dont il est tenu compte pour l'application des articles L. 571, L. 571-1, L. 572 et L. 573 est la population municipale, telle qu'elle est issue du dernier recensement général de la population ou, le cas échéant, des recensements complémentaires. »

B. – Les articles L. 571, L. 571-1, L. 572 et L. 573 du code de la santé publique sont ainsi rédigés :

« *Art. L. 571. – I.* – Dans les communes d'une population égale ou supérieure à 5 000 habitants, une création d'officine ne peut être accordée que lorsque le nombre d'habitants par pharmacie est égal ou supérieur à 3 000.

« Dans ce cas, il ne peut être délivré qu'une licence par tranche entière de 3 000 habitants recensés dans les limites de la commune.

« II. – Dans les communes d'une population égale ou supérieure à 2 500 habitants et inférieure à 5 000 habitants, une création d'officine ne peut être accordée que lorsque le nombre d'habitants par pharmacie est égal ou supérieur à 2 500.

« Dans ce cas, il ne peut être délivré qu'une licence par tranche entière de 2 500 habitants recensés dans les limites de la commune.

« III. – Aucune création n'est possible dans les communes comportant une population inférieure à 2 500 habitants :

« – lorsqu'elles disposent déjà d'au moins une officine ;

« – lorsqu'elles ne disposent d'aucune officine mais que leur population a déjà été prise en compte pour la création d'une officine dans une autre commune.

« IV. – Dans les communes de moins de 2 500 habitants dépourvues d'officine et dont la population n'a pas été ou n'est plus prise en compte pour une création d'officine dans une autre commune, une création peut être accordée dans une zone géographique constituée d'un ensemble de communes contiguës, si la totalité de la population de cette zone est au moins égale à 2 500 habitants.

« Le représentant de l'Etat dans le département précise, dans sa décision, les communes prises en compte pour l'octroi de la licence. La totalité de la population de ces communes est considérée comme desservie par la nouvelle création.

« *Art. L. 571-1.* – Par dérogation aux articles L. 571, L. 572 et L. 573, les quotas de population de 3 000 et 2 500 habitants mentionnés à ces articles sont fixés à 3 500 habitants pour le département de la Guyane, et à 5 000 habitants pour les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

« *Art. L. 572. – I.* – A l'exception des cas de force majeure constatés par le représentant de l'Etat dans le département, ou si ces officines sont dans l'impossibilité de se conformer aux conditions minimales d'installation telles qu'elles figurent dans le décret prévu à l'article L. 578, peuvent obtenir un transfert :

« – les officines situées dans une commune d'au moins 30 000 habitants où le nombre d'habitants par pharmacie est égal ou inférieur à 3 000 ;

« – les officines situées dans une commune d’au moins 2 500 habitants et de moins de 30 000 habitants où le nombre d’habitants par pharmacie est égal ou inférieur à 2 500 ;

« – les officines situées dans une commune de moins de 2 500 habitants.

« Ce transfert peut être effectué :

« – au sein de la même commune ;

« – dans une autre commune située dans le même département ou dans une commune située dans un autre département lorsqu’il s’agit de la région Ile-de-France, à condition qu’une création soit possible dans la commune d’accueil en application de l’article L. 571.

« II. – Par dérogation, le transfert d’une officine implantée dans une zone franche urbaine, une zone urbaine sensible ou une zone de redynamisation urbaine mentionnées dans la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville ne peut être accordé lorsqu’il aurait pour effet de compromettre l’approvisionnement normal en médicaments de la population de ladite zone.

« *Art. L. 573.* – I. – Deux officines de pharmacie situées dans une même commune peuvent être regroupées en un lieu unique de cette commune à la demande de leurs titulaires.

« Dans les communes d’au moins 30 000 habitants, ce regroupement ne peut intervenir que si le nombre d’habitants par officine est égal ou inférieur à 3 000. Dans les communes d’au moins 2 500 habitants et de moins de 30 000 habitants, ce regroupement ne peut intervenir que si le nombre d’habitants par officine est égal ou inférieur à 2 500.

« Le lieu de regroupement des officines concernées est l’emplacement de l’une d’elles ou un lieu nouveau situé dans la même commune.

« II. – Le nombre total de pharmaciens de la nouvelle officine, qu’ils soient titulaires ou assistants, doit être au moins égal au total des pharmaciens titulaires et assistants des officines qui se regroupent. Cette disposition s’applique durant cinq ans à compter de l’ouverture de la nouvelle officine, sauf cas de force majeure constatée par le représentant de l’Etat dans le département.

« La nouvelle officine issue du regroupement ne pourra être effectivement ouverte au public que lorsque les officines regroupées auront été fermées. »

C. – L’article L. 578 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 578.* – Un décret en Conseil d’Etat fixe notamment :

« – les modalités de présentation et d’instruction des demandes de création, transfert et regroupement des officines de pharmacie,

« – les règles relatives à l’appréciation du droit de priorité et du droit d’antériorité,

« – les conditions minimales d’installation auxquelles doivent satisfaire les officines.  
»

D. – Les dispositions des A et B sont applicables à compter de la date de publication du décret en Conseil d’Etat prévu à l’article L. 578 du code de la santé publique pour les communes de plus de 2 500 habitants et à compter de la date de publication des arrêtés préfectoraux mentionnés au E pour les communes de moins de 2 500 habitants.

Par dérogation aux dispositions des articles L. 570, L. 571, L. 572 et L. 573 du même code, aucune création, et aucun transfert à l’exception de ceux sollicités en raison d’une expropriation ne peuvent être accordés pendant la période comprise :

– entre la date de publication de la présente loi et la date de publication du décret prévu à l’article L. 578 du code de la santé publique pour les communes de plus de 2 500 habitants,

– entre la date de publication de la présente loi et la date de publication des arrêtés préfectoraux mentionnés au E pour les communes de moins de 2 500 habitants.

E. – Pour les communes de moins de 2 500 habitants disposant d’au moins une officine à la date de publication de la présente loi, un arrêté du représentant de l’Etat dans le département détermine, pour chacune de ces officines, la ou les communes desservies par cette officine, après avis d’une commission qui comprend des représentants de l’administration et des professionnels.

Seules peuvent être retenues les communes dont au moins 50 % des habitants sont effectivement desservis par l’officine. Dans ce cas, la totalité des habitants de la commune est considérée comme desservie par l’officine pour l’application de l’alinéa ci-dessus.

Le décret en Conseil d’Etat prévu à l’article L. 578 du code de la santé publique fixe la composition et le fonctionnement de cette commission, ainsi que le délai et les modalités de publication des arrêtés préfectoraux précités.

F. – L’article 30 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d’orientation pour l’aménagement et le développement du territoire est abrogé.

G. – L’article 26 de l’ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales est abrogé.

H. – Au terme de deux ans d’application de la présente loi, le Gouvernement présentera un bilan au Parlement.

### **Article 37 septvicies (nouveau)**

Après le deuxième alinéa de l’article L. 595-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Toutefois, dans le cadre de recherches biomédicales réalisées sur des produits, substances ou médicaments, la pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé peut être autorisée par le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé à distribuer ces produits, substances ou médicaments à d'autres pharmacies à usage intérieur d'établissement de santé où la recherche est réalisée. »

### **Article 37 *octovicies (nouveau)***

L'article L. 595-7 du code de la santé publique est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Par dérogation au deuxième alinéa de l'article L. 595-1, le représentant de l'Etat dans le département peut, pour des raisons de santé publique, autoriser, pour une durée déterminée, une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé ou d'un syndicat inter-hospitalier à assurer tout ou partie de la stérilisation de dispositifs médicaux pour le compte d'un autre établissement.

« L'autorisation est accordée après avis de l'inspection compétente et au vu du projet de convention qui fixe les engagements des deux établissements. »

### **Article 37 *novovicies (nouveau)***

Après le quatrième alinéa de l'article L. 794-3 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le directeur général émet également les avis et recommandations qui relèvent de la compétence de l'agence. »

### **Article 37 *tricies (nouveau)***

Après l'article L. 794-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 794-6-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 794-6-1.* – Pour évaluer les risques sanitaires et nutritionnels, l'agence est assistée par des comités d'experts spécialisés dont la durée du mandat et les conditions de fonctionnement sont fixés par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de l'agriculture et de la consommation. Les membres de ces comités et leur président sont nommés par le directeur général de l'établissement après avis du conseil scientifique. »

### **Article 37 *untricies (nouveau)***

Dans le premier alinéa de l'article 16-3 du code civil, le mot : « thérapeutique » est remplacé par le mot : « médicale ».

### **Article 37 duotricies (nouveau)**

Avant le 31 décembre 1999, le Gouvernement présentera au Parlement un rapport établissant le bilan d'activité et le bilan financier des comités consultatifs de protection des personnes dans la recherche biomédicale.

### **Article 37 tertricies (nouveau)**

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

A. – L'intitulé de la sous-section 1 de la section 2 du chapitre Ier du titre II du livre VII est ainsi rédigé : « *Organisation de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes* ».

B. – L'article L. 721-2 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 721-2.* – Il est institué un organisme de sécurité sociale à compétence nationale qui prend la dénomination de « Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes ». Cet organisme est constitué et fonctionne, sous réserve des dispositions du présent chapitre, conformément aux dispositions applicables aux organismes visés au chapitre Ier du titre Ier du livre II. Il est chargé d'assurer le recouvrement des cotisations et le versement des prestations d'assurance maladie et maternité, d'assurance vieillesse et d'assurance invalidité. Il gère les cinq sections suivantes : assurance maladie et maternité, assurance vieillesse, assurance invalidité, action sanitaire et sociale et gestion administrative.

« La Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes est soumise au contrôle des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget qui sont représentés auprès d'elle par des commissaires du Gouvernement.

« Elle exerce, au bénéfice de ses ressortissants, une action sanitaire et sociale dont le financement est fixé, avant le début de chaque exercice, sur décision du conseil d'administration de la caisse.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine la composition ainsi que le mode de désignation des membres du conseil d'administration, compte tenu notamment de la pluralité des cultes concernés. »

C. – 1° Le huitième alinéa (3°) de l'article L. 122-1 est supprimé ;

2° Le 5° de l'article L. 123-1 est ainsi rédigé :

« 5° A la Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes. » ;

3° Au deuxième alinéa de l'article L. 123-3, les mots : « de la caisse mutuelle d'assurance maladie des cultes, de la caisse mutuelle d'assurance vieillesse des cultes » sont supprimés ;

4° Au premier alinéa de l'article L. 153-1, les mots : « aux caisses mutuelles d'assurance maladie et d'assurance vieillesse des cultes » sont remplacés par les mots : « à la Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes » ;

5° A l'article L. 381-12, les mots : « L. 381-13 » sont remplacés par les mots : « L. 721-2 » ;

6° Les articles L. 381-13, L. 381-15-1 et L. 381-16 sont abrogés ;

7° L'article L. 721-8-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 721-8-1.* – Une convention conclue entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et la Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes détermine les conditions dans lesquelles les sommes nécessaires au paiement des prestations, à la gestion administrative et à l'action sanitaire et sociale sont mises à la disposition de la Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes par le régime général ainsi que les conditions dans lesquelles les cotisations mentionnées à l'article L. 721-3 sont reversées par cet organisme au régime général. Une convention de même nature est également conclue entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et la Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes. Ces conventions sont soumises à l'approbation des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. »

D. – L'article L. 381-17 est aussi modifié :

1° Le deuxième alinéa (1°) est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les cotisations dues par les personnes visées à l'article L. 381-12 qui sont redevables des contributions mentionnées respectivement à l'article L. 136-1 et au I de l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale sont réduites dans des conditions fixées par arrêté ; ».

2° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Le montant des cotisations peut être réparti dans les conditions fixées au second alinéa du II de l'article L. 721-3. »

E. – 1° L'article L. 721-15-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 721-15-1.* – Les personnes visées à l'article L. 721-1 et détachées temporairement à l'étranger demeurent soumises, pendant une durée maximale fixée par décret, aux régimes prévus aux articles L. 381-12 et L. 721-1 à la condition que leurs associations, congrégations et collectivités religieuses s'engagent à acquitter l'intégralité des cotisations dues. » ;

2° A l'article L. 721-9, les mots : « et définitive » sont supprimés. Le même article est complété par les mots : « et révisée selon une périodicité fixée par décret ».

II. – A. – Les dispositions du présent article prennent effet le 1er janvier qui suit la promulgation de la présente loi.

B. – A partir de cette date, il est mis fin aux activités de la Caisse mutuelle d'assurance maladie des cultes et de la Caisse mutuelle d'assurance vieillesse des cultes.

C. – Le directeur et les personnels en fonction des deux caisses deviennent à la même date le directeur et le personnel de l'organisme mentionné à l'article L. 721-2 du code de la sécurité sociale. Les biens, droits et obligations des caisses mutuelles d'assurance maladie et d'assurance vieillesse des cultes sont transférés à la Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes.

## TITRE V

### ENTREE EN VIGUEUR

#### Article 38

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

1° Les dispositions des III et IV de l'article 7 entrent en vigueur le 1er 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° *Supprimé* ;

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

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

*Délibéré, en séance publique, à Paris, le 3 juin 1999.*

*Le Président,*

*Signé* : Christian PONCELET.

N°1677. - PROJET DE LOI modifié par le Sénat, après déclaration d'urgence, portant création d'une couverture maladie universelle (*renvoyé à la commission des affaires culturelles*)