

N° 1747

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ONZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 30 juin 1999.

PROJET DE LOI

MODIFIÉ PAR LE SENAT EN NOUVELLE LECTURE

portant diverses dispositions d'ordre sanitaire et social.

TRANSMIS PAR

M. LE PREMIER MINISTRE

A

M. LE PRÉSIDENT DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE

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

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 1re lecture : **1419, 1518** et T.A. **288**.

1677. Commission mixte paritaire : **1680**.

Nouvelle lecture : **1677** et **1684** et T.A. **344**.

Sénat : 1re lecture : **338, 376, 382** et T.A. **148** (1998-1999).

Commission mixte paritaire : **407** (1998-1999).

Nouvelle lecture : **440, 448** et T.A. **164** (1998-1999).

Assurance maladie-maternité : généralités.

PREMIER MINISTRE

Paris, le 30 juin 1999

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous transmettre, ci-joint, le texte du projet de loi portant diverses dispositions d'ordre sanitaire et social, adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture dans sa séance du 16 juin 1999 et modifié par le Sénat dans sa séance du 29 juin 1999.

Conformément aux dispositions de l'article 45, alinéa 4, de la Constitution, le Gouvernement demande à l'Assemblée nationale de bien vouloir statuer définitivement.

Veillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma haute considération.

Signé : LIONEL JOSPIN

Monsieur Laurent FABIUS
Président de l'Assemblée nationale
Palais-Bourbon
PARIS

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.

TITRE Ier

DISPOSITIONS RELATIVES AUX REGIMES OBLIGATOIRES

CHAPITRE Ier

Dispositions générales

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. – 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 soit auprès d'un organisme agréé à cet effet par décision de l'autorité administrative, soit auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale.

« 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 6

I, II et III. – *Non modifiés*

IV. – 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 8 bis

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. »

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 même code 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 13

I à III. – *Non modifié*

IV. – Il est inséré, après l'article L. 2334-7-1 du code général des collectivités territoriales, un article L. 2334-7-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 2334-7-2.* – I. – La dotation forfaitaire visée à l'article L. 2334-7 est diminuée, à compter de 2000, d'un montant égal à la participation de la commune aux dépenses d'aide sociale du département au titre de 1999 et revalorisé comme la dotation globale de fonctionnement mise en répartition.

« Un abattement est appliqué à la diminution de la dotation forfaitaire telle que définie à l'alinéa précédent pour les communes éligibles à la dotation de solidarité urbaine et à la dotation de solidarité rurale en 1999 dont l'écart entre la contribution par habitant au titre de 1999 et la moyenne par habitant des contributions communales de l'ensemble des départements, à l'exception de Paris, est supérieur à 30 %.

« L'abattement prévu au deuxième alinéa est calculé à partir :

« 1° De l'écart, sous réserve qu'il soit positif, entre la contribution de la commune par habitant au titre de 1999 et la moyenne par habitant des contributions communales du département;

« 2° De l'écart entre la contribution de la commune par habitant au titre de 1999 et la moyenne par habitant des contributions communales de l'ensemble des départements, à l'exception de Paris.

« Cet abattement est égal à la somme des produits de 10 % des écarts définis aux 1° et 2° par la population de la commune en 1999.

« II. – Pour le calcul, en 2000, de la diminution de la dotation forfaitaire prévue au premier alinéa du I, la participation de la commune aux dépenses d'aide sociale du département au titre de 1999 et appelée au cours de cet exercice est fixée, avant le 30 octobre 1999, par arrêté du préfet pris après avis du président du conseil général.

« Un ajustement de la diminution de la dotation forfaitaire est opéré en 2001 sur la base d'un arrêté du préfet pris après avis du président du conseil général fixant, avant le 30 octobre 2000, le montant définitif de la participation de la commune aux dépenses d'aide sociale du département au titre de 1999. L'abattement visé au deuxième alinéa du I est appliqué à la diminution de la dotation forfaitaire opérée sur la base de ce montant.

« Pour la mise en œuvre des deux précédents alinéas, le président du conseil général transmet au préfet, avant le 30 septembre 1999, le montant de la participation appelée pour chaque commune au titre de 1999 et, avant le 30 septembre 2000, le montant définitif de cette participation.

« III. – Dans le cas où la participation de la commune visée au premier alinéa du I est supérieure à la dotation forfaitaire, la différence est prélevée sur le produit des impôts directs locaux visés aux 1°, 2°, 3° et 4° du I de l'article 1379 du code général des impôts. Pour les communes membres d'un établissement public de coopération intercommunale soumis aux dispositions de l'article 1609 *nonies* C du code général des impôts et dont le produit des impôts défini ci-dessus est insuffisant, le complément est prélevé sur le montant de l'attribution de compensation versée par le groupement à la commune.

« A compter de 2001, le montant du prélèvement visé à l'alinéa précédent évolue comme la dotation forfaitaire.

« Il est créé, à compter de 2000, un fonds qui dispose en ressources du prélèvement défini au premier alinéa du III. Les ressources de ce fonds sont réparties en application de l'article L. 3334-7-1.

« Les sommes affectées à ce fonds ne sont pas prises en compte dans le montant de la dotation globale de fonctionnement pour l'application des I et II de l'article 57 de la loi de finances pour 1999 (n° 98-1266 du 30 décembre 1998).

« IV. – Pour l'application du I, la population de la commune à prendre en compte est celle définie à l'article R. 114-1 du code des communes.

« V (*nouveau*). – Lorsque les résultats du recensement général de la population de 1999 sont incorporés au calcul de la dotation globale de fonctionnement, il est procédé à titre rétroactif au calcul du montant de la participation de la commune aux dépenses d'aide sociale du département au titre de 1999 tel qu'il aurait résulté en appliquant les nouvelles données relatives à la population.

« Lorsque le montant de la participation ainsi calculée est inférieur de 5 % au montant de la participation prise en compte pour la diminution de la dotation globale de fonctionnement prévue au I ci-dessus, il est procédé à une majoration de la dotation forfaitaire de la commune concernée d'un montant égal à l'écart entre le montant de la participation calculée rétroactivement et celui de la participation effective.

« VI (*nouveau*). – L'augmentation du prélèvement sur recettes au titre de la dotation globale de fonctionnement résultant du V ci-dessus est compensée, à due concurrence, par une augmentation des droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts. »

IV *bis* (*nouveau*). – Les pertes de ressources résultant de l'extension aux communes bénéficiaires de la dotation de solidarité rurale de l'abattement institué par le deuxième alinéa de l'article L. 2334-7-2 inséré dans le code général des collectivités territoriales par le IV du présent article sont compensées par l'augmentation à due concurrence de la dotation globale de fonctionnement des départements. Cette augmentation est elle-même compensée par l'augmentation à due concurrence des droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

V. – *Non modifié*

VI. – 1. L'intitulé de la sous-section 4 de la section 1 du chapitre IV du titre III du livre III de la troisième partie du même code est ainsi rédigé : « Concours particuliers ».

2. Cette même sous-section 4 est complétée par un article L. 3334-7-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 3334-7-1. – Il est créé, au sein de la dotation globale de fonctionnement des départements, une dotation dont le montant est égal à la diminution de la dotation forfaitaire augmentée, le cas échéant, des ressources du fonds prévu au III de l'article L. 2334-7-2.

« En 2000, cette dotation est répartie entre les départements proportionnellement aux participations communales aux dépenses d'aide sociale de chaque département fixées par l'arrêté prévu au premier alinéa du II de l'article L. 2334-7-2.

« A compter de 2001, cette dotation évolue, chaque année, comme la dotation globale de fonctionnement mise en répartition.

« En 2001, un ajustement de la dotation est opéré sur la base de l'arrêté prévu au deuxième alinéa du II de l'article L. 2334-7-2.

3. Au deuxième alinéa de l'article L. 3334-9 du même code, les mots : « après déduction du concours particulier prévu à l'article L. 3334-7 » sont remplacés par les mots : « après déduction des concours particuliers prévus à la sous-section 4 ».

VII et VIII. – *Non modifiés*

IX (*nouveau*). – Les sommes restant dues par les communes aux départements en application de l'article 93 de la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 précitée au titre des exercices antérieurs à 2000 sont acquittées selon un échéancier arrêté par convention entre le département et la commune.

X (*nouveau*). – Après l'article L. 5211-31 du code général des collectivités territoriales, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

« Art. L. 5211-31-1. – Lorsque la participation de la commune aux dépenses d'aide sociale du département au titre de 1999 est acquittée par l'établissement public de coopération intercommunale au lieu et place de la commune membre, celui-ci procède, à compter de 2000, à un reversement au profit de la commune.

« Ce reversement, qui constitue une dépense obligatoire pour l'établissement public de coopération intercommunale, est égal, pour les exercices 2000 et 2001, aux prélèvements opérés en application des II et III de l'article L. 2334-7-2. Pour les exercices ultérieurs, il évolue comme la dotation forfaitaire.

XI (*nouveau*). – Après l'article L. 5722-2 du code général des collectivités territoriales, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

« Art. L. 5722-2-1. – Les dispositions de l'article L. 5211-31-1 sont applicables aux syndicats mixtes. »

Article 13 bis

..... Suppression conforme

Section 2

Recouvrement des cotisations

Article 14

I à IX. – *Non modifiés*

X. – L'article L. 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

.....

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° 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.

« 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.

« Un décret fixe dans les départements d'outre-mer le plafond de ressources en dessous duquel les personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 861-1 ont droit à une dispense d'avance de frais.

« *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 l'état de santé du demandeur l'exige, l'allocation personnalisée à la santé est attribuée pour une période de deux mois aux personnes présumées remplir les conditions prévues à l'article L. 861-1. Son versement est prolongé pour les dix mois suivants, après vérification de la situation du bénéficiaire au regard des conditions susmentionnées.

« 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.* – 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.

« *Art. L. 861-9-1.* – I. – En cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle, la décision attribuant l'allocation personnalisée à la santé est rapportée. Le rapport de la décision entraîne la nullité des adhésions et contrats prévus au *b* de l'article L. 861-4.

« II. – Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir le bénéfice de l'allocation personnalisée à la santé est passible des peines prévues à l'article 441-1 du code pénal.

« III. – Toute infraction aux prescriptions de l'article L. 861-8 est punie d'une amende de 100 000 F.

« IV. – Les dispositions des premier et troisième alinéas de l'article L. 332-1 sont applicables aux bénéficiaires de l'allocation personnalisée à la santé et aux organismes mentionnés à l'article L. 861-4. »

Articles 20 bis et 20 ter

..... Supprimés

Article 20 quater

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, au titre de leur activité réalisée en France, à une contribution à versements trimestriels.

« Cette contribution est 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 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. – 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. 861-3 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

CHAPITRE IV

Dispositions diverses

TITRE III

REFORME DE L'AIDE MEDICALE

Article 30

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

« *TITRE III BIS*

« *AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT*

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

« En outre, toute personne qui, ne résidant pas en France, est présente sur le territoire français, et dont l'état de santé le justifie, peut, par décision individuelle prise par le ministre chargé de l'action sociale, bénéficier de l'aide médicale de l'Etat dans

– 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

L'article 3 de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999 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 33

I A. – *Supprimé*

I. – *Non modifié*

I bis. – *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 que les éléments permettant la continuité et 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 figurant sur le volet de santé 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 titulaire de la carte mentionnée à l'article L. 161-31;

« 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 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 exerçant cette activité professionnelle depuis une durée au moins égale à six ans avant la publication de la présente loi, 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.

.....

Article 36 bis

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 AA

..... Conforme

Article 37 bis A

..... Suppression conforme

Article 37 bis

..... Conforme

Article 37ter

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'efficience 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. – *Non modifié*

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

..... Supprimé

.....

Article 37 sexies

..... Supprimé

.....

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 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 ».

.....

Article 37 *quaterdecies A*

Après l'article L. 595-7 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 595-7-1-A ainsi rédigé :

« *Art. L. 595-7-1-A.* – Par dérogation à l'article L. 595-1 et dans le cadre de fédérations médicales et pharmaceutiques interhospitalières créées conformément à l'article L. 713-11-3, le représentant de l'Etat dans le département peut autoriser une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé à assurer certaines des activités décrites à l'article L. 595-2 pour le compte d'une ou plusieurs autres pharmacies à usage intérieur.

« Cette autorisation est donnée par le représentant de l'Etat dans le département après avis du directeur régional des affaires sanitaires et sociales. »

.....

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 *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 qu'aux 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 du présent article peuvent être autorisées par arrêté du ministre chargé de la santé à exercer la médecine en France. Elles ne sont pas comptabilisées dans le nombre maximum d'autorisations prévu au sixième alinéa du 2° de l'article L. 356 du code de la santé publique.

Peuvent être également autorisées à exercer la médecine dans les mêmes conditions les personnes ne remplissant pas la condition de durée des fonctions fixées à l'alinéa précédent, mais ayant à la fois satisfait aux épreuves mentionnées au deuxième alinéa et exercé des fonctions hospitalières pendant six années. Elles ne sont pas non plus comptabilisées dans le nombre maximum d'autorisations prévues au sixième alinéa du 2° de l'article L. 356 du code de la santé publique.

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 remplacés par cinq alinéas 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. La commission doit rendre un avis dans l'année suivant le dépôt de la candidature.

« 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 parties 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. Les personnes de nationalité française titulaires d'un diplôme de médecin ne leur permettant pas d'exercer la médecine en France, et qui ont regagné le territoire national à la demande des autorités françaises peuvent être autorisées à exercer par le ministre chargé de la santé, en sus de ce nombre maximum, après avis de la commission susmentionnée et après avis d'un jury de la discipline concernée dont les modalités d'organisation sont définies par arrêté.

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

B. – Les dispositions prévues 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.

Cette autorisation est accordée aux Français rapatriés d'Algérie ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises, sans qu'il y ait lieu de tenir compte du nombre maximum d'autorisations prévu au sixième alinéa du 2° de l'article L. 356 du code de la santé publique.

Ces épreuves sont organisées pour la dernière fois au cours de l'année 2001. Au-delà du 31 décembre 2003, aucune autorisation d'exercice ne pourra être délivrée selon le régime antérieur sauf pour les praticiens adjoints contractuels qui devront demander l'autorisation d'exercice avant le 31 décembre 2010.

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.

IV (*nouveau*). – Les conditions de l'embauche des praticiens adjoints contractuels doivent permettre une harmonisation des rémunérations pour tout personnel ayant la même qualification ou toute qualification reconnue de valeur équivalente.

Article 37 *duovicis*

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 *duovicis* de la loi n° du portant diverses dispositions d'ordre sanitaire et social 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 ci-dessus, nul ne peut être candidat plus de deux fois à l'autorisation d'exercice.

« 5. Le nombre maximum de ces autorisations est fixé, chaque année et pour chaque catégorie de candidats mentionnés aux 1 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.

Le non-respect des dispositions de l'alinéa ci-dessus est puni d'un an d'emprisonnement et de 100 000 F d'amende.

.....

Article 37 *sexvicies*

A. – *Non modifié*

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. – *Non modifié*

« 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 les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

« Art. L. 572 et L. 573. – *Non modifiés*

C. – *Non modifié*

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 ni aucun transfert ne peuvent être accordés à l'exception des transferts sollicités en raison d'une expropriation et des créations ou transferts sollicités à la suite ou dans le cadre d'une décision de justice, 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 élus locaux, des représentants de l'administration et des professionnels.

Seules peuvent être retenues les communes dont au moins 50 % des habitants sont desservis par l'officine de manière satisfaisante. 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, G et H. – *Non modifiés*.....

.....

Article 37 *tricies*

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 *duotricies*

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.

.....

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 ;

5° *bis* Les dispositions de l'article 30, en ce qu'elles modifient les compétences des collectivités territoriales en charge de l'aide médicale, s'appliquent aux soins dispensés à compter du 1er janvier 2000 ;

6° Les dispositions du titre IV entrent en vigueur dès la publication de la présente loi, sous réserve des dispositions des articles 37 *unvicies*, 37 *duovicies*, 37 *sexvicies* et 37 *tertricies* ;

7° Les dispositions législatives en vigueur dans la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon relatives aux domaines couverts par les titres Ier, II et III de la présente loi et antérieures à celle-ci demeurent en vigueur.

Les bénéficiaires de l'aide médicale dont les droits s'interrompent entre le 1er janvier et le 30 juin 2000 bénéficient, sur leur demande, des dispositions de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, jusqu'à cette dernière date.

Délibéré, en séance publique, à Paris, le 29 juin 1999.

Le Président,

Signé : Christian PONCELET.

N°1747. - PROJET DE LOI modifié par le Sénat en nouvelle lecture portant diverses dispositions d'ordre sanitaire et social (*renvoyé à la commission des affaires culturelles*)