



N° 1518

ASSEMBLEE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ONZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 31 mars 1999.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET SOCIALES⁽¹⁾ SUR
LE PROJET DE LOI (n° 1419) *portant création d'une couverture maladie universelle*,

TOME I

TITRES PRÉLIMINAIRE, PREMIER, II, III et V

PAR M. JEAN-CLAUDE BOULARD,

Député.

(1) La composition de cette commission figure au verso de la présente page.

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales est composée de : M. Jean Le Garrec, *président* ; MM. René Couanau, Jean-Michel Dubernard, Jean-Paul Durieux, Maxime Gremetz, *vice-présidents* ; Mme Odette Grzegorzulka, MM. Denis Jacquat, Noël Mamère, Patrice Martin-Lalande, *secrétaires* ; MM. Yvon Abiven, Bernard Accoyer, Mme Sylvie Andrieux, MM. André Aschieri, Gautier Audinot, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, MM. Jean-Paul Bacquet, Jean-Pierre Baeumler, Pierre-Christophe Baguet, Jean Bardet, Jean-Claude Bateux, Jean-Claude Beauchaud, Mmes Huguette Bello, Yvette Benayoun-Nakache, MM. Patrick Bloche, Alain Bocquet, Mme Marie-Thérèse Boisseau, MM. Jean-Claude Boulard, Bruno Bourg-Broc, Mme Christine Boutin, MM. Jean-Paul Bret, Victor Brial, Yves Bur, Vincent Burroni, Alain Calmat, Pierre Carassus, Roland Carraz, Mmes Véronique Carrion-Bastok, Odette Casanova, MM. Jean-Charles Cavaillé, Bernard Charles, Jean-Marc Chavanne, Jean-François Chossy, Mme Marie-Françoise Clergeau, MM. Georges Colombier, François Cornut-Gentille, Mme Martine David, MM. Bernard Davoine, Lucien Degauchy, Marcel Dehoux, Jean Delobel, Jean-Jacques Denis, Dominique Dord, Mme Brigitte Douay, MM. Guy Drut, Nicolas Dupont-Aignan, Yves Durand, René Dutin, Christian Estrosi, Claude Evin, Jean Falala, Jean-Pierre Foucher, Jean-Louis Fousseret, Michel Françaix, Mme Jacqueline Fraysse, MM. Germain Gengenwin, Mmes Catherine Génisson, Dominique Gillot, MM. Jean-Pierre Giran, Michel Giraud, Gaëtan Gorce, François Goulard, Jean-Claude Guibal, Mme Paulette Guinchard-Kunstler, M. Francis Hammel, Mme Cécile Helle, MM. Pierre Hellier, Michel Herbillon, Guy Hermier, Mmes Françoise Imbert, Muguette Jacquaint, MM. Maurice Janetti, Serge Janquin, Armand Jung, Bertrand Kern, Christian Kert, Jacques Kossowski, Mme Conchita Lacuey, MM. Jacques Lafleur, Robert Lamy, Edouard Landrain, Pierre Lasbordes, Mme Jacqueline Lazard, MM. Michel Lefait, Maurice Leroy, Patrick Leroy, Maurice Ligot, Gérard Lindeperg, Patrick Malavieille, Mmes Gilberte Marin-Moskovitz, Jacqueline Mathieu-Obadia, MM. Didier Mathus, Jean-François Mattei, Mme Hélène Mignon, MM. Jean-Claude Mignon, Pierre Morange, Hervé Morin, Renaud Muselier, Philippe Nauche, Henri Nayrou, Alain Néri, Yves Nicolin, Bernard Outin, Dominique Paillé, Michel Pajon, Mme Geneviève Perrin-Gaillard, MM. Bernard Perrut, Pierre Petit, Mme Catherine Picard, MM. Jean Pontier, Jean-Luc Préel, Alfred Recours, Gilles de Robien, Mme Chantal Robin-Rodrigo, MM. François Rochebloine, Marcel Rogemont, Yves Rome, José Rossi, Jean Rouger, Rudy Salles, André Schneider, Bernard Schreiner, Patrick Sève, Michel Tamaya, Pascal Terrasse, Gérard Terrier, Mmes Marisol Touraine, Odette Trupin, MM. Anicet Turinay, Jean Ueberschlag, Jean Valleix, Philippe Vuilque, Jean-Jacques Weber, Mme Marie-Jo Zimmermann.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	9
1. Le renoncement aux soins	9
2. Le champ incomplet de la couverture complémentaire	10
I. – LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE : GARANTIR À TOUS L'ACCÈS AUX SOINS	11
A. LES INSUFFISANCES DE L'ASSURANCE PERSONNELLE	11
1. Les populations concernées par l'assurance personnelle	11
2. Les modes d'affiliation au régime de l'assurance personnelle	12
3. La sortie du régime de l'assurance personnelle	13
4. Le régime de l'assurance personnelle a échoué à satisfaire pleinement à ses objectifs	13
B. LES LIMITES DE L'AIDE MÉDICALE	14
1. L'admission à l'aide médicale	15
2. Prestations prises en charge par l'aide médicale	16
C. LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE DANS LE PROLONGEMENT DES MESURES DE LUTTE CONTRE L'EXCLUSION	18
1. Les programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS)	18
2. La participation de l'hôpital à la lutte contre l'exclusion sociale	19
3. Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)	19
II. – LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE : LE CHOIX DU PARTENARIAT	21
A. UNE OPTION FONDAMENTALE : UN SYSTÈME QUI ALLIE PROTECTION DE BASE ET COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE	21
1. La couverture de base est fondée sur le seul critère de la résidence	21
2. La mise en place d'une couverture complémentaire intéressera une large fraction de la population	22

B. LE CHOIX DE SOURCES DE FINANCEMENT MULTIPLES	23
1. Des mécanismes de transferts importants	23
2. Un coût final modéré	24
C. LES ATOUTS DU PARTENARIAT	25
1. Dans la couverture partenariale, chacun a sa place	25
2. La logique du partenariat permet au bénéficiaire de choisir l'organisme d'affiliation ou d'adhésion	26
3. La structure de financement ne lèse aucun des acteurs du partenariat	27
TRAVAUX DE LA COMMISSION	29
I.- AUDITIONS DE LA COMMISSION	29
A. Audition de la Ministre	29
B.- Audition de M. Marcel Ravoux, président, et de M. Daniel Postel Vinay, directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles (CANAM)	41
C. Audition de Mme Jeannette Gros, présidente, et M. Daniel Lenoir, directeur général de la Mutualité sociale agricole (MSA)	45
D. Audition de représentants de l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS), de Médecins du monde et d'ATD Quart-monde, ainsi que de Médecins sans frontières	49
E. Audition de M. Jean-Pierre Davant, président de la Fédération nationale de la mutualité française, de M. Marc Zamichiei, représentant des Mutuelles de France, de M. Gilles Marchandon, délégué général de la Fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles (FNIM) et de M. Denis Kessler, président de la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA)	57
II.- DISCUSSION GÉNÉRALE	71
III. – EXAMEN DES ARTICLES	74
TITRE PRÉLIMINAIRE : DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE	74
<i>Article premier</i> : Création d'une couverture maladie universelle et d'une protection complémentaire avec dispense d'avance de frais pour les plus démunis	74

TITRE 1ER : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RÉGIMES OBLIGATOIRES	78
Chapitre 1 ^{er} : Dispositions générales	78
<i>Article 2</i> (article L. 111-1, chapitre 1 ^{er} du titre IV du livre VII et article L. 741-11 du code de la sécurité sociale) : Principe de l'affiliation et du rattachement aux nouveaux régimes obligatoires et suppression du régime de l'assurance personnelle	78
<i>Article 3</i> (titre VIII du livre III, articles L. 380-1 à L. 380-4 nouveaux, du code de la sécurité sociale) : Critères d'affiliation au nouveau régime général et cotisation	80
Article L. 380-1 nouveau du code de la sécurité sociale : Critères d'affiliation au régime	80
Article L. 380-2 nouveau du code de la sécurité sociale : Cotisation et seuil d'acquittement ou d'exonération	84
<i>Article 4</i> (article L. 161-2-1 nouveau du code de la sécurité sociale) : Immédiateté et automaticité du droit à l'accès aux soins	88
<i>Après l'article 4</i>	92
<i>Article 5</i> (articles L. 161-15-1 et L. 161-15-2 du code la sécurité sociale) : Continuité du droit à l'accès aux soins	92
<i>Article 6</i> (articles L. 161-2, L. 381-7, L.381-12, L.382-9, L.615-8, L.722-6 du code de la sécurité sociale et article 1106-12 du code rural) : Accès aux soins sans restrictions financières	94
<i>Article 7</i> (articles L.161-14-1, L. 381-9 et L. 615-11 du code de la sécurité sociale) : Régime applicable aux ayants droit des personnes affiliées au régime général	97
<i>Article 8</i> (article L. 380-3 nouveau du code de la sécurité sociale) : Dispositions applicables aux personnes qui, bien que résidant ou séjournant en France ne sont pas concernées par le régime	101
<i>Après l'article 8</i>	102
Chapitre 2 : Dispositions financières	102
<i>Section 1 : Transferts financiers</i>	102
<i>Article 9</i> (articles L. 814-5 et L. 195-3 du code de la sécurité sociale) : Incidences financières sur l'assurance vieillesse	102
<i>Article 10</i> (articles L. 161-15, L. 381-2 et L. 245-16 du code de la sécurité sociale) : Incidences financières de la mise en place de la couverture obligatoire sur la branche famille	103
<i>Article 11</i> (article L. 241-2 du code de la sécurité sociale) : Énumération des ressources complémentaires des régimes obligatoires de base	105
<i>Article 12</i> (article L. 213-1 du code des assurances) : Modification de l'affectation de la cotisation due par les personnes assurant des véhicules terrestres à moteur ..	107
<i>Article 13</i> (article 38 de la loi n° 88-1088 du 1 ^{er} décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion) : Transferts financiers entre l'Etat et les départements	108
<i>Section 2 : Recouvrement des cotisations</i>	114
<i>Article 14</i> (articles L. 243-4, L. 652-3, L. 242-11, L. 136-5 du code de la sécurité sociale et L. 1143-2, L. 1143-5, L. 1143-7 du code rural) : Exécution des	

recouvrements forcés de cotisations dues par les non salariés non agricoles et les agriculteurs.	114
Chapitre 3 : Dispositions diverses	121
<i>Article 15</i> (article L.161-8 du code de la sécurité sociale) : Durée de maintien des droits selon qu'il s'agit des prestations en nature ou des prestations en espèces	121
<i>Article 16</i> (articles L.381-4 et 381-12 du code de la sécurité sociale) : Maintien des régimes actuellement applicables aux étudiants et aux ministres des cultes. ...	122
<i>Article 17</i> (article L. 380-4 du code de la sécurité sociale) : Régime applicable aux pupilles de l'Etat	124
<i>Article 18</i> : Résiliation de certains contrats d'assurance privée	124
<i>Article 19</i> (articles 380-1 et 380-3 nouveaux du code de la sécurité sociale) : Possibilité de maintien de certaines personnes dans le régime de l'assurance personnelle à titre temporaire ou définitif	125
TITRE II : DISPOSITIONS RELATIVES À LA PROTECTION COMPLÉMENTAIRE EN MATIÈRE DE SANTÉ	128
Chapitre premier : Dispositions générales	128
<i>Article 20</i> (Chapitre premier nouveau du titre VI nouveau du livre VII du code de la sécurité sociale, articles L. 861-1 à L. 861-9 nouveaux) : Définition de la couverture complémentaire en matière de santé attribuée aux bénéficiaires de la CMU	128
Article L. 861-1 du code de la sécurité sociale : Personnes ayant droit à la couverture complémentaire CMU	129
Article L. 861-2 du code de la sécurité sociale : Appréciation des ressources des demandeurs de la couverture complémentaire et, pour les bénéficiaires de la couverture de base sur critère de résidence, exonération des cotisations.	132
Article L. 861-3 du code de la sécurité sociale : Etendue de la couverture complémentaire CMU	136
Article L. 861-4 du code de la sécurité sociale : Choix de l'organisme gestionnaire de la couverture complémentaire CMU par son bénéficiaire	140
Article L. 861-5 du code de la sécurité sociale : Attribution de la couverture complémentaire CMU	142
Article L. 861-6 du code de la sécurité sociale : Prise en charge des prestations par les organismes d'assurance maladie	147
Article L. 861-7 du code de la sécurité sociale : Prise en charge des prestations par les organismes complémentaires	148
Article L. 861-8 du code de la sécurité sociale : Inscription auprès d'un organisme complémentaire	149
Article L. 861-9 du code de la sécurité sociale : Contrôle des ressources des demandeurs de la CMU	151
<i>Article 21</i> (articles 6-1 et 6-2 nouveaux et 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989) : Prolongation de la couverture des bénéficiaires de la CMU couverts par un organisme complémentaire	151
Article 6-1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989	152
Article 6-2 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989	153
<i>Article 22</i> (article L. 162-5-2 du code de la sécurité sociale) : Tarifs pratiqués par les médecins conventionnés en faveur des bénéficiaires de la CMU	154

<i>Article 23</i> (article L. 165-1 nouveau du code de la sécurité sociale) : Accords entre les organismes d'assurance maladie, les organismes complémentaires et les distributeurs de dispositifs médicaux à usage individuel	155
<i>Article 24</i> (art. L. 162-9 du code de la sécurité sociale) : Tarifs pratiqués par les chirurgiens-dentistes conventionnés en faveur des bénéficiaires de la CMU	158
Chapitre 2 : Dispositions financières	159
<i>Article 25</i> (art. L. 861-10, L. 861-11, L. 861-12, L. 861-13, L. 861-14, L. 861-15, L. 861-16, L. 861-17 nouveaux du code de la sécurité sociale) : Création du fonds de financement de la protection complémentaire	159
Article L. 861-10 du code de la sécurité sociale : Création du fonds de financement.....	159
Article L. 861-11 du code de la sécurité sociale : Dépenses du fonds.....	163
Article L. 861-12 du code de la sécurité sociale : Recettes du fonds.....	164
Article L. 861-13 du code de la sécurité sociale : Contribution due par les organismes de la protection complémentaire	165
Article L. 861-14 du code de la sécurité sociale : Recouvrement de la contribution.....	167
Article L. 861-15 du code de la sécurité sociale : Remboursement de contribution.....	168
Article L. 861-16 du code de la sécurité sociale : Contrôle des organismes de gestion.....	168
Article L. 861-17 du code de la sécurité sociale : Création d'associations de gestion.....	169
Chapitre 3 : Dispositions transitoires	170
<i>Article 26</i> : Régime transitoire pour les titulaires actuels de l'aide médicale	170
<i>Article 27</i> : Habilitation des caisses d'assurance maladie à la mise en place d'un fichier informatisé de données nominatives	171
Chapitre 4 : Dispositions diverses	171
<i>Article 28</i> (chapitre 3 nouveau du titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale, article L. 861-18 nouveau du même code) : Dispositions réglementaires pour l'application du titre II	171
<i>Article 29</i> (art. L. 371-8 à L. 371-11 du code de la sécurité sociale) : Abrogation de certaines dispositions relatives à l'aide sociale	172
TITRE III : RÉFORME DE L'AIDE MÉDICALE	172
<i>Article 30</i> : Transfert de compétences des départements à l'Etat en matière d'aide médicale	172
Article 187-1 du code de la famille et de l'aide sociale : Personnes prises en charge au titre de l'aide médicale de l'Etat	173
Article 187-2 du code de la famille et de l'aide sociale : Dépenses prises en charge au titre de l'aide médicale de l'Etat	174
Article 187-3 du code de la famille et de l'aide sociale : Dépôt de la demande d'aide médicale	175

Article 187-4 du code de la famille et de l'aide sociale : Election de domicile	175	
Article 188 du code de la famille et de l'aide sociale : Admission à l'aide médicale		176
Article 189 du code de la famille et de l'aide sociale : Obligation alimentaire	177	
Article 190 du code de la famille et de l'aide sociale : Dispositions financières ...	177	
<i>Article 31</i> : Dispositions de coordination	178	
TITRE V : ENTRÉE EN VIGUEUR	180	
<i>Article additionnel avant l'article 38</i> : Interdiction de prendre en compte des résultats des études génétiques pour la décision d'attribuer une protection complémentaire		180
<i>Avant l'article 38</i>	181	
<i>Article 38</i> : <i>Entrée en vigueur de la loi</i>	182	
TABLEAU COMPARATIF	185	
AMENDEMENTS NON ADOPTÉS PAR LA COMMISSION	241	
LISTE DES PERSONNALITÉS AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR	263	

INTRODUCTION

Urgence sociale trop longtemps différée, la mise en place d'une couverture maladie universelle (CMU) a été inscrite dans le programme d'action accompagnant la loi d'orientation n° 98-657 de lutte contre les exclusions du 29 juillet dernier.

Le présent projet de loi constitue l'un des deux volets du dispositif visant à garantir un égal accès au système de soins. Il complète les mesures tendant à prendre en compte la précarité par l'offre de soins, inscrites dans cette loi. Plus ambitieux encore, il a non seulement pour objet de garantir l'exercice effectif du droit de se soigner, juridiquement affirmé depuis l'adoption du préambule de la Constitution de 1946 qui proclame que la Nation garantit à tous la protection de la santé, mais aussi celui d'autoriser l'accès de tous à la même médecine.

En effet, en dépit de la généralisation de l'assurance maladie, en dépit du fait que 85 % des Français disposent aujourd'hui d'une couverture complémentaire et malgré les améliorations incontestables qui ont résulté de la rénovation de l'aide médicale, l'accès aux soins reste, dans notre pays, inéquitable.

Faute d'une couverture sociale suffisante, en raison des conditions d'affiliation pour le régime de base, mais plus encore en raison du champ, incomplet, de la couverture complémentaire, certains d'entre nous sont conduits à renoncer à se faire soigner ou à retarder des soins pourtant nécessaires.

Le présent projet doit donc permettre de passer d'une affirmation du droit à la santé pour tous à l'exercice effectif du droit de se soigner.

1. Le renoncement aux soins

L'enquête du CREDES santé, soins et protection sociale pour 1997 fait apparaître que 23 % des personnes interrogées ont déjà renoncé à des soins pour des motifs financiers. Pour 20 % d'entre eux le renoncement a été définitif.

Les renoncements les plus fréquents concernent le domaine dentaire (42 % des soins cités) puis les soins de médecins et d'examen (31 %) et enfin la lunetterie (13 %).

Ces renoncements, qui diminuent tout naturellement avec l'augmentation des revenus, concernent surtout les femmes, les jeunes et les

personnes en situation précaire : les chômeurs qui sont 40 % à avoir déjà renoncé à des soins ou les bénéficiaires du RMI pour lesquels le taux de renoncement est pratiquement le double de celui des autres personnes.

Cette situation se reflète, même si elle n'est pas le seul facteur à prendre en compte, sur l'état sanitaire de la population : l'état de santé est plus dégradé chez les ouvriers que chez les cadres, chez les personnes privées d'emploi que chez les actifs, parmi les personnes disposant des ressources les plus faibles et chez celles ne disposant pas de couverture complémentaire maladie, personnes qui se retrouvent majoritairement parmi celles qui viennent d'être citées¹.

2. Le champ incomplet de la couverture complémentaire

En moyenne plus de huit personnes sur dix bénéficient d'une couverture complémentaire, 58 % des contrats étant souscrits auprès des mutuelles, 20 % auprès de sociétés d'assurance et 15 % auprès des caisses de prévoyance. La prise en charge à 100 % par l'aide médicale ramène à environ 10 % le pourcentage des personnes sans aucune couverture.

Mais le taux de couverture est en réalité variable : les taux de couverture les plus faibles s'observent chez les inactifs (77 %) ou les chômeurs (62 %). Cette situation s'explique par le fait que la couverture complémentaire est très liée à l'emploi : environ la moitié des contrats de couverture complémentaire est réalisée par l'intermédiaire des entreprises. Les familles d'ouvriers non qualifiés sont les moins protégées (72 %). Finalement, seule la moitié des personnes avec un revenu par unité de consommation inférieur à 2 000 F est protégée par une couverture complémentaire maladie. Plus le statut de l'intéressé est précaire et plus son accès aux soins est rendu difficile, l'absence de couverture complémentaire conduisant à ne pas pouvoir utiliser la couverture de base.

En outre, même avec une couverture complémentaire, certains soins, en particulier les soins dentaires prothétiques ou ceux d'optique médicale, ne peuvent être assumés par les personnes aux revenus les plus modestes.

Le projet de loi relatif à la couverture maladie universelle vise à lutter contre les exclusions résultant de la situation actuelle dans l'accès aux soins et, pour cela, a fait en matière de couverture complémentaire le choix essentiel du partenariat.

¹ Enquête du CREDES, précitée.

I. – LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE : GARANTIR A TOUS L'ACCES AUX SOINS

A. LES INSUFFISANCES DE L'ASSURANCE PERSONNELLE

L'assurance volontaire en premier lieu, puis l'assurance personnelle ont été créées pour accompagner la généralisation progressive d'un système de sécurité sociale limité du fait de sa base professionnelle ou interprofessionnelle.

Le régime général, dont la portée a été étendue une première fois en 1956, a été profondément modifié dans le cadre des réformes de 1967 (dites « réformes Jeanneney »). Il a été remplacé, pour les risques maladie et maternité, par un régime d'assurance volontaire spécifique, sous réserve d'un droit d'option individuel pour le maintien dans le régime antérieur, droit d'option qui a pris fin le 31 décembre 1970.

Après la création d'un régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés non agricoles, l'assurance volontaire s'adressait principalement à des personnes sans activité professionnelle ou dont l'activité ne suffisait pas à ouvrir droit à des prestations. Parmi les défauts de ce régime le moindre n'était pas le montant élevé des cotisations accompagné de l'obligation de rachat des années antérieures ; le coût relativement prohibitif de l'affiliation a eu pour effet d'en écarter les plus faibles revenus.

Aussi, dans le cadre de la loi n° 75-574 du 4 juillet 1975, tendant à la généralisation de la sécurité sociale, la loi n° 78-2 du 2 janvier 1978 a substitué à cette assurance volontaire l'assurance personnelle, régime prétendant à une plus grande amplitude ainsi qu'à une plus grande souplesse à l'égard des personnes ne pouvant bénéficier, à quelque titre que ce soit, de l'assurance maladie et maternité.

L'assurance personnelle a connu un développement important avec l'institution du revenu minimum d'insertion par la loi du 1^{er} décembre 1988 et la réforme de l'aide médicale par celle du 29 juillet 1992 (n° 92-722 modifiant celle-ci).

1. Les populations concernées par l'assurance personnelle

Aujourd'hui, 550 000 personnes sont affiliées par ce régime. 50 000 acquittent leurs cotisations alors que 500 000 les voient prises en charge, au titre de l'aide médicale, soit par la CNAF (bénéficiaires d'une

prestation familiale), soit par l'aide sociale (aide financière des départements pour l'essentiel), soit par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Le régime de l'assurance personnelle affine l'ensemble des personnes dépourvues d'activité professionnelle et de revenus ainsi que l'ensemble des personnes ayant une activité professionnelle insuffisante pour l'ouverture des droits. Le régime est encore ouvert aux allocataires du revenu minimum d'insertion n'ayant pas, par ailleurs, de droits ouverts au régime général, aux chômeurs en fins de droits âgés de plus de 55 ans et aux étrangers dépourvus de protection maladie résidant en France depuis au moins trois mois et en possession d'un titre de séjour régulier. Enfin, les travailleurs frontaliers salariés à l'étranger et résidant en France peuvent adhérer à l'assurance personnelle, même s'ils sont affiliés à un régime obligatoire de sécurité sociale de leur pays d'emploi, dès lors qu'ils n'ont pas droit, dans le cadre d'un accord international de sécurité sociale, au service, en France, des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité. Les conditions d'entrée et de maintien dans le régime de l'assurance personnelle ont surtout posé des problèmes pour les travailleurs étrangers exerçant une activité salariée en Suisse.

2. Les modes d'affiliation au régime de l'assurance personnelle

L'adhésion volontaire peut être faite à tout moment. Dans le but de faciliter aux personnes dépourvues de couverture sociale l'accès à ce régime, la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994, relative à la sécurité sociale a prévu une affiliation provisoire, sans conditions de résidence, lorsqu'il ne peut être immédiatement établi que les intéressés relèvent à un titre quelconque d'un régime d'assurance maladie et maternité obligatoire ou du régime de l'assurance personnelle. Il est ensuite procédé à la régularisation de la situation de l'intéressé s'il s'avère qu'il relève d'un autre régime. Dans le cas général, en l'absence de demande de prise en charge de la cotisation, la personne est affiliée à partir du premier jour du mois au cours duquel elle a formulé sa demande. Une demande de prise en charge des cotisations peut être faite qui nécessite alors un nouvel examen par la caisse chargée de statuer.

L'affiliation peut avoir lieu à l'initiative des caisses : lorsqu'une caisse maladie constate qu'un assuré a cessé ou va cesser de relever d'une forme d'assurance maladie et maternité obligatoire, tout en continuant de résider en France, elle lui fait connaître que, sauf refus exprès de sa part, il sera affilié d'office au régime de l'assurance personnelle. Cette procédure ne s'applique pas si la personne concernée est en même temps bénéficiaire de l'aide médicale. La pratique démontre que nombre des personnes dont la

situation demeure précaire s'efforcent d'échapper à cette affiliation d'office du fait du montant trop élevé des cotisations.

Enfin, l'affiliation de plein droit concerne les titulaires du revenu minimum d'insertion (RMI), les personnes admises au bénéfice de l'aide médicale, les titulaires de l'allocation de veuvage. Sauf cas de sortie normale du régime, les personnes admises de plein droit à l'aide médicale au titre de l'article L. 187-2 I du code de la famille et de l'aide sociale y demeurent affiliées après la fin de leur droit à la prestation de base (RMI, veuvage, aide médicale) jusqu'à ce qu'il soit statué sur l'éventuelle prise en charge de la cotisation au titre du droit commun de l'aide sociale.

3. La sortie du régime de l'assurance personnelle

L'affiliation au régime prend normalement fin dès que l'intéressé devient, lui-même, en sa qualité d'ayant droit, assuré d'un régime obligatoire et remplit, dans ce régime, les conditions d'ouverture du droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité. L'autre cause de sortie du régime peut être le départ pour l'étranger, avec résidence continue pendant douze mois.

4. Le régime de l'assurance personnelle a échoué à satisfaire pleinement à ses objectifs

Dans son rapport sur la progression de la précarité en France et ses effets sur la santé, publié en février 1998, le Haut comité de la santé publique dresse un bilan peu satisfaisant du fonctionnement du régime. Il indique notamment que trop de personnes s'en trouvent exclues. En effet, ne peuvent être affiliés à l'assurance personnelle : les jeunes de 18 à 25 ans qui ne sont pas rattachés à leur famille, particulièrement lorsqu'ils sont sans logement ; les personnes sans domicile fixe qu'elles soient seules ou en famille et qui sont sans logement ou qui voyagent constamment ; les personnes qui ne remplissent plus les conditions de bénéfice du RMI sans pouvoir bénéficier d'un autre système de protection sociale ; les étrangers en situation irrégulière, notamment les femmes enceintes, qui n'ont de droits ouverts que dans le cadre d'une prise en charge hospitalière, la couverture sociale des épouses multiples ou successives pose un problème quasiment insoluble, l'ouverture des droits supposant dans tous les cas la régularité du séjour et la possession de papiers, l'impossibilité de les obtenir rendant difficile l'accès au système de soins, et encore plus improbable le suivi médical.

Par ailleurs, le même rapport dénonce un « *dispositif réglementaire trop complexe* ». Ainsi, la multiplication des textes législatifs a entraîné une grande complexité du système, en termes d'affiliation et de connaissance des

droits des intéressés, tant par eux-mêmes que par les professionnels de santé se trouvant à leur contact. A titre d'exemple le renouvellement de la demande de prise en charge des cotisations doit être le fait du bénéficiaire, or nombreuses sont les personnes concernées dont la situation de précarité les coupe des réalités administratives, les privant ainsi de couverture sociale.

En outre, le dispositif applicable aux cotisations du régime de l'assurance personnelle est facteur d'exclusion ou de renoncement aux droits. En effet, le montant des cotisations étant élevé, dans le cas de suppression de la prise en charge de ces cotisations, notamment en raison d'une augmentation des revenus, l'assuré personnel, victime de l'effet de seuil, s'avère le plus souvent incapable d'en acquitter le montant. Mais encore, en fonction de son âge, le bénéficiaire peut voir décuplé le montant de la cotisation minimale, puisqu'il n'existe pas aujourd'hui de cotisation à ce régime qui soit proportionnelle aux revenus dans la zone située entre le plafond d'accès à l'aide et le niveau du SMIC.

Enfin, l'affiliation à l'assurance personnelle étant prononcée à titre définitif, les personnes qui ne sont pas à jour du paiement de leurs cotisations demeurent affiliées, sans pour prétendre aux droits à l'assurance maladie et se trouvent, de surcroît, débitrices auprès de l'URSSAF.

B. LES LIMITES DE L'AIDE MEDICALE

Un pan important de la protection sociale reposait depuis la fin du XIX^{ème} siècle sur le système de l'aide médicale, volet de l'aide sociale visant à permettre que des considérations financières ne soient pas un obstacle dirimant à l'accès aux soins pour les personnes les plus en difficulté.

L'aide médicale a ainsi permis de pallier certaines carences de l'assurance maladie, que celles-ci résultent du caractère incomplet de la couverture sociale, malgré une généralisation presque achevée, ou de l'insuffisance du niveau de protection des personnes couvertes qui ne peuvent pourtant faire l'avance des frais ou assumer la part restant à leur charge.

Les modalités et le champ de l'aide médicale avaient été profondément réformés par la loi n° 92-722 du 29 juillet 1992 modifiant la loi du 1^{er} décembre 1988 sur le RMI.

Cette réforme a poursuivi un triple objectif : élargir l'accès à l'aide médicale, notamment par la définition de bénéficiaires de plein droit, étendre la prise en charge ainsi assurée et enfin en simplifier les procédures d'admission.

Malgré une amélioration incontestable de l'accès aux soins, facilité également par des initiatives locales telles que la mise en place de cartes santé, le dispositif d'aide médicale a été la cible de critiques en dénonçant les lacunes ou les dysfonctionnements et en particulier l'hétérogénéité des règles applicables sur le territoire, hétérogénéité créatrice d'une inégalité inacceptable quand il s'agit de simplement de pouvoir se faire soigner.

1. L'admission à l'aide médicale

L'aide médicale relève en principe de la compétence des départements, à l'exception de la prise en charge des personnes sans domicile fixe, assurée par l'Etat.

a) L'admission à l'aide médicale dépend de critères variables selon les départements

Hormis les cas d'admission de plein droit posés par la loi (bénéficiaires du RMI ou de l'allocation veuvage, jeunes de 17 à 25 ans répondant aux conditions de résidence et de ressources pour l'octroi du RMI), les bénéficiaires sont admis à l'aide médicale selon des critères propres à chaque département. L'absence d'un barème national a abouti à une hétérogénéité des seuils créatrice de disparités géographiques fortes, seuils qui ne sont d'ailleurs pas toujours connus puisqu'il n'existe pas toujours de barème départemental.

Pour l'admission totale, les seuils fixés par les conseils généraux s'évaluent, au 1^{er} janvier 1998, de 2 138 francs à 3 800 francs pour une personne seule et le barème moyen s'établit au niveau du RMI majoré de 20 %.

Parmi les départements qui ont fixé un barème départemental d'admission à l'aide médicale, quarante l'ont fixé au niveau du revenu minimum d'insertion, vingt-trois l'ont fixé à un niveau supérieur pour une admission totale, cinquante (dont dix parmi les vingt-trois précités) l'ont fixé à un niveau supérieur pour une admission partielle, c'est-à-dire une prise en charge limitée à une partie des prestations ou à une fraction des dépenses de soins.

b) Une procédure complexe qui a généré des difficultés de mise en œuvre

Le mécanisme d'admission à l'aide médicale oblige les demandeurs à des démarches complexes dans la mesure où interviennent de multiples acteurs :

- les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, notamment pour l'instruction des demandes ;
- les départements ou l'Etat pour les décisions d'admission ;
- les caisses primaires d'assurance maladie pour l'exercice effectif du droit aux prestations ;

et ce, malgré les améliorations apportées par la loi du 29 juillet 1992 qui a multiplié les lieux où le dépôt de la demande était possible et instauré une procédure d'admission prononcée directement par le président du conseil général ou par le préfet.

En outre, il s'avère que l'admission immédiate à l'aide médicale lorsque la situation du demandeur l'exige (art. 189-7 du code de la famille et de l'action sociale) est souvent méconnue. L'impossibilité matérielle de constituer dans l'urgence un dossier complet (ressources et élection de domicile) ne devrait théoriquement pas empêcher de prononcer l'admission immédiate sur la base des premiers renseignements disponibles, fournis notamment sous la forme d'attestations sur l'honneur, ainsi que l'affiliation provisoire à l'assurance personnelle, à charge d'opérer *a posteriori* un contrôle plus approfondi.

Des difficultés existent cependant, qui apparaissent à l'examen des délais d'instruction, souvent longs, alors que l'appréciation des ressources relève en principe d'un système déclaratif.

L'accès à l'aide médicale aurait pourtant dû être facilité par la dérogation aux règles traditionnelles de l'obligation alimentaire: soit il n'y a pas mise en jeu de l'obligation alimentaire pour certains bénéficiaires, soit celle-ci ne peut intervenir qu'*a posteriori*, sous forme d'un recouvrement sur les éventuels débiteurs d'obligation alimentaire afin, notamment, de ne pas retarder l'instruction de la demande.

Enfin, l'admission à l'aide médicale est en principe accordée pour une durée d'un an. Ceci a pour conséquence qu'à l'expiration de cette période, si le bénéficiaire n'a plus de droits ouverts au RMI, faute de demande de renouvellement de sa part, la prise en charge s'interrompt.

2. Prestations prises en charge par l'aide médicale

L'aide médicale permet d'assurer l'accès aux soins de personnes non ou mal couvertes par l'assurance maladie par la prise en charge des cotisations de l'assurance personnelle ainsi que des frais de soins. Sa mise en œuvre se heurte cependant à des difficultés.

a) Une prise en charge des cotisations d'assurance personnelle parfois difficile à obtenir

L'aide médicale permet l'affiliation au régime d'assurance personnelle des plus démunis.

En effet, comme cela a été indiqué, les personnes admises au bénéfice de l'aide médicale qui n'ont pas droit aux prestations en nature d'un régime de sécurité sociale, sont obligatoirement affiliées à ce régime et les cotisations afférentes sont prises en charge.

Ce mécanisme demeure cependant stigmatisant. Il entraîne, en outre, du fait de sa complexité, des ruptures de droit et des lenteurs dans l'affiliation à la sécurité sociale. En cas d'absence de demande de renouvellement de la prise en charge par le bénéficiaire chaque année, l'appel des cotisations et donc les droits qui y sont attachés sont suspendus. Les personnes sans domicile fixe sont les premières victimes de cette situation.

La lourdeur et la complexité des procédures à suivre pour accéder à l'assurance personnelle et pour faire prendre en charge les cotisations qui s'y attachent ont été dénoncées par le Haut comité de la santé publique dans son rapport précité. L'aide médicale n'a pas permis d'éviter qu'un nombre important de personnes, 150 000, n'aient pas de droit ouvert à l'assurance maladie.

b) Prise en charge des autres frais de soins

Les prestations de l'aide médicale et les tarifs de prise en charge sont alignés sur les prestations légales de l'assurance maladie-maternité, notamment par référence aux tarifs de responsabilité des organismes d'assurance maladie, sachant que le règlement départemental d'aide sociale peut toujours prévoir des dispositions plus favorables à la fois sur les tarifs et sur les prestations.

Pour les titulaires du RMI et de l'allocation veuvage, l'intégralité du ticket modérateur et du forfait journalier sont couverts. Au-delà, les départements ont la faculté de prendre également en charge les dépassements des tarifs de sécurité sociale pour les soins dentaires, l'optique ou l'appareillage et le font dans des conditions diverses. Pour les autres catégories de bénéficiaires, les conditions d'intervention varient selon les départements, tant en ce qui concerne les barèmes de ressources que le quantum des dépenses prises en charge.

Au total, 2,5 millions de personnes environ bénéficient d'une prise en charge à 100 %. Pourtant la diversité des barèmes entraîne de fortes inégalités selon les départements et d'importants problèmes d'accès aux soins dans ceux où l'aide médicale est limitée. Celle-ci n'a pas permis d'éviter les renoncements aux soins : 45 % des bénéficiaires de l'aide médicale gratuite déclarent, en effet, avoir déjà dû renoncer à des soins pour des raisons financières.

C. LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE DANS LE PROLONGEMENT DES MESURES DE LUTTE CONTRE L'EXCLUSION

La loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions a eu comme ambition de garantir l'accès de tous aux droits fondamentaux et parmi ceux-ci, particulièrement, l'accès à la prévention et aux soins.

L'accès à la prévention et aux soins pour les plus démunis a été élevé au rang d'objectif prioritaire de la politique de santé par l'article 67 de cette loi et le programme qui l'accompagnait a décliné les deux volets complémentaires de cette action.

Le premier, la mise en place d'une couverture maladie universelle fait l'objet du présent projet de loi comme cela avait été annoncé, le deuxième, la prise en compte de la précarité par le système de santé a conduit à l'adoption de différentes mesures qui sont mises en place ou sont en train de l'être.

1. Les programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS)

Afin d'adapter au mieux l'offre de prévention et de soins aux besoins des personnes les plus démunies, il a été décidé de mettre en place une programmation régionale devant faciliter la mobilisation et la coordination des différents acteurs agissant dans le domaine de la santé.

Ainsi les PRAPS définissent les actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé, de soins, de réinsertion et de suivi. Ils définissent également les conditions dans lesquelles les différents acteurs participent aux actions et déterminent les moyens de lutte contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion. Ils ont également comme objectif de soutenir le développement de réseaux médico-sociaux de prévention et de prise en charge afin d'assurer un meilleur suivi des personnes en situation de précarité.

2. La participation de l'hôpital à la lutte contre l'exclusion sociale

La loi du 29 juillet 1998 a inscrit, à l'article L. 711-3 du code de la santé publique, le principe selon lequel le service public hospitalier concourt « à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux ».

Par circulaire du 17 décembre 1998 il a été demandé aux directeurs des hôpitaux de sensibiliser à nouveau le personnel hospitalier à l'accueil des plus démunis. Cette circulaire a également précisé que cette mission devait s'accompagner d'une ouverture de l'hôpital sur la cité par la possibilité faite aux institutions sociales et aux associations d'être plus systématiquement présentes à l'hôpital et la participation de ce dernier aux réseaux sanitaires et sociaux.

Enfin, la loi contre l'exclusion a confié à l'hôpital le soin de s'assurer qu'à la sortie de l'établissement le patient dispose des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de son traitement. Cela suppose que le personnel, en particulier dans les structures d'urgence, établisse un lien avec les services sociaux et puisse servir de support à une demande d'accompagnement social.

3. Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Dans le cadre des PRAPS il a été prévu la mise en place de structures d'accueil pour les personnes en situation de précarité dans les établissements de santé participant au service public hospitalier. Ce sont des cellules de prise en charge médico-sociale devant faciliter non seulement l'accès aux soins, mais aussi aider les personnes en difficulté à procéder aux démarches nécessaires à la reconnaissance des droits.

Au-delà du seul accueil par les services d'urgence il s'agit désormais d'assurer, par exemple, des consultations avec des horaires élargis, des actions de dépistage et de prévention, des rencontres avec un travailleur social.

II. – LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE : LE CHOIX DU PARTENARIAT

Pour répondre à l'objectif d'équité poursuivi par ce projet, consistant à mettre en place à la fois une couverture minimale pour ceux qui n'ont actuellement aucun accès aux soins et une couverture complémentaire pour environ 6 millions de personnes, les choix possibles étaient *a priori* assez ouverts.

A. UNE OPTION FONDAMENTALE : UN SYSTEME QUI ALLIE PROTECTION DE BASE ET COUVERTURE COMPLEMENTAIRE

Dans le rapport qu'il a remis au Premier ministre le 10 septembre 1998, le rapporteur du présent projet envisageait la mise en place d'une couverture de base pour les 150 000 personnes qui n'en bénéficient pas, et l'institution d'une couverture complémentaire, applicable à environ 7 millions de personnes.

1. La couverture de base est fondée sur le seul critère de la résidence

Une première solution aurait consisté à partir de l'existant, c'est-à-dire, concrètement, de l'article L. 189-7 du code de la famille et de l'aide sociale, qui prévoit l'admission immédiate à l'aide médicale sous condition de ressources, selon un système déclaratif. Les lacunes de ce système tiennent principalement à l'absence d'un barème homogène, ce qui a engendré de fortes disparités géographiques (autour d'un barème moyen d'admission situé à 20 % au-dessus du RMI, il existe en fait de très fortes différences d'un département à l'autre).

L'uniformisation qui aurait eu le mérite de la simplicité, aurait engendré une régression de l'aide sociale de nombreux départements. Les conseils généraux ont certes fait part de leur hostilité à conserver une compétence en matière de santé mais l'obstacle essentiel réside dans le fait que l'aide médicale ne serait pas supprimée. On s'éloigne donc de la logique recherchée par la réforme consistant à étendre un droit à l'assurance maladie et non à étendre le traitement de situations de précarité. Seule la recentralisation, au profit de l'Etat, de la couverture du risque maladie permet de résoudre ces disparités et d'assurer réellement le droit à la couverture sociale de base, fondé sur l'unique critère de la résidence.

Aussi, le texte du projet de loi retient le principe d'un droit à l'affiliation au régime général et non pas celui d'une aide sociale étendue.

Le critère de territorialité –entendu comme une situation régulière– implique deux modifications d’ampleur considérable :

- l’absence de lien entre le principe de la cotisation et l’ouverture du droit, celle-ci ne résultant plus du paiement préalable de celle-là ;

- la suppression des disparités générées par l’aide médicale gérée par les départements, et, corrélativement, l’allègement de la charge correspondante pour les conseils généraux.

Ainsi, et c’est là une innovation considérable, désormais, l’affiliation de base reposera exclusivement sur le critère de la résidence. Avec la couverture maladie universelle, il ne s’agit donc pas de la construction d’un régime minima pour les exclus mais au contraire d’inclure ces derniers dans une couverture applicable à tous. Cette extension évite de poser la question de l’harmonisation préalable des prestations et des efforts contributifs. Elle évite de consolider l’existence d’une filière sanitaire pour les personnes les plus défavorisées. Elle permet en revanche d’assurer une couverture universelle des soins.

2. La mise en place d’une couverture complémentaire intéressera une large fraction de la population

Le projet comporte également le principe tout aussi fondamental de l’extension d’une couverture complémentaire, sous conditions de ressources. Si cette extension requiert un guichet unique, donc une implication totale des caisses primaires d’assurance maladie, le principe de couverture complémentaire risque de générer un effet de seuil, dès lors que la couverture complémentaire sera attribuée sous conditions de ressources. Au-dessous du seuil, une « démutualisation » risque de se produire. Ce risque est d’autant plus fort que depuis plusieurs années on assiste à une diminution de l’adhésion aux mutuelles. Cette baisse est surtout sensible dans des catégories de population à faibles revenus et à forte mobilité professionnelle, comme les étudiants. En outre, le franchissement du seuil ne pourrait qu’impliquer pour les assujettis une sortie brutale de la protection complémentaire et un retour vers les organismes mutualistes ou d’assurance.

Le risque était donc grand de voir un accroissement – même minime – de revenus se traduire par une obligation de cotiser à un organisme à un coût beaucoup plus élevé. Ici encore, le risque de non-affiliation est donc fort. C’est pour ces raisons que le présent projet retient une approche partenariale de la gestion de la couverture complémentaire. Celle-ci implique les acteurs classiques de la couverture complémentaire qui gèrent déjà une grande partie de la population concernée par le projet. Le

premier avantage de ce système « partenarial » consiste naturellement à éviter les ruptures liées aux effets de seuils, les personnes pouvant, en fonction de l'évolution de leurs ressources, passer sans grande rupture de cotisations prises en charge – totalement ou partiellement – par la collectivité à un système de cotisations qu'elles supportent elles-mêmes. Un autre avantage, c'est qu'il n'amoindrit pas le rôle des intervenants actuels, en particulier des mutuelles.

Si l'article 25 du projet retient une taxation, celle-ci n'est cependant concernée que « par défaut » : l'implication des institutions de prévoyance, mutuelles et assurances, leur permettra de s'exonérer du paiement d'une contribution et même de percevoir une partie des sommes destinées au financement de la protection complémentaire, si le remboursement dû – fonction du nombre des bénéficiaires – excède le montant de la cotisation qui aurait dû être versée. Le présent projet retient donc, ce schéma partenarial qui, autant que faire se peut, doit encore être accentué.

B. LE CHOIX DE SOURCES DE FINANCEMENT MULTIPLES

1. Des mécanismes de transferts importants

Naturellement, la question essentielle est celle des sources et des moyens de financement destinés à assurer d'une part le financement de la couverture de base, d'autre part celui de la couverture complémentaire. La difficulté de l'« identification » précise des dépenses et des recettes qui leur seront affectées est assez importante, compte tenu du fait que la mise en place de la CMU entraînera d'importants transferts financiers.

Ainsi, par exemple, la suppression de l'assurance personnelle entraîne une perte nette de ressources de ... 440 millions de francs, ce qui correspond aux personnes qui acquittent elles-mêmes leurs cotisations. Le total des cotisations d'assurance personnelle représente, quant à lui, 7,487 milliards de francs. Cette somme est supportée, pour l'essentiel, par les conseils généraux (3,76 milliards de francs), par les caisses d'allocations familiales (4,38 milliards de francs) et, de manière plus marginale, par le FSV (600 millions de francs). Cet exemple montre également l'importance des mécanismes de transferts – notamment entre les départements et l'Etat, qui figurent à l'article 25 du projet, lequel fait « remonter » la compétence – en matière d'aide sociale des départements à l'Etat, et donc minore la dotation générale de décentralisation (DGD), par voie de conséquence, d'un montant sensiblement égal à ce que représente cette charge pour les départements. Les crédits d'aide médicale des départements représentaient, en 1997, 9,15 milliards de francs (dont 7,9 milliards au titre de l'aide médicale générale et 724 millions de francs au titre du RMI).

Compte tenu de ces transferts, on peut mesurer l'impact de chacune des dispositions financières du projet de la manière suivante :

- incidences sur le FSV : suppression des charges liées à la prise en compte des cotisations d'assurance personnelle : 600 millions de francs ; diminution de 5 % du produit des droits sur les alcools affectés au FSV : 580 millions de francs (article 9) ;

- transfert de 30 % des prélèvements sociaux de la CNAF à la CNAM (2,5 milliards de francs) et allègement corrélatif des charges de la CNAF (2,3 milliards de francs) (article 10) ;

- affectation à la CNAM d'une fraction supplémentaire des droits sur les tabacs (ce qui devra être explicité par une disposition) : 3,5 milliards de francs (article 11) ;

- affectation à la CNAM de la totalité de la taxe sur les véhicules terrestres à moteur (900 millions de francs) (article 12) ;

- diminution de la DGD (article 13) : 8,69 milliards de francs ;

- subvention de l'Etat au fonds de financement de la protection sociale complémentaire (estimation) : 7,2 milliards de francs (article 25).

2. Un coût final modéré

Au total, l'étude d'impact jointe au présent projet permet donc d'estimer le coût net de la CMU.

Pour **l'Etat**, la diminution de dépenses sera d'environ 9,19 milliards de francs (8,7 milliards au titre de la DGD et 0,4 milliard de francs au titre des économies d'aide médicale) et l'augmentation des dépenses de 10,9 milliards de francs (dont 7,2 milliards de subvention au fonds de financement de la protection complémentaire et 3,5 milliards de francs de droits sur les tabacs), soit une charge nette de 1,7 milliards de francs.

Pour la **CNAM**, la suppression des cotisations d'assurance personnelle implique une perte de recettes de 7,5 milliards de francs environ. L'assurance personnelle couvre actuellement environ 645 000 personnes. Plus de la moitié d'entre elles (375 000 affiliés) sont prises en charge par les conseils généraux et près du quart (136 500 personnes) le sont par la CNAF. L'extension du champ des personnes couvertes du fait de la mise en place de la couverture universelle se monte à environ 600 millions de francs. Au total, les pertes de recettes et les charges nouvelles de la CNAM s'élèvent à 8,65 milliards de francs. Les recettes nouvelles sont les suivantes :

- cotisation à la charge des assurés (article 3-II) : 0,1 milliard de francs ;

- recette provenant du FSV (5 % de droits sur les alcools) (article 9) : 0,6 milliard de francs ;

- recette provenant de la CNAF (28 % du prélèvement social) (article 10) : 2,7 milliards de francs ;

- droit de consommation sur les tabacs : 3,5 milliards de francs ;

- recette provenant des régimes spéciaux (18,7 % des produits de la cotisation sur les véhicules terrestres à moteur) : 0,9 milliard de francs

soit, au total, et en dehors du financement du fonds de la protection complémentaire, un solde négatif de 900 millions de francs.

S'agissant, enfin, de la **couverture complémentaire** (article 25), il est clair que l'opération doit être neutre en taux financier pour les caisses d'assurance maladie.

Par définition, la subvention de l'Etat et les recettes provenant de la contribution de 1,75 % due par les mutuelles et les assureurs – à défaut de prise en charge d'assurés au titre de la couverture complémentaire – équilibrent, par principe, les dépenses du fonds. Le coût financier pour la sécurité sociale est donc nul.

En définitive, le montage financier du projet permet de ne pas modifier pour l'an 2000 de façon sensible les équilibres issus de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 et, au-delà, d'envisager un financement dynamique de la couverture complémentaire.

C. LES ATOUTS DU PARTENARIAT

1. Dans la couverture partenariale, chacun a sa place

A l'occasion des nombreuses consultations auxquelles le rapport au Premier ministre « pour une couverture maladie universelle, base et complémentaire » a donné lieu, les acteurs concernés œuvrant dans le domaine de la couverture complémentaire (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance) ont pu exprimer leur accord sur le principe d'une participation, tout en formulant des conditions.

Dans ce même document le rapporteur a précisé la place que pourrait tenir, dans ce dispositif, chacun des acteurs concernés.

S'agissant des mutuelles, la participation à l'extension de la couverture complémentaire serait l'occasion pour ce mouvement de réaffirmer sa spécificité et son originalité ; il a d'ailleurs rappelé que la loi d'orientation contre les exclusions cite, dans son article 1^{er}, le mouvement mutualiste comme partenaire.

En ce qui concerne la prévoyance, le rapport souligne que de 1993 à 1996, la place des institutions de prévoyance dans le financement des dépenses de santé a progressé, passant de 12,4 % à 14,2 %. Leur rôle dans le domaine des soins dentaires, de lunetterie et d'orthopédie est important ; elles y assuraient respectivement 17 % et 21 % du total des remboursements. Ces couvertures collectives sont en général plus avantageuses que les couvertures individuelles, avec des primes moins élevées et des prestations plus larges (couverture plus étendue des frais dentaires et optiques, prise en charge de tout ou partie des dépassements des médecins conventionnés à honoraires libres). Par ailleurs, les sociétés d'assurance ont vu leur place dans la couverture santé passer de 23,8 % à 26,2 % entre les années 1993 et 1996. Ces dernières ne se sont pas opposées au principe d'une contribution au financement de l'extension du champ de couverture du régime complémentaire, persuadées qu'elles sont que l'harmonisation de la fiscalité entre les divers acteurs du secteur complémentaire de la santé conduira à une suppression, étape par étape, de la taxe de 7 % qu'elles acquittent actuellement.

Enfin, le rapport a permis de faire apparaître le rôle éminent des professions médicales dans le dispositif. En effet, l'amélioration de l'accès aux soins les concerne à un double titre, celui de l'éthique en premier lieu puisque le serment d'Hippocrate et le code de déontologie prévoient explicitement le devoir de soigner les personnes qui ne peuvent assurer financièrement leurs soins, au titre de l'intérêt, en second lieu puisque la solvabilisation des besoins médicaux des personnes fragilisées est de nature à augmenter la demande globale de soins. La contribution des professions de santé à l'extension des droits peut s'exercer sous trois formes, la non-application des dépassements d'honoraires à l'égard des bénéficiaires de la CMU, la négociation de prestations de qualité à prix coûtant pour les soins dentaires, les soins d'optique et les prothèses auditives et l'application du régime du tiers payant.

2. La logique du partenariat permet au bénéficiaire de choisir l'organisme d'affiliation ou d'adhésion

L'article L. 861-4 nouveau du code de la sécurité sociale créé par le III de l'article 20 du projet prévoit que les bénéficiaires de la couverture complémentaire CMU feront eux-mêmes le choix de leur organisme d'affiliation ou d'adhésion. Celui-ci pourra être soit une caisse d'assurance

maladie, soit un organisme complémentaire : mutuelle, institution de prévoyance ou société d'assurance. Les caisses d'assurance maladie assureront la gestion des prestations en nature délivrées aux bénéficiaires de la CMU « pour le compte de l'Etat », ce qui signifie que les dépenses engagées à ce titre seront prises en charge par l'Etat et non par la sécurité sociale. Celles qui seront gérées par les organismes complémentaires relèveront, quant à elles, d'un financement spécifique mis en place par les articles L. 861-10 à L. 861-17 nouveaux du même code, créés par l'article 25 du projet, qui concernent également les organismes d'assurance maladie participant à la CMU.

Le principe de ce choix s'est trouvé à l'origine d'un, large débat entre ceux qui estiment que les caisses d'assurance maladie n'ont pas pour vocation d'intervenir dans le domaine complémentaire et ceux qui considèrent que le choix ainsi offert aux bénéficiaires de la CMU constitue la garantie de l'application effective de cette couverture en cas de carence des organismes complémentaires ou en raison de la simplicité que présente l'affiliation à une caisse unique pour la base et le complémentaire.

La ministre de l'emploi et de la solidarité ainsi que le rapporteur se sont plusieurs fois exprimés en faveur d'une lecture partenariale du projet.

3. La structure de financement ne lèse aucun des acteurs du partenariat

L'article 25 du projet crée le fonds de financement de la protection complémentaire, il prévoit les modalités de financement de l'assurance complémentaire, dont la gestion est confiée à un fonds unique, créé sous la forme d'un établissement public administratif (article L. 861 10 nouveau du code de la sécurité sociale).

Les dépenses du fonds seront constituées par :

- a) un versement aux organismes de sécurité sociale d'un montant équivalent à la charge que représente pour eux la couverture complémentaire. Il s'agira d'un calcul forfaitaire tenant compte du coût moyen que représente un affilié multiplié par le nombre de personnes prises en charge,
- b) un versement aux mutuelles et aux assurances des sommes qui leur sont dues au titre de la différence éventuelle entre la contribution due par une entreprise assurancielle et la déduction due à celle-ci lorsqu'elle prend en charge la couverture complémentaire, si cette déduction est supérieure au montant dû,
- c) Les frais de gestion administrative du fonds.

Les recettes du fonds seront constituées par :

- a) les versements dus par les mutuelles et les assurances de la contribution assise sur les activités « santé » de ces organismes (1,75 %),
- b) la dotation d'équilibre d'Etat.

L'article 25 fixe encore (article L. 861-14 nouveau du code de la sécurité sociale) les conditions de versement des sommes dues par les entreprises assujetties au titre du paiement de la cotisation, et, inversement, du reversement par le fonds des sommes dues aux entreprises qui prennent en charge des personnes au titre de la couverture complémentaire.

Il convient enfin de signaler que le contrôle du Parlement sur le nouvel organisme ainsi créé sera total comme il le sera sur les conditions de perception de la cotisation et de reversement des sommes dues aux mutuelles et aux compagnies d'assurance. En effet, outre la présence de parlementaires dans le conseil de surveillance du fonds, l'inclusion de son activité dans le champ de compétences de la Commission des comptes de la sécurité sociale et de la Cour des comptes, le projet dispose que le fonds est un « organisme créé pour concourir au financement » d'un régime obligatoire de base, et donc, à ce titre, que la loi de financement doit en prévoir les recettes.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I.- AUDITIONS DE LA COMMISSION

A. AUDITION DE LA MINISTRE

La commission a entendu **Mme Martine Aubry**, ministre de l'emploi et de la solidarité, au cours de sa séance du mercredi 10 mars 1999.

Mme Martine Aubry a souligné que l'apport essentiel du projet consistait à mettre un terme à l'inadmissible injustice de l'inégalité devant la prévention et les soins, le niveau de revenu ne devant plus introduire de discrimination dans le domaine de la santé. Le droit à l'assurance maladie est désormais garanti à tous.

Le renoncement aux soins et la dégradation de l'état de santé aggravent les difficultés financières, psychologiques et familiales tout en contrariant le retour à l'emploi. 30 % des personnes dont le revenu est inférieur à 3 000 francs par mois renoncent à des soins et l'espérance de vie varie considérablement en fonction des critères socioprofessionnels. La réduction de l'inégalité devant l'accès aux soins constitue un des axes majeurs de la politique de lutte contre les exclusions menée par le Gouvernement.

Le projet de loi prévoit que tout résident stable et régulier qui n'aurait pas de droits ouverts auprès d'un régime de sécurité sociale bénéficiera, sur la seule justification de sa résidence régulière, des prestations du régime général.

L'affiliation est immédiate, ce n'est qu'ensuite que la caisse concernée recherche si la personne ne peut bénéficier de droits à un autre titre. Si elle ne relève d'aucun des critères traditionnels d'affiliation, elle est maintenue au régime général, au titre de sa résidence.

L'affiliation est automatique, le demandeur devant produire sa carte d'identité, ou, s'il s'agit d'un étranger, sa carte de séjour.

Les droits aux prestations en nature sont ouverts dès le dépôt de la demande et leur continuité est garantie, le paiement de cotisations ne constituant plus un préliminaire à l'accès aux soins. Les personnes affiliées à ce régime acquitteront une cotisation qui sera proportionnelle aux revenus. Le régime de l'assurance personnelle sera supprimé et l'accès aux soins facilité. Aujourd'hui, 700 000 personnes n'ont pas accès à un régime de base obligatoire ; 550 000 d'entre elles sont affiliées au régime de l'assurance personnelle, régime complexe qui laisse subsister une population de 150 000 personnes ne bénéficiant d'aucune couverture sociale.

La couverture maladie universelle permettra, par exemple, à des jeunes en rupture de lien familial, d'être titulaires d'une carte de sécurité sociale propre, dès l'âge de seize ans.

Le transfert des sommes actuellement consacrées par les divers acteurs concernés à la prise en charge des cotisations de l'assurance personnelle assure à la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM) la neutralité financière cette opération.

En outre, le projet ouvre un droit à la couverture complémentaire pour les 10 % de personnes les plus modestes de la population.

Garantir l'affiliation à un régime de sécurité sociale, seul objectif du Gouvernement précédent, ne suffit pas pour autant à garantir l'accès aux soins. L'assurance maladie laisse 25 % des dépenses de santé à la charge des ménages, alors que de nombreux pays européens garantissent un accès gratuit. Alors que 84 % de la population dispose d'une couverture complémentaire prenant en charge le forfait hospitalier et le ticket modérateur, cette proportion tombe à 45 % dans la tranche des revenus inférieurs à 2 000 francs par mois.

L'aide médicale gérée par les départements n'a pas résolu ces problèmes d'accès aux soins. Les barèmes de ressources, lorsqu'ils existent, sont trop restrictifs dans de nombreux départements ; certains d'entre eux se limitent à l'obligation légale de prise en charge des bénéficiaires du RMI. Il résulte de ces situations une inégalité de traitement sur l'ensemble du territoire dans le domaine de l'aide médicale.

Le projet ne va pas conduire à une étatisation mais tend à supprimer les inégalités de traitement liées aux lieux de résidence.

La couverture maladie universelle permettra à 6 millions de personnes de bénéficier d'une couverture complémentaire sans condition de ressources. Les soins, comme le forfait hospitalier, seront pris en charge à 100 % et des remboursements adaptés seront mis en place pour les prothèses dentaires et l'optique, sans facturation de dépassement. Afin de mettre un terme au problème de l'avance de frais, les personnes aux revenus les plus modestes bénéficieront du tiers payant dans les deux régimes, obligatoire et complémentaire. Ce droit sera ouvert aux foyers dont le revenu par unité de consommation est inférieur à 3 500 francs.

Le risque d'effet de seuil est écarté par les mesures suivantes :

- les droits à la couverture complémentaire sont ouverts pendant un an, quelle que soit l'évolution du revenu des bénéficiaires pendant la période de référence ;
- les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) qui viendraient à dépasser le seuil de revenus et qui auront choisi une mutuelle ou une assurance, verront leurs droits à la couverture complémentaire prolongés d'un an à un tarif préférentiel ;
- les fonds d'action sociale des caisses, soulagés par la mise en place de la CMU, notamment ceux des CPAM, pourront intervenir pour les personnes dont les ressources sont supérieures au barème, mais qui rencontreraient des problèmes particuliers.

La mise en œuvre de la couverture maladie universelle n'aggrave pas le déficit de la sécurité sociale, le coût de la couverture complémentaire étant pris en charge par l'Etat. Par ailleurs, le dépistage et le traitement rapide des pathologies, évitant souvent des traitements hospitaliers coûteux, conduisent à une économie. De toute façon, ce n'est pas en privant de soins les plus démunis, qui consomment en moyenne 10 % de moins que le reste de la population, que l'on résoudra le problème du déficit de l'assurance maladie.

S'agissant de la gestion de la prestation, le choix d'un système mixte est justifié par plusieurs considérations, au premier rang desquelles se trouve l'intérêt des bénéficiaires. Il est apparu plus efficace de permettre leur inscription aussi bien auprès de la CPAM que des sociétés d'assurance, des mutuelles et des institutions de prévoyance afin de ne pas courir le risque d'une carence dans l'application de la loi en cas d'engagement insuffisant de ces dernières ou d'une rupture d'adhésion. Cette formule mixte est à la fois la plus simple et la plus souple, la CPAM pouvant compenser, le cas échéant, la défaillance des autres acteurs de la protection complémentaire. Si inversement les mutuelles et les assurances s'engagent pleinement, il sera envisageable de revenir au scénario de la couverture partenariale qui avait la préférence du Gouvernement.

La CMU n'introduit aucune modulation des remboursements en fonction des revenus. Cette prestation de solidarité, dont le coût est évalué à environ 9 milliards de francs, sera financée par un fonds d'Etat. Ce fonds sera abondé par une contribution des organismes de protection complémentaire au taux de 1,75 % de leur chiffre d'affaires santé et, pour le solde, par une dotation de l'Etat, à qui seront transférées les sommes actuellement consacrées par les départements à l'aide médicale complémentaire.

Après avoir rendu hommage au travail considérable de réflexion et de négociation mené par M. Jean-Claude Boulard dans le cadre de la mission qui lui avait été confiée par le Gouvernement, **la ministre** a conclu que cette loi ne visait pas à développer l'assistance mais tout simplement à mettre fin à une situation sociale inacceptable en cette fin de XXe siècle.

Le président Jean Le Garrec a souligné que ce projet de loi participait d'une accentuation de la politique de prévention, que la formule mixte retenue pour la gestion de la prestation était, à ses yeux, la meilleure et que la bonne application de la loi nécessiterait une grande mobilisation des acteurs sociaux ainsi que des CPAM.

M. Jean-Claude Boulard, rapporteur, a tout d'abord souhaité que ce projet puisse rassembler l'ensemble des parlementaires, au-delà de la majorité. Il a ensuite fait état d'une lettre que lui a adressé Mme Pierre Laroque, soulignant que le projet s'inscrivait dans la filiation de l'œuvre du père de la sécurité sociale. L'option ouverte aux usagers n'introduit

pas de concurrence entre les deux systèmes mais traduit en réalité la diversité des personnes susceptibles de souscrire à ce dispositif.

En réponse, **la ministre**, après avoir rappelé les autres éléments de la politique du Gouvernement pour la santé des plus démunis, tels que les hôpitaux hors les murs et la généralisation des permanences d'accès aux soins (PAS) dans les grands hôpitaux, a estimé que ce projet devait en effet rassembler tous les groupes et s'est déclarée ouverte sur les différents points en débat dès lors que l'objectif d'assurer un accès simple à la santé est respecté.

M. Yves Bur, après avoir indiqué que personne ne pouvait rester insensible au sort des 6 millions de Français en situation de santé insatisfaisante, a rappelé que M. Jaques Barrot, alors qu'il était ministre des affaires sociales avait déjà souhaité mettre en place une assurance maladie universelle. Il serait inexact de prétendre que le système fonctionne mal, car les départements assurent déjà une aide médicale dans de bonnes conditions et il n'est pas sûr que les 150 000 personnes non bénéficiaires de la sécurité sociale qui vont passer d'un système de proximité à un système géré par les CPAM seront ainsi mieux traités. Dans ce nouveau système il y a un risque que l'assurance maladie et les mutuelles deviennent des exécutants du ministère.

En ce qui concerne le volet complémentaire d'assurance, il va de soi que les personnes concernées iront vers le dispositif le plus simple, c'est-à-dire vers les CPAM plutôt que vers une mutuelle. Deux points particuliers méritent débat : le principe d'une participation, même modeste, des personnes concernées et les effets de seuils, qui devront être compensés par les collectivités locales.

Mme Jacqueline Fraysse, après avoir souligné le geste important de solidarité que constitue ce projet de loi, a considéré que l'objectif essentiel devait rester de procurer à chacun un emploi afin qu'il puisse bénéficier d'une affiliation normale à la sécurité sociale. Le développement des soins en amont et de la prévention permettra également d'éviter des drames humains et de limiter le coût supporté par la sécurité sociale.

Elle a ensuite posé des questions sur :

- la raison de la différence entre le niveau de plafond requis pour bénéficier de la CMU et le seuil de pauvreté, fixé à 3 800 F ;
- le maintien des contingents communaux d'aide médicale et la modification éventuelle des critères de leur calcul ;
- les moyens dont disposeront les CPAM pour instruire les nouveaux dossiers ;
- la place des assurances dans la gestion du volet complémentaire santé et les garde-fous prévus pour éviter une santé à deux vitesses ;
- la prise en charge des frais dentaires et d'optique ;
- la nécessité d'étendre le tiers-payant et de réformer le forfait hospitalier qui est très lourd pour beaucoup de familles ;
- l'avance de frais pour les jeunes de 16 à 18 ans en situation de rupture familiale ;
- les moyens d'aider les étudiants à faible niveau de ressources qui seront exclus de la CMU mais ne pourront accéder à une assurance complémentaire.

M. Denis Jacquat, après avoir indiqué que le groupe Démocratie libérale était d'accord avec l'objectif du projet de loi, a évoqué les problèmes suivants :

- la fixation d'un seuil différent du seuil de pauvreté, qui aboutit à exclure deux millions de personnes du bénéfice de la protection complémentaire ;
- la mise en place d'un système d'aide en fonction du revenu pour les personnes ne bénéficiant pas de l'avance de frais pour éviter l'effet de seuil ;
- l'intervention différenciée des départements pour limiter les effets de seuil, qui risque d'entraîner une application non uniforme de la loi pour tous les citoyens ;
- l'existence d'un phénomène de concurrence entre organismes pour la gestion du système complémentaire ;
- le choix de l'âge de 16 ans pour pouvoir bénéficier du statut d'ayant droit autonome ;
- la constitutionnalité des dispositions diverses d'ordre sanitaire et social ajoutées dans le projet de loi et susceptibles de constituer autant de « cavaliers législatifs ».

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia s'est interrogée sur l'évaluation à 1 500 F du montant annuel des dépenses des bénéficiaires de la CMU qui ne paraît pas réaliste dès lors qu'il y aurait une intervention chirurgicale et sur le risque d'augmentation brutale de leurs dépenses de soins lors de leur entrée dans le dispositif. Elle a ensuite souhaité avoir des précisions sur le financement du fonds, en particulier en cas de dépassement des neuf milliards de francs annoncés.

Mme Gilberte Marin-Moskovitz s'est félicitée du dépôt de ce projet de loi qui constitue une nouvelle victoire contre l'exclusion en permettant à tous les Français d'accéder aux soins selon les mêmes principes et de façon égalitaire sur l'ensemble du territoire. Ce projet répond à une nécessité et ne devrait pas entraîner d'abus comme le montre l'expérience des cartes de santé dans certains départements. Cette expérience souligne par ailleurs le besoin impératif d'accompagner les personnes qui bénéficieront de la CMU afin de leur expliquer l'étendue de leurs droits.

Mme Odette Grzegorzulka a souhaité obtenir des précisions sur la condition de domiciliation qui devra être remplie par les personnes sans domicile fixe pour pouvoir bénéficier de la CMU au regard des difficultés posées en particulier à Paris par cette exigence de domiciliation. Elle a ensuite observé que la diminution, sans modulation par département, de la dotation globale de décentralisation allait avoir lieu sans avoir obtenu l'assurance que ceux-ci feront tous un effort suffisant pour « lisser » l'effet de seuil, effet d'autant plus redoutable qu'il se cumule avec d'autres effets de seuil. Il conviendrait donc de s'interroger sur une progressivité des fonds remontant des départements vers l'Etat en fonction des efforts consentis par chaque département.

En réponse aux intervenants, **la ministre** a apporté les précisions suivantes :

- Ce projet n'opère aucune modification de frontières, ni en terme de gestion, ni en terme de financement, entre les caisses et les organismes complémentaires. Tous les départements avaient délégué la gestion de l'aide médicale gratuite aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) qui continueront donc à exercer une tâche qu'elles assuraient déjà. Pour autant, leur travail n'en sera pas considérablement alourdi, d'une part parce que l'ouverture d'un dossier CMU sera extrêmement simple et, d'autre part, parce que la télétransmission

des feuilles de soins électroniques aux caisses, mis en place par le système Sésam-Vitale, va alléger leurs autres tâches de gestion et libérer des agents.

- Les bénéficiaires de la CMU seront tout autant aptes que les autres à choisir l'organisme qui assurera leur couverture complémentaire. Il n'est pas sûr qu'ils se tourneront inévitablement vers la CPAM pour la gestion de leur couverture complémentaire. D'abord parce qu'un grand nombre d'organismes seront à même de les guider dans leur choix, ensuite parce que les bénéficiaires devraient être sensibles au fait qu'à la sortie de la CMU, pour une période d'un an, il leur sera possible de prolonger leur adhésion à un régime complémentaire à un tarif préférentiel.

- Il est vrai que les départements ont fait des efforts plus ou moins importants en matière d'aide médicale. Sur 72 départements étudiés, 39 ont appliqué strictement la loi, c'est-à-dire ont retenu comme seuil d'attribution celui du RMI, 25 ont fixé ce seuil entre le RMI et 3 500 F et seulement 8 ont retenu un seuil supérieur ou égal à 3 500 F. Choisir de faire remonter vers l'Etat les sommes affectées à l'aide médicale en 1997 diminuées de 5 % présente l'avantage d'éviter d'ouvrir un débat complexe sur la modulation. En effet, parmi les départements qui ont fait les efforts les plus importants, certains étaient en mesure d'y procéder parce qu'ils comptaient le moins de personnes en difficulté et inversement. La règle des 5 % permet en réalité d'assurer une certaine solidarité entre les départements riches et pauvres. Elle évite d'avoir à accroître la part des départements qui en étaient restés à l'application stricte de la loi simplement parce qu'ils comptaient un nombre considérable de personnes relevant de l'aide médicale gratuite. Il faut d'ailleurs signaler que ce système a été approuvé par l'Assemblée des présidents de conseils généraux (APCG).

- La fixation d'un seuil entraîne en elle-même des effets critiquables. Le seuil de pauvreté, souvent invoqué, donne lieu, en réalité, à des évaluations variables selon les organismes : 3 500 F pour l'INSEE, 3 800 F selon les statistiques internationales, 3 000 F pour le Haut comité de la santé publique.

Les seuils fixés par la loi pour l'attribution de l'aide médicale gratuite aboutissaient à en faire bénéficier 1,4 million de personnes, 2 millions en réalité, en raison de majorations des seuils opérés par certains départements. La CMU concernera 6 millions de personnes. Augmenter le seuil retenu de 200 à 300 F conduirait à étendre le dispositif à 2 millions de personnes supplémentaires pour un coût de 2 à 3 milliards de francs.

La compensation des effets de seuils pourra en revanche être opérée par les caisses de sécurité sociale et les collectivités locales grâce aux sommes précédemment affectées à des dépenses de santé qui seront prises en charge par la CMU. En effet, la CMU allégera les charges des fonds d'action sociale des caisses : 650 millions de francs sont distribués par les fonds d'action sanitaire et sociale des CPAM et 240 millions de francs par les fonds d'action sociale des caisses d'allocations familiales. De même, les départements vont conserver les personnels affectés auparavant à la gestion de l'aide médicale ainsi que 5 % des sommes qui y étaient consacrées en 1997. S'y ajoute la part des 12 milliards de francs des contingents communaux d'aide sociale versés au titre de l'aide médicale, c'est-à-dire 1,5 milliard. Cette question est cependant encore en discussion entre le ministre de l'intérieur, l'APCG et les représentants des maires. Au total, ce seront donc trois à quatre milliards de francs, auparavant consacrés à l'aide médicale, qui seront disponibles et pourront être consacrés, au moins en partie, par les caisses et les collectivités territoriales à des dépenses d'aide sociale en direction des personnes se situant au-dessus du seuil retenu et se trouvant pourtant dans une situation personnelle difficile.

- La prise en charge des dépenses de soins des bénéficiaires de la CMU se fera automatiquement, quelle que soit la structure où ces soins sont prodigués : hôpital, centre de soins, médecin.

- L'âge de seize ans a été choisi car il s'agit de l'âge où l'on devient assuré social, selon le code de la sécurité sociale et de l'âge de la fin de l'obligation scolaire selon le code du travail.

- Le régime spécifique des étudiants est maintenu, pour la couverture de base, au sein du régime général. Les étudiants qui remplissent les critères posés dans la loi pourront bénéficier de la couverture complémentaire de la CMU.

- Pour ce qui est des dépenses d'optique, de prothèses dentaires et de dispositifs médicaux, il est prévu d'aller au-delà du ticket modérateur dans le remboursement. Déjà, dans le système actuel, des mutuelles et des assurances négocient des prix bas avec les fabricants.

- L'extension du tiers-payant à l'ensemble de la population, même si certains professionnels de santé n'y semblent pas favorables, serait une mesure positive.

- La concurrence entre les assurances et les mutuelles ne devrait pas exister dans la pratique dans la mesure où les assurances, les mutuelles et les institutions de prévoyance ne pourront pas choisir ou refuser les assurés. Si concurrence il y a, elle ira dans le sens d'une amélioration du service rendu aux assurés notamment sous la forme de bilans de santé gratuits ou de mesures de prévention.

- S'agissant du titre IV du projet de loi, il s'agit de mesures de santé publique et la jurisprudence du Conseil Constitutionnel concernant les cavaliers législatifs ne s'applique qu'aux amendements.

- Il n'a pas de risque de forte augmentation des dépenses de soins par les futurs bénéficiaires de la CMU ; les statistiques montrent que les personnes les plus modestes dépensent en moyenne 10 % de moins que les autres en matière de santé. On peut s'attendre toutefois à une augmentation conjoncturelle de ces dépenses lors de l'entrée dans le dispositif du fait d'une mise à niveau.

- Avec la loi de lutte contre les exclusions, les « sans domicile fixe » peuvent être effectivement domiciliés par une association, ce qui facilitera beaucoup la mise en œuvre de la couverture maladie universelle.

M. Pascal Terrasse a souligné que les deux principes fondamentaux du projet de loi étaient la dispense de l'avance des frais et la non sélection des personnes et des risques, deux principes qu'il conviendrait de généraliser à l'ensemble des bénéficiaires du régime général. Il a ensuite posé des questions sur :

- la nécessité d'une véritable politique de promotion de la santé, notion insuffisamment mise en avant dans le projet de loi ;

- le problème de l'appréciation des ressources : une personne bénéficiant d'une allocation du fonds national de solidarité et d'une allocation de logement sera-t-elle considérée en dessous du plafond de ressources ?

- la possibilité de faire participer financièrement, même symboliquement, les bénéficiaires afin de préparer leur sortie du dispositif.

M. Maxime Gremetz a formulé les observations suivantes :

- Le rétablissement de l'égalité entre les départements sera particulièrement délicat à réaliser. Il est clair qu'un département, comme la Seine-Saint-Denis par exemple, subira un prélèvement relativement plus lourd que les Hauts-de-Seine.
- Il semble difficile de garantir l'aide médicale aux personnes en situation irrégulière dans la mesure où leur interlocuteur sera le représentant de l'Etat lui-même chargé de veiller aux règles en matière d'immigration clandestine.
- Il sera nécessaire d'aller à la rencontre des 150 000 personnes non affiliées actuellement qui sont des personnes en situation de grande exclusion.

M. Alain Veyret, après avoir considéré que la couverture maladie universelle ne relevait pas de l'assistantat mais permettait de restaurer le droit à la protection sociale tel qu'il avait été conçu en 1944 par le Conseil national de la résistance, a souhaité que le projet de loi prenne également en compte le cas des personnes atteintes de pathologies lourdes entraînant des arrêts de travail de longue durée. Pour les plus défavorisés, par exemple, les titulaires de CES, l'indemnité journalière trop faible versée dans ce cas par l'assurance chômage devrait être révisée pour éviter les situations de précarité.

Par ailleurs, il existe de nombreuses personnes qui, bien que bénéficiant d'un revenu supérieur au plafond de 3 500 francs, sont objectivement des exclues. Selon le projet de loi, elles ne pourront pas bénéficier de la CMU. Pour atténuer cet effet de seuil, il serait souhaitable que l'Etat leur attribue, pour leur couverture complémentaire, une aide à la mutualisation proportionnelle à leur revenu.

M. Marcel Rogemont a évoqué le cas des petites mutuelles, de collectivités locales notamment, qui ne réunissent que quelques milliers d'adhérents. La contribution de 1,75 % qui serait exigée d'elles pour participer à la CMU risque de peser lourdement sur leur équilibre. Il serait donc souhaitable de prévoir une taxation différenciée en leur faveur.

M. Jean Michel Dubernard a formulé des observations sur :

- la nécessité de ne pas passer sous silence l'action des prédécesseurs de la ministre, en particulier M. Xavier Emmanuelli, qui ont permis d'aboutir au présent projet de loi ;
- le risque que la mise en concurrence des caisses et des organismes et institutions complémentaires ne conduise à une situation comparable à celle existant aux Etats-Unis pour les HMO, à savoir un nivellement par le bas des prestations offertes ;
- l'incompatibilité du dispositif prévu à l'article 20 du projet avec les règles européennes en matière de libre prestation de services, le système proposé ne relevant ni de la contribution, ni de l'aide sociale mais constituant un régime d'exception assez discutable ;
- le risque d'incitation au contournement des règles du droit du travail et à la banalisation du travail clandestin ;
- le rôle des mutuelles étudiantes dans le dispositif de la CMU alors que 95 % des étudiants ont un revenu inférieur au seuil retenu de 3 500 francs par mois.

M. Edouard Landrain a posé des questions sur :

- les sécurités envisagées pour éviter les dérapages de la contribution des départements et des communes au financement de la CMU ;
- l'opportunité d'une contribution, même modique, des bénéficiaires au financement du système ;
- les actions spécifiques envisagées en matière d'information sur la CMU et de prévention en matière de santé, notamment en milieu scolaire.

En réponse aux intervenants, **la ministre** a donné les indications suivantes :

- Le calcul des ressources prises en considération pour déterminer le droit à la CMU se fera comme pour les autres minima sociaux, c'est-à-dire en tenant compte des seuls revenus permanents ; les allocations exceptionnelles, comme l'allocation de rentrée scolaire, ne seront donc pas prises en compte.
- L'éventualité d'une contribution personnelle a été longuement étudiée avant d'être abandonnée. A priori, il semblait possible voire souhaitable de prévoir une contribution minimale de l'ordre de 30 francs par foyer et par mois. Mais se posait alors la question des conséquences d'un non-paiement. Fallait-il suspendre le bénéfice de la CMU ? Ou bien engager des poursuites ? Pour de si petites sommes, aucune poursuite n'aurait jamais été engagée. La contrevenance se serait donc retrouvée, de facto, impunie et le principe même de la contribution, dépourvu de sens. En tout état de cause, une telle contribution serait totalement antinomique avec le souhait, manifesté par certains, de relever le plafond.
- Pour atténuer l'effet de seuil, le texte prévoit de faire bénéficier les personnes qui sortiront du dispositif de la CMU, pendant un an, d'un tarif préférentiel pour la poursuite de leur affiliation à un régime complémentaire.
- La prise en compte des dépenses de santé réelles pour les dépenses des départements est apparue comme plus juste que la référence au pourcentage de population concernée, car cela aurait conduit à renforcer la contribution des départements les plus pauvres ou ayant une forte proportion de personnes démunies.
- L'information sur la CMU devra être diffusée le plus largement possible, dans les caisses d'assurance maladie, les collectivités locales et les lieux de soins, mais également dans toutes les structures fréquentées par les personnes en difficulté.
- L'évolution de la contribution des départements sera indexée sur l'augmentation de la dotation générale de décentralisation ; il n'y a donc pas de risque de dérapage.
- Les petites mutuelles sont tout à fait prêtes à s'engager dans la CMU car elles y retrouvent les missions fondatrices de la mutualité. Leur proximité à l'égard des populations concernées leur permettra sûrement de jouer un rôle positif.
- La mise en concurrence des différents organismes d'assurance complémentaire ne se fera pas au prix d'un nivellement par le bas puisque la loi fixera le niveau minimal de prestations exigé. Au contraire, la concurrence jouera vers le haut par l'offre de services complémentaires de promotion de la santé et de prévention que proposeront les organismes complémentaires.

- La lutte contre le travail clandestin est une préoccupation constante du Gouvernement. Depuis dix ans, le nombre de procès verbaux est en constante augmentation. Une récente circulaire adressée aux inspecteurs du travail poursuit les efforts engagés en faveur d'un contrôle accru.

- Les étrangers en situation irrégulière sont aujourd'hui pris en charge par l'aide médicale départementale accordée sous condition de revenu. Le projet de loi se contente de transformer cette aide en une aide médicale de l'Etat mais ne modifie pas le dispositif.

- De l'avis des différents experts consultés, il n'y a pas d'incompatibilité entre le projet de loi et les règles européennes en matière de libre prestation de service.

B.- AUDITION DE M. MARCEL RAVOUX, PRESIDENT, ET DE M. DANIEL POSTEL VINAY, DIRECTEUR GENERAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE ET MATERNITE DES TRAVAILLEURS NON SALARIES DES PROFESSIONS NON AGRICOLES (CANAM)

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a entendu **M. Marcel Ravoux**, président, et **M. Daniel Postel Vinay**, directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles (CANAM) au cours de sa séance du mercredi 17 mars 1999.

M. Marcel Ravoux, président de la CANAM, a tout d'abord exprimé son accord avec l'idée généreuse qui fonde le projet de loi sur la couverture maladie universelle (CMU) et s'est félicité de la modification de l'âge de couverture des étudiants, modification demandée par la Caisse depuis longtemps.

Il semble par contre que si les modalités de fonctionnement qui ont été retenues pour la CMU sont adaptées au régime général, elles n'ont pas pris assez en compte les spécificités des autres régimes :

- La dissociation entre le paiement des cotisations et l'ouverture des droits risque de poser à la CANAM un problème financier important. Dans ce régime en effet, l'indépendant paie lui-même sa cotisation. Si aujourd'hui le taux d'encaissement de ces cotisations proche de 97 % est très satisfaisant, on risque dans l'avenir de se heurter à des refus de paiement, qui, le temps que les contentieux soient réglés, pourraient générer une perte de 2 à 3 milliards de francs.

- L'accès à une couverture complémentaire, qui est la partie la plus novatrice de ce projet de loi, risque de produire des effets induits négatifs. L'effet de seuil sera particulièrement difficile à supporter pour ce régime, dans la mesure où à quelques cent francs supplémentaires un ménage disposant de 62 000 francs de ressources annuelles pourra passer d'une cotisation nulle à une cotisation s'élevant de 8 000 à 10 000 francs par an. Ceci sera ressenti comme une forte injustice et pourrait constituer un encouragement au travail dissimulé pour les personnes juste au-dessus du seuil. Pour ces raisons, il serait préférable que le principe d'une cotisation, même minime, soit arrêté et qu'une participation dégressive soit mise en place au-delà du seuil jusqu'à environ deux fois la valeur de celui-ci.

M. Marcel Ravoux a ensuite précisé qu'il n'était pas hostile à ce que les organismes mutualistes et les sociétés d'assurances gèrent les prestations versées aux assurés non salariés non agricoles, dans la mesure où elles le font déjà. Par contre, l'échéance de l'an 2000 pour la mise en œuvre de la CMU apparaît impossible à respecter en raison des fortes contraintes informatiques posées par le passage à l'an 2000. Il serait donc souhaitable de décaler l'entrée en vigueur du dispositif d'au moins un trimestre.

Enfin, il est regrettable que le Parlement n'ait toujours pas été en mesure d'examiner la question des indemnités journalières des artisans, mesure qui aurait dû faire l'objet d'un article d'un projet de loi portant diverses mesures d'ordre social.

M. Jean-Claude Boulard, rapporteur, a souhaité recueillir l'avis de la CANAM sur l'article 14 du projet qui tend à renforcer les conditions de recouvrement des cotisations des

non salariés non agricoles. Il a ensuite souligné que l'option retenue par le projet de loi était, pour les futurs bénéficiaires de la CMU, de couvrir aussi la part aujourd'hui non couverte par le régime de la CANAM des dépenses remboursées, ce qui réduit les différences existantes entre les régimes au niveau des taux de remboursement.

M. Daniel Postel Vinay, directeur général de la CANAM, a observé que la technique de l'avis à tiers détenteur sera effectivement une arme de recouvrement supplémentaire mais qui ne pourra fonctionner que lorsque ce tiers est facile à identifier. Il est peu probable que cette procédure permette de limiter le risque d'évasion pour tous ceux qui se trouvent à la marge supérieure du seuil, qui auront intérêt à minorer leurs revenus et à s'abstenir de payer leurs cotisations.

Par ailleurs, ce projet gommant la différence de taux de prise en charge entre le régime général et celui de la CANAM aboutit à ce que la couverture complémentaire d'un indépendant coûtera plus cher que celle d'un salarié. En conséquence, les organismes complémentaires pourraient être amenés à augmenter les cotisations des indépendants non éligibles à la CMU. Une modulation des 1 500 francs versés aux organismes complémentaires par le fonds de la CMU pour chaque bénéficiaire devrait être opérée en fonction de l'importance de la couverture des régimes.

M. Denis Jacquat ayant souhaité connaître le nombre de chefs d'entreprise couverts par la CANAM susceptibles d'entrer dans le champ de la CMU, **M. Marcel Ravoux** a précisé que sur un total de 1,2 million de chefs d'entreprise, 387 000 assurés sont actuellement sous le plafond de la sécurité sociale, soit moins de 67 000 francs de ressources annuelles et que 200 000 environ pourraient être concernés par la CMU. Il a également précisé que sur 100 francs de dépenses de santé remboursables, le régime général rembourse aujourd'hui 87 francs et la CANAM 83 francs.

M. Charles de Courson a souhaité connaître le nombre d'ayants-droit retraités relevant de la CANAM et l'estimation du nombre de ces personnes qui pourraient bénéficier de la CMU.

M. Marcel Ravoux a indiqué que ce chiffre s'élevait à 600 000, et à 900 000 avec les conjoints. Sans doute plus de 100 000 d'entre eux en France métropolitaine seront concernés par la CMU mais cette estimation est très difficile à faire car la CANAM n'a pas connaissance des revenus non professionnels et des ressources des conjoints.

M. Denis Jacquat a posé des questions sur :

- le risque de voir la mise en place de la CMU inciter au travail clandestin les commerçants et artisans, qui seront tentés de sous-déclarer leurs revenus au-dessous du seuil ;
- et sur les possibilités de gestion de la couverture complémentaire par la CANAM.

M. Charles de Courson s'est interrogé sur :

- les modalités actuelles de gestion de la couverture maladie par la CANAM ;
- sur la possibilité pour celle-ci de développer une activité en matière de couverture complémentaire ;
- sur l'intérêt, par référence au régime général, à faire gérer la couverture complémentaire par l'organisme chargé de la couverture de base, même si celui-ci est délégataire, ce qui induit des économies de gestion considérables ;

- et sur le risque d'augmentation des cotisations des adhérents à la CANAM non bénéficiaires de la CMU afin de compenser le coût de celle-ci.

M. Marcel Ravoux a jugé utile de lisser les effets de seuil, faute de quoi nombre des adhérents de la CANAM risqueraient de se tourner vers la CMU, alors que les cotisants doivent payer environ 4 000 francs par mois pour obtenir une couverture identique. Il convient donc de passer de la gratuité totale à un système plus progressif. Parmi les adhérents de la CANAM 15 à 18 % ne bénéficient actuellement d'aucune couverture complémentaire, le reste des assurés étant couverts, pour plus de la moitié, par la mutualité, pour la partie restante par des compagnies d'assurance. Pour certains ressortissants en situation difficile, dans certains départements, sur une base contractuelle, le Conseil général prend en charge les cotisations et la CANAM les prestations. Au demeurant, selon les renseignements dont on peut disposer, il semble que 10 à 12 % des salariés ne bénéficient pas d'une couverture complémentaire, les autres ayant très souvent droit au bénéfice de système mutualiste géré par les entreprises.

M. Daniel Postel Vinay a souligné que la CANAM était un organisme spécialisé chargé de la gestion d'un service public, et qu'elle ne pouvait pas, à défaut d'une habilitation législative spécifique, dépasser le cadre de sa mission de service public pour gérer de l'assurance complémentaire. Par ailleurs, la CANAM sous-traite la gestion du régime obligatoire à divers organismes et applique donc un système de décompte unique. Le régime général est donc dans une situation de départ inverse de celle de la CANAM.

M. Bernard Outin a demandé si l'application de la CMU modifierait les comportements de ceux qui ayant des revenus ne paient pas pour leur santé.

M. Denis Jacquat a demandé si, aux yeux de la CANAM, la mise en place de la CMU risquait d'entraîner des dérapages.

M. Marcel Ravoux a souhaité que soit évité l'effet de «déconnexion» pour les 200 000 personnes aujourd'hui exclues de toute couverture en matière de santé. La CANAM demeure attachée au paiement d'une cotisation minimale proportionnelle aux revenus dans le domaine de la couverture complémentaire.

M. Charles de Courson a estimé que l'application de la CMU risquait de conduire 10 à 15 % des allocataires actuels des régimes complémentaires à cesser d'acquitter leurs cotisations, aggravant de 700 à 800 millions de francs la charge de l'Etat dans ce domaine. Il a ensuite évoqué le risque d'une sélection faite par les régimes complémentaires en fonction de l'âge des allocataires.

M. Marcel Ravoux a indiqué que les outils comptables et statistiques actuels ne permettaient pas d'évaluer si les personnes mentionnées par M. Charles de Courson avaient vocation à bénéficier de la CMU.

M. Jean-Claude Boulard, rapporteur, a souligné que les consultations relatives à la CMU étaient l'occasion de constater de nombreuses disparités dans la tarification des régimes complémentaires.

C. AUDITION DE MME JEANNETTE GROS, PRESIDENTE, ET M. DANIEL LENOIR, DIRECTEUR GENERAL DE LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE (MSA)

Puis la commission a procédé à l'audition de **Mme Jeannette Gros**, présidente de la Mutualité sociale agricole (MSA) et de **M. Daniel Lenoir**, directeur général, au cours de cette même réunion.

M. Daniel Lenoir a exprimé l'accord de la MSA avec le principe d'un accès égal aux soins particulièrement important dans un régime où les pathologies sont très spécifiques, 70 000 adhérents de la MSA étant exonérés du ticket modérateur pour affections de longue durée. La MSA s'est d'ailleurs beaucoup investie dans la prévention avec notamment la récente création d'un réseau de santé bucco-dentaire. Environ 14 % des affiliés connaissaient un retard dans l'accès aux soins pour des raisons financières, de sous-information ou d'éloignement géographique. Les craintes de la caisse de voir un nombre important de ses adhérents se rattacher au régime général dans le cadre de la CMU, notamment en application du critère de résidence déterminé par le projet de loi, sont importantes.

M. Daniel Lenoir a souligné, en outre, que la question du recouvrement se posait non seulement s'agissant de la déconnexion entre le paiement des cotisations et l'ouverture du droit à prestations, mais également avec les possibilités dont disposerait la MSA d'utiliser la procédure d'avis à tiers détenteurs. Le système actuel en vigueur à la MSA, qui connaît environ 9 000 applications par an, et qui concerne aussi bien les salariés que les non-salariés, apparaît plus souple que les dispositions du projet de loi.

S'agissant de la couverture complémentaire, il faut essentiellement s'interroger sur la légitimité des effets de seuil. Il existe en effet un fort risque de voir une partie des assujettis du régime agricole être concernée par le seuil. On peut chiffrer cette population entre 800 000 et un million de personnes.

Mme Jeannette Gros a indiqué que le projet risquait d'aboutir à modifier l'affiliation d'un grand nombre de retraités, dont beaucoup sont attachés à la MSA, population âgée qui ne comprendrait pas ce changement, que les seuils retenus risquaient d'avoir un effet négatif pour les couples et les agriculteurs ayant un enfant à charge et qu'il paraît contraire à la logique d'encadrer les dépenses de soins des bénéficiaires de la CMU, alors que le Conseil d'Etat, comme le Conseil Constitutionnel, empêchent la mise en place de mécanismes d'encadrement des dépenses de santé pour le reste de la population.

S'agissant des refus de paiement, la question essentielle est aujourd'hui que certaines personnes n'hésitent pas à entamer des procédures totalement dilatoires au pénal. Enfin, le projet ne prend pas en compte le fait que certains agriculteurs soumis au régime réel d'imposition peuvent se retrouver dans des situations déficitaires de manière transitoire, et de ce fait, être assurés par la CMU, puis dès lors qu'elles ne sont plus en situation déficitaire, sortir de ce système, ce qui sera source de complexité et d'incompréhension pour les intéressés. Le problème de ces écarts de revenus s'est posé il y a quelques années pour les horticulteurs et il se pose aujourd'hui pour les éleveurs de porcs.

En réponse à une question de **M. Jean-Claude Boulard, rapporteur**,

Mme Jeannette Gros a indiqué que le nombre des assurés de la MSA ayant contracté une assurance personnelle était de l'ordre de 10 000, et que le risque de changement d'affiliation était d'autant plus important que les critères d'affiliation retenus par la MSA

étaient extrêmement rigoureux, exigeant par exemple que l'exploitation couvre au moins 9 hectares.

M. Jean-Claude Boulard, rapporteur, a indiqué que le texte était sans effet quant à ces critères professionnels d'affiliation, qui ne sont pas modifiés. Ainsi, les retraités agricoles resteront gérés par la MSA. La question se pose en revanche pour les personnes qui ont choisi une assurance personnelle.

M. Daniel Lenoir a estimé que la MSA devait pouvoir continuer à gérer des personnes dont le rattachement sociologique au régime agricole est fort, notamment du fait de liens familiaux.

M. Jean-Claude Boulard, rapporteur, a répondu qu'une telle possibilité n'était pas contraire à l'esprit de la loi et qu'il convenait d'étudier une solution technique pour résoudre ce problème.

M. Charles de Courson a rappelé qu'à l'heure actuelle le critère professionnel d'affiliation à la MSA était fixé par référence à la surface de l'exploitation, laquelle doit être au moins égale à la moitié de la surface minimale d'installation (SMI). Contrairement à ce qui se produit pour la CANAM, le risque est donc fort de voir nombre de personnes actuellement couvertes par le régime agricole basculer brutalement au régime général, si les articles 2 et 3 du texte demeurent en l'état.

Par ailleurs, 85 % des affiliés à la MSA bénéficient d'un régime complémentaire. Il convient de savoir comment seront compensés les 1,2 milliard de francs de cotisations qui étaient versés à la MSA si 750 000 de ses adhérents bénéficient de la CMU. Enfin, la MSA envisage-t-elle de proposer un troisième niveau sur-complémentaire ?

M. Jean-Claude Boulard, rapporteur, a relevé que le problème des 10 000 personnes en assurance personnelle au sein de la MSA devrait être examiné en détail au moment du débat sur le texte. Il ne concerne pas uniquement les personnes situées en-dessous du seuil d'une demi-surface minimum d'installation.

En ce qui concerne le niveau complémentaire d'assurance, l'originalité de la MSA consiste en une forte coopération avec l'assurance de base. La mise en place de la CMU doit permettre de maintenir l'affiliation au régime complémentaire de la MSA et de préserver les accords collectifs existant pour les salariés. Il est toutefois nécessaire de clarifier le financement de la couverture complémentaire, qui demeure fortement excédentaire malgré le repli des régimes de base.

M. Yves Bur a évoqué le problème du remboursement des soins dentaires prothétiques.

En réponse aux intervenants, **M. Daniel Lenoir** a apporté les éléments d'information suivants :

- La MSA est particulièrement attachée à ce que le critère d'affiliation professionnelle ne soit pas remis en cause.

- Au niveau de la couverture complémentaire, la CMU va nécessairement modifier les règles d'affiliation et risque de générer un effet de seuil important. De 800 000 à un million de personnes pourraient basculer vers la CMU.

- Il existe au sein de la MSA un dispositif historique de forte intégration entre régime de base et régimes complémentaires. Il serait fort opportun que la MSA puisse en conséquence gérer le volet complémentaire de la CMU.

- La couverture complémentaire a un but essentiellement social et, à cet égard, le niveau moyen de prise en charge à 1 500 francs correspond à cet objectif.

Mme Jeannette Gros, présidente de la MSA, a tenu à préciser que les caisses de la MSA jouaient un rôle très important au niveau de la couverture complémentaire, qu'un certain nombre d'entre elles gère directement. Certaines proposent par ailleurs à leurs adhérents une couverture sur-complémentaire. Il existe toutefois une forte tension avec les mutuelles privées qui souhaitent se réserver ce créneau alors que la population, notamment âgée, souhaite pouvoir bénéficier du réseau de proximité de la MSA. La mise en place de la CMU risque toutefois d'entraîner l'augmentation des tarifs au niveau de cette couverture complémentaire.

D. AUDITION DE REPRESENTANTS DE L'UNION NATIONALE INTERFEDERALE DES ŒUVRES ET ORGANISMES PRIVES SANITAIRES ET SOCIAUX (UNIOPSS), DE MEDECINS DU MONDE ET D'ATD QUART-MONDE, AINSI QUE DE MEDECINS SANS FRONTIERES

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a entendu les représentants :

- d'associations membres du collectif « santé et précarité » : Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS), Médecins du monde et d'ATD Quart-Monde,

- et de Médecins sans frontières, sur le projet de loi portant création d'une couverture maladie universelle au cours de sa réunion du mardi 23 mars 1999.

M. Hugues Feltesse, directeur général de l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS) s'est félicité de ce que le projet de loi transmis par le Gouvernement comporte de nombreux éléments demandés lors du débat sur la loi de lutte contre les exclusions. Le projet doit donner à chacun la possibilité de tenir sa place dans la société. L'accès aux soins constitue en effet la première condition pour échapper à l'exclusion et à la précarité. Plusieurs dispositions du projet de loi – le système du régime déclaratif de ressources, la simplicité d'accès aux soins grâce à la mise en place d'un « guichet unique », la dispense des avances de frais – sont autant de points positifs allant dans le sens d'une égalité de l'accès aux soins. Des avancées supplémentaires pourraient cependant intervenir ; ainsi, le seuil de ressources retenu par le projet devrait être relevé au niveau du seuil de pauvreté.

M. Jackie Mamou, président de Médecins du monde, a estimé que le projet de loi était un texte fondamental qui permettrait de mettre en pratique les principes de liberté, d'égalité et de fraternité face aux soins et à la maladie. Certains ont malheureusement développé des interprétations tendancieuses en qualifiant le texte de projet d'assistanat. Il pourrait être amélioré sur divers points :

- L'immédiateté de l'ouverture des droits doit être garantie sur simple déclaration de la personne afin de ne pas retarder son entrée dans le dispositif. Il convient de clarifier les dispositions de l'article 3 du projet de loi qui prévoit que toute personne résidant de façon régulière et stable en France peut bénéficier de la couverture maladie universelle. Ces termes

a priori anodins peuvent créer des difficultés difficilement surmontables pour des Français nés à l'étranger qui ne sont pas toujours pourvus des documents exigés. Il faut par ailleurs évoquer le cas des 60 000 étrangers en situation irrégulière vivant en France. Il convient de ne pas écarter ces personnes du système de soins. Les associations membres du groupe de travail « santé et précarité » demandent à ce que toute personne puisse bénéficier immédiatement de la CMU, les preuves liées à sa situation et à sa résidence pouvant être apportées plus tard.

- Ces associations sont également très attachées au système de choix de l'organisme gestionnaire de la couverture complémentaire. Toute personne devrait, par une démarche active et citoyenne, bénéficier en la matière d'un libre arbitre. L'Etat devrait quant à lui garantir la qualité des prestations fournies, quelle que soit l'option retenue par l'intéressé. Il faut éviter que les personnes soient discriminées en fonction de leur âge ou de leur état dans leur démarche, à l'instar de ce qui se passe dans certains pays étrangers.

- L'abaissement à l'âge de 16 ans pour bénéficier de la CMU est une mesure tout à fait pertinente pour des jeunes en situation de grande vulnérabilité ou de rupture avec la famille. Cependant, seuls les enfants d'un ayant-droit assuré social pourront en bénéficier. L'un des parents doit donc être affilié. Cette disposition peut poser problème pour des jeunes en rupture familiale ou ayant des parents qui ne sont pas assurés sociaux. En ce qui concerne le recouvrement des frais auprès des parents prévu par le projet de loi, il est à craindre que cette disposition pose problème pour les familles dont les ressources seraient juste au-dessus du plafond prévu.

- Le guichet unique qui permet de demander à la fois la couverture de base et la couverture complémentaire est un point important du projet de loi auquel adhèrent toutes les associations qui le demandaient depuis longtemps.

- En ce qui concerne les étrangers en situation irrégulière, il serait souhaitable que le droit international soit appliqué, c'est-à-dire que l'ouverture des droits ne soit pas subordonnée à la régularité du séjour. Leur réserver l'aide médicale peut être considérée comme une discrimination et doit au minimum être assortie d'une règle de confidentialité. On pourrait également envisager la création d'une carte « aide médicale » banalisée sur le modèle de la carte « CMU ».

- Un amendement au texte serait souhaitable à l'article 30 qui dispose que toute personne peut accéder aux soins « *que nécessite son état* ». Une telle rédaction pose problème dans la mesure où un tiers doit évaluer la nécessité de cet état. Une rédaction d'après laquelle toute personne a droit à la prévention et aux soins serait nettement préférable. De

même, il faudrait prévoir à l'article 30 l'extension de l'aide médicale à tous les actes de santé publique remboursables, notamment ceux concernant la vaccination.

- Pour ce qui est du recouvrement des frais de santé auprès des personnes tenues à l'obligation alimentaire, il faut éviter que des patients renoncent à se faire soigner de peur d'alourdir les charges financières de leurs proches aux revenus faibles.

Mme Véronique Davienne, représentante de ATD-Quart Monde, a estimé que ce projet de loi était une réelle avancée mais qu'il fallait encore aller plus loin dans la prise en charge des exclus.

Le plafond de ressources doit être fixé selon le seuil de pauvreté et indexé sur les minimas sociaux. Il faut également atténuer l'effet de seuil du plafond de ressources par une aide dégressive à la couverture complémentaire. Le tiers-payant doit être généralisé à l'ensemble de la population. L'étendue de la prise en charge prévue à l'article 20 doit être améliorée en faisant référence expressément aux prothèses dentaires et auditives ainsi qu'aux appareillages. Le contenu du panier des soins doit relever de la compétence de l'Etat et ne doit pas être négociable. Il faut également s'interroger sur l'attitude des entreprises embauchant à temps partiel des salariés dont les ressources seraient inférieures ou égales au plafond. Dans ce cas, il faudrait préciser à qui revient la prise en charge de la couverture complémentaire. Enfin, il faut absolument aborder le problème de la formation des personnels en contact direct avec les futurs bénéficiaires de la CMU. L'article 151 de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions a prévu une formation pour les personnels en contact avec les populations exclues qui pourrait être étendue dans le cadre de la CMU.

Mme Noëlle Lasne, représentante de Médecins sans frontières, a indiqué que si le projet de loi constituait une avancée majeure en terme d'ouverture de droits, il présentait cependant certaines lacunes. Pour ce qui est du délai d'ouverture aux droits, aucune obligation n'est prévue pour les CPAM. Un délai de réponse de huit jours devrait être inscrit dans la loi de façon à éviter une attente trop grande des populations concernées comme c'est le cas aujourd'hui pour l'aide médicale. De la même façon, l'admission dans le dispositif d'aide médicale doit se faire dans la journée et la formulation actuelle du projet de loi selon laquelle les demandeurs « *dont la situation l'exige* » se voient ouvrir immédiatement l'aide médicale doit être modifiée en faveur de la rédaction de la loi du 29 juillet 1992 qui a préféré la notion de personnes en situation d'« *urgence sanitaire et sociale* ».

S'agissant du droit à une couverture complémentaire, le texte comporte une inégalité flagrante, en ce qui concerne la prolongation des droits lors de la sortie du dispositif prévue à l'article 21, qui sera différente

selon que les intéressés sont couverts par une caisse d'assurance maladie ou par un organisme complémentaire. Il convient d'harmoniser cette prolongation des droits pour tous les bénéficiaires de la couverture complémentaire, quel que soit leur choix initial.

Il convient également d'assurer une protection identique sur tout le territoire et donc de prévoir que les documents contractuels relatifs à la couverture complémentaire CMU seront rédigés selon un modèle défini par décret en Conseil d'Etat. Il faut en effet que les autres garanties, éventuellement proposées au bénéficiaire, soient déconnectées de la CMU qui risque de devenir un « produit d'appel » pour certains organismes complémentaires. En outre, il faut pouvoir exclure de la gestion de la CMU les organismes qui ne respecteraient pas les prestations prévues pour cette couverture.

Il est en toute hypothèse indispensable de mieux définir le droit de recours, notamment si les bénéficiaires de la CMU ne reçoivent pas les prestations auxquelles ils ont droit.

S'agissant du calcul des ressources, le système risque d'être moins favorable que celui de l'aide sociale s'il n'y pas de prise en compte des charges réellement supportées par le demandeur. Pour l'aide sociale, si un intéressé dépasse le barème, un examen de ses charges réelles a lieu et ces dernières peuvent être intégrées au calcul de ses ressources si elles sont indépendantes de sa volonté. L'attribution de la CMU doit suivre la même logique.

Enfin, il faut substituer aux actions en récupération les mécanismes d'obligation alimentaire, faute de quoi une hospitalisation peut se traduire par une récupération de la totalité des ressources des intéressés.

En conclusion, il convient de refuser les pratiques assuranciennes qui permettront à des assurances privées, parfois au moyen de publicité, d'attirer à eux des bénéficiaires de la CMU. Notre système de soins est gravement affecté par des inégalités, comme le maintien d'un secteur privé dans les hôpitaux publics, l'absence de tiers payant généralisé, les disparités géographiques. Le législateur prend un grand risque en introduisant les assureurs privés dans un mécanisme qui au contraire devrait rétablir l'égalité.

Le président Jean Le Garrec a estimé que des critiques ponctuelles ne devaient pas faire oublier que le projet de loi était une avancée considérable et avait un caractère fondamental.

M. Jean-Claude Boulard, rapporteur, a pris acte de l'accueil favorable réservé par les associations présentes aux principes posés par le

projet de loi. Nombre des remarques faites sont à prendre en considération pour améliorer le texte s'agissant notamment d'une meilleure définition des soins et de l'application des principes de continuité et d'immédiateté de la couverture. Les problèmes de seuil sont difficilement contournables, mais le texte permet d'ores et déjà une prise en charge au-delà du seuil fixé pour l'année suivant la sortie de la CMU, lorsqu'un organisme complémentaire a été choisi pour gérer la couverture.

Le projet de loi n'est pas générateur d'inégalités puisqu'il tend à développer l'autonomie des personnes. La question de la cotisation reste posée, le maintien d'une cotisation même symbolique faisant du droit aux soins un vrai droit, sans d'ailleurs que soit rétabli un lien entre la cotisation et la couverture maladie de base et complémentaire. En tout état de cause, on ne peut pas dire que le projet relève de l'assistanat.

M. Alain Veyret a souhaité connaître l'avis des associations présentes sur les difficultés d'accès aux soins des salariés à temps partiel et de ceux qui ne touchent plus qu'un demi-salaire lorsqu'ils sont en arrêt maladie.

M. Jean-Luc Prétel a observé que si le projet est important, il convenait de rester modeste car de nombreux effets pervers sont à craindre, notamment s'agissant des personnes actuellement affiliées à des mutuelles qui, ayant des revenus inférieurs au seuil déterminé par la loi, ne paieront plus de cotisations personnelles. Se pose aussi la question de la capacité des régimes de base à fournir des prestations dans le domaine complémentaire.

M. René Couanau s'est interrogé sur les limites du présent projet dans le domaine de la prévention.

M. Jean-Claude Boulard, rapporteur, a rappelé que ce dernier aspect était évoqué dans les articles premier et 30 du projet de loi. Il faudrait cependant réintroduire cette préoccupation dans la définition même de la CMU.

M. Jackie Mamou (Médecins du monde) a souligné qu'après la loi créant le revenu minimum d'insertion le présent projet constituait bien une avancée fondamentale. Médecins du monde, devant l'évolution inquiétante de la situation sanitaire d'une partie croissante de la population française, a dû étendre sa vocation, initialement internationale, à des actions sanitaires et sociales de proximité. Depuis quelques années, le public concerné par ces actions a changé. Hier composé de personnes seules, souvent en rupture sociale, il s'étend aujourd'hui à des personnes ayant une résidence stable, couvertes par la sécurité sociale et exerçant souvent un « petit boulot ». Elles peuvent, dans la plupart des cas, consulter en ville sans pour autant être à même de payer les soins, les examens complémentaires ou même les

médicaments en raison du niveau dissuasif du ticket modérateur. Le projet ne prend pas assez ces personnes en compte.

Il faut reconnaître le rôle symbolique éminent de l'acquittement d'une cotisation mais il semble difficile de trouver des modalités et un niveau satisfaisant pour cette contribution.

Mme Véronique Davienne (ATD Quart-Monde) a souligné que l'effet de seuil pourrait être atténué par un mécanisme dégressif tel que celui qui existe pour les aides au logement, même si sa mise en place est complexe. La prolongation pendant un an du droit à la CMU repose sur l'idée qu'au terme de cette période la situation de l'intéressé se sera améliorée. En réalité, bien souvent, les personnes sont confrontées à des périodes successives pendant lesquelles leur situation s'améliore puis se dégrade.

M. Hugues Feltesse (UNIOPSS) a rappelé que l'UNIOPSS souhaitait la généralisation du tiers-payant à l'ensemble de la population. Prochainement, quand les médecins accepteront d'être réglés par carte de crédit, toute personne possédant une telle carte et une carte Sesam-Vitale ne fera plus, dans les faits, l'avance des frais car elle sera créditée du remboursement avant même d'être prélevée sur son compte. Seuls les gens modestes seront alors obligés de régler immédiatement les soins. Le législateur devrait donc devancer cette évolution pour que tout le monde soit à égalité.

Se soigner est une nécessité : l'accès aux soins n'est pas un luxe qu'il faudrait s'offrir au moyen du paiement d'une cotisation. C'est un élément de la dignité de la personne. Poser une condition supplémentaire pour y accéder va à l'encontre de l'objectif poursuivi par le projet de loi et pourrait retarder les procédures d'attribution. Les inconvénients d'une cotisation sont, de loin, supérieurs aux avantages.

Le président Jean Le Garrec a observé que la commission écoutait avec attention les suggestions formulées par les intervenants mais qu'en aucun cas ses membres ne considèrent la santé comme un luxe ; il est par contre légitime de s'interroger sur l'opportunité d'une cotisation personnelle modeste en tant qu'élément de citoyenneté et de dignité de la personne.

M. Jean-Claude Boulard, rapporteur, a rappelé que le principe du paiement d'une telle cotisation était de l'ordre du symbole et que la reconnaissance du droit à l'assurance maladie ne pouvait en aucun cas être conditionnée par son paiement. Le regard que porteront sur la CMU les personnes se situant juste au-dessus du seuil doit être pris en compte et le principe d'une cotisation, même faible, paraît de nature à atténuer les différences de traitements.

M. Alain Veyret a insisté sur le cas des personnes victimes de pathologies graves et qui ne peuvent se faire hospitaliser, faute de pouvoir assumer une perte de salaire non compensée par une prise en charge complémentaire qui peut, par ailleurs, rester partielle. Il risque donc de se créer une zone intermédiaire de personnes à revenus modestes, mal couvertes, qui se situeront entre les bénéficiaires de la CMU et les plus aisés.

M. Jean-Luc Prél s'est interrogé sur le dispositif proposé par le projet de loi sur les tarifs des prothèses ou des lunettes qui risque, en instituant un système de tarifs particuliers en faveur des bénéficiaires de la CMU, de créer d'autres effets de seuil.

M. Jean-Claude Boulard, rapporteur, a souligné que l'article du projet de loi relatif aux prothèses et aux dispositifs médicaux était important car il ne poursuivait pas seulement un

objectif d'amélioration des remboursements mais aussi celui d'une meilleure maîtrise des dépenses à travers la conclusion d'accords tarifaires susceptibles de bénéficier à tous les assurés. La qualité de la couverture maladie dépend en effet étroitement de la capacité à maîtriser les dépenses de santé.

Mme Noëlle Lasne (Médecins sans frontières) a rappelé les deux propositions formulées par l'ensemble des associations pour atténuer l'effet de seuil : l'aide dégressive à la mutualisation et la généralisation du tiers-payant à l'ensemble des assurés. Le présent projet de loi constitue à cet égard l'occasion unique de procéder à cette généralisation. Elle s'est ensuite félicitée de l'innovation que constitue la disposition du projet interdisant de pratiquer des dépassements d'honoraires en faveur des personnes bénéficiaires de la CMU.

M. Hugues Feltesse (UNIOPSS) a interrogé le rapporteur sur le point de savoir si la cotisation symbolique qu'il évoquait devait s'entendre comme une cotisation annuelle ou mensuelle, et quel pourrait en être le montant.

En réponse, **M. Jean-Claude Boulard, rapporteur** a précisé que la question se posait de l'opportunité d'une cotisation d'adhésion versée pour l'ensemble d'un foyer et qui ne pourrait en aucun cas conditionner le droit à la couverture maladie.

E. AUDITION DE M. JEAN-PIERRE DAVANT, PRESIDENT DE LA FEDERATION NATIONALE DE LA MUTUALITE FRANÇAISE, DE M. MARC ZAMICHIEI, REPRESENTANT DES MUTUELLES DE FRANCE, DE M. GILLES MARCHANDON, DELEGUE GENERAL DE LA FEDERATION NATIONALE INTERPROFESSIONNELLE DES MUTUELLES (FNIM) ET DE M. DENIS KESSLER, PRESIDENT DE LA FEDERATION FRANÇAISE DES SOCIETES D'ASSURANCE (FFSA)

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a entendu **M. Jean-Pierre Davant**, président de la Fédération nationale de la Mutualité française au cours de sa réunion du mercredi 24 mars 1999.

M. Jean-Pierre Davant a indiqué que la Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF) a, le 11 janvier dernier, donné un avis favorable à l'un des scénarios, proposé par le rapport de M. Jean-Claude Boulard, visant à mettre en place la couverture maladie universelle (CMU) en partenariat entre, d'une part, l'Etat et la Caisse nationale d'assurance maladie et, d'autre part, les régimes complémentaires, dans lequel le régime général gèrerait la couverture obligatoire et les régimes complémentaires étaient compétents pour la couverture complémentaire. Il faut regretter que le Gouvernement, en évoquant, de manière peu loyale, les attermolements de la mutualité, ait fait un choix différent. Cependant, la Fédération nationale de la Mutualité française apportera tout son concours à la mise en œuvre de la CMU.

Au-delà de cette différence globale d'approche, la Fédération nationale de la Mutualité française souhaite présenter plusieurs observations :

- Il paraît tout d'abord nécessaire de préciser que la CMU doit constituer pour les intéressés une solution transitoire et ne peut aboutir à différer le débat sur le faible niveau de remboursements des soins dans notre pays et la nécessité de modifier le système de soins. Si ce n'était pas le cas, les personnes ayant des revenus se situant juste au-dessus des seuils d'application de la CMU se verraient pénalisées.

- En ce qui concerne les seuils, il convient de tenir compte d'éléments différents du seul revenu, par exemple des différences de pouvoir d'achat entre Paris et la province. Il faut rappeler qu'actuellement 20 % des mutualistes perçoivent moins de 7 500 francs par mois et doivent acquitter une cotisation d'assurance maladie. Il faut aussi prendre en compte les différences territoriales dans l'offre de soins, par exemple la forte présence du secteur 2 en région parisienne, qui peuvent entraîner des inégalités dans les conditions d'accès aux soins.

- Il aurait été préférable de commencer par mettre en place un système d'assurance maladie universelle, en harmonisant les financements et

les prestations des différents régimes - notamment la prise en charge du ticket modérateur - avant de créer la CMU. Or la loi laissera subsister les très fortes différences existant entre le régime général et la CANAM.

- Compte tenu de l'élargissement du public potentiel de la couverture complémentaire de 4,5 millions de bénéficiaires, comme cela était prévu au départ, à 6 millions aujourd'hui, le dispositif concerne désormais un nombre important de personnes âgées qu'on peut chiffrer à environ 800 000, ce qui devrait conduire à réviser les prévisions concernant le financement du dispositif. Il est également souhaitable que les décrets d'application corrigent les inégalités qui pourraient exister.

- Il faut éviter que la CMU soit un système d'assistance. En ce sens, autant il est normal que les personnes qui bénéficient de l'assurance maladie gratuite soient exonérées de toute cotisation, autant il paraît nécessaire de demander une contribution, même minime, aux autres bénéficiaires. C'est une question de dignité. Cela permettrait en outre de gommer les effets de seuil.

- En ce qui concerne les modalités de gestion de la CMU, on ne peut que profondément regretter le choix du Gouvernement qui risque d'entraîner des effets pervers liés à la mise en concurrence de la CNAM et des caisses primaires d'assurance maladie avec les organismes chargés d'assurer une couverture complémentaire. Les organismes de couverture complémentaire avaient pourtant fait la preuve de leur bonne volonté en concluant un accord de bonne conduite. Il eut donc été préférable de mettre en place un système de partenariat entre la CNAM et les organismes mutualistes. La solution retenue par le Gouvernement va provoquer des difficultés de gestion en particulier en cas de dépassement du seuil de 3 500 francs, de passage progressif d'une gestion de la couverture maladie d'une CPAM à une mutuelle ou de sortie de la couverture CMU, alors qu'il faudrait envisager de lisser le mécanisme, par exemple avec des cotisations adaptées. Les effets pervers qui vont résulter de la solution retenue comportent à terme le risque de privatisation de la sécurité sociale. Il aurait été préférable d'ouvrir aux intéressés la possibilité d'adhérer, dès le commencement du processus, à une mutuelle.

- Il est souhaitable d'impliquer davantage les professionnels de santé dans la CMU, notamment les médecins, en particulier ceux du secteur 2 auxquels devrait être demandé un engagement contractuel afin d'éviter les inégalités d'accès aux soins. On va en effet injecter dans le système de santé 9 à 10 milliards de francs, au moment d'ailleurs où la CNAM examine un plan stratégique pour faire d'importantes économies. Les professionnels, qui vont bénéficier de ce supplément de revenus, auraient dû être davantage associés au processus.

M. Jean-Claude Boulard, rapporteur, après avoir salué la qualité de la concertation menée avec la FNMF préalable à l'établissement du présent texte, a fait les observations suivantes :

- Le monde associatif est en grande partie favorable à l'institution d'une cotisation personnelle pour les bénéficiaires de la couverture complémentaire de la CMU ; aucune des associations auditionnées ne s'y est déclarée hostile. Une telle cotisation offrirait l'avantage d'une plus grande justice envers les personnes qui se trouvent juste au-dessus du seuil fixé pour l'attribution de la CMU et ferait passer celle-ci de la sphère du droit octroyé à celle du droit acquis.

- S'agissant du risque de concurrence, il faut lire le projet de loi dans son interprétation partenariale, qui est la plus conforme à l'esprit même du projet. On échappe alors au piège d'une présumée remise en cause des frontières de compétences entre les caisses d'assurance maladie et les organismes complémentaires. Il convient à cet égard de rappeler que la gestion de l'aide médicale des sans domicile fixe est actuellement confiée aux CPAM, délégataires en vertu de la loi. Cependant, il est fort probable que la grande majorité des futurs bénéficiaires de la CMU, autonomes dans leur démarche, choisiront de s'adresser aux organismes complémentaires.

- Le projet de loi contient diverses dispositions engageant les professionnels de santé dans la mise en place de la CMU. Il faudra réfléchir à la possibilité d'aller au-delà, notamment en étendant l'interdiction de dépassement d'honoraires aux chirurgiens-dentistes conventionnés. La maîtrise médicalisée des dépenses doit parallèlement rester une préoccupation majeure.

- Afin d'atténuer les disparités existant dans les couvertures complémentaires pourrait être envisagée la création d'un fonds d'encouragement à la mutualisation, qui pourrait être alimenté par un ajustement de la contribution des organismes complémentaires participant à la CMU ; on pourrait prévoir un taux de 0,25 %. La FNMF serait-elle favorable à la création d'un tel fonds ?

M. René Couanau a noté que la FNMF considérait comme provisoires les solutions apportées par le projet de loi. La réflexion d'ensemble sur le système de santé doit en effet se poursuivre. Il faudrait lever certaines ambiguïtés entourant la question de la cotisation personnelle : doit-elle être seulement symbolique ou faut-il défendre l'idée d'une juste cotisation, comme semble le faire la FNMF ? Enfin, quelles seraient les alternatives au guichet unique afin d'assurer la rapidité dans l'examen des demandes de CMU ?

Mme Muguette Jacquaint a observé que toutes les associations demandaient que le plafond de ressources fixé dans le projet de loi devait être élevé jusqu'au seuil de pauvreté, soit 3 800 francs. Il faut par ailleurs se préoccuper des personnes qui sont actuellement couvertes par la sécurité sociale et qui acquittent donc des cotisations mais qui, en raison de la précarité de leur situation professionnelle, n'ont pas un accès réel aux soins du fait de taux de remboursement insuffisants. L'instauration d'une aide à la mutualisation pourrait gommer l'effet de seuil mais se pose alors la question du mode de financement de cette aide. Il faudrait peut-être réintroduire à ce niveau le rôle des entreprises, totalement oublié par le projet de loi.

M. Bernard Accoyer a noté que M. Jean-Pierre Davant estimait insuffisante l'enveloppe prévue de 9 milliards de francs et craignait une confusion des rôles.

M. Marcel Rogemont s'est interrogé sur le chiffrage du coût de la prise en charge complémentaire en fonction des différents statuts des éventuels bénéficiaires.

En réponse aux intervenants, **M. Jean-Pierre Davant** a déclaré ne pas être favorable à la création d'un fonds d'encouragement à la mutualisation. Il faut que les mutuelles soient reconnues en tant que telles, dans le rôle qu'elles ont toujours joué en faveur de l'élargissement de l'accès aux soins et de la lutte contre les exclusions, en dehors de toute logique commerciale. La cotisation prévue dans le projet de loi pour alimenter le fonds de financement de la protection complémentaire, la possibilité actuellement étudiée d'augmenter la fiscalité sur les mutuelles et les inquiétudes nées de l'application de la directive européenne sur les assurances par les mutuelles posent de sérieux problèmes aux mutuelles qui pourraient, de ce fait, être contraintes d'augmenter les cotisations de leurs membres.

- S'agissant de la cotisation personnelle, il faut convenir que plus celle-ci sera importante, plus les effets de seuil seront gommés, même si ces derniers existent toujours. En tout état de cause, ils sont considérables dans le projet de loi actuel.

- L'ensemble du réseau territorial des mutuelles et leur diversité d'activités auraient pu leur permettre d'être aussi un point d'entrée dans le dispositif CMU. Nombreux sont les Français qui connaissent tout autant l'adresse de leur mutuelle que celle de leur caisse primaire d'assurance maladie.

- Fixer le seuil à 3 800 F ne changerait rien au problème. Il faut prendre conscience de la grande diversité des populations concernées, notamment dans les populations retraitées (artisans, commerçants, personnes affiliées à la MSA). Les personnes vivant dans les grands centres urbains, en général, sont déjà affiliées à une mutuelle, même si elles gagnent moins de 3 500 francs par mois. Le problème de fond est donc bien celui du coût du système de santé.

- La France est le pays d'Europe où les cotisations sociales sont les plus élevées alors que la médecine ambulatoire est parmi les moins performantes. A cet égard, la CMU ne doit être qu'un dispositif temporaire permettant d'organiser à terme un système plus équilibré.

- Il n'existe pas de chiffrage fiable des coûts de la CMU ; compte tenu du nombre de personnes âgées qui en bénéficieront, le chiffre de 1 500 francs prévu par le projet risque de s'avérer insuffisant.

*

La commission a ensuite entendu **M. Marc Zamichiei**, représentant des Mutuelles de France qui a exprimé son plein accord avec le projet à l'élaboration duquel il a participé.

Trois des aspects positifs de ce texte méritent d'être soulignés :

- l'ouverture de droits nouveaux pour 2 millions de personnes et le recul des inégalités sociales dans le domaine de la santé qu'elle engendre ;

- le fait que la mutualité s'engagera dans la dynamique créée par l'application de la CMU qui sera pour elle l'occasion de se renouveler dans ses propres pratiques. Certes, il aurait été préférable de confier l'ensemble de la gestion aux organismes complémentaires. Toutefois, les pratiques s'équilibreront assez rapidement et permettront d'assurer un droit commun de la protection sociale ;

- l'occasion ainsi offerte d'ouvrir des voies nouvelles pour le système de protection sociale français à travers une meilleure régulation, par exemple grâce à la non-sélection des personnes en fonction du risque. La dispense d'avances de frais amènera les régimes obligatoires à améliorer leurs prestations.

Quatre aspects du projet de loi méritent des améliorations :

- La généralisation de la dispense d'avance de frais à l'ensemble des assurés sociaux est possible et nécessaire. Il s'agirait d'une mesure non inflationniste qui consoliderait notre système de solidarité dans la mesure où un dispositif prévu pour des populations défavorisées constituerait alors un progrès pour l'ensemble de la population.

- En ce qui concerne la non-sélection des personnes et des risques énoncée à l'article 20 du projet de loi, ces principes de non exclusion, que ce soit pour raisons de santé ou pour raisons financières doivent être renforcés et étendus par une modification des lois du 31 décembre 1989 et du 12 juillet 1990.

- Pour ce qui est du financement de la couverture complémentaire, l'engagement des mutuelles est légitime. Mais le système, tout en permettant une mutualisation du risque, doit prévoir une prise en compte du coût réel de ce risque. Ce coût est très variable suivant les personnes concernées et les lieux de prise en charge et il donnera lieu à une mutualisation à l'intérieur de la fédération. Si à l'issue de ce calcul, le coût réel est supérieur à 1 500 francs, il faudra réviser la somme imputable sur la contribution des mutuelles. Si le système doit être simple pour les bénéficiaires, il ne doit pas empêcher le versement *a posteriori* de compléments de financement aux organismes contributeurs, afin de prendre en compte le coût réel des risques.

- Concernant le conseil d'administration du fonds de financement, le projet de loi prévoit qu'il sera composé exclusivement de représentants de l'Etat. Il serait souhaitable que des représentants des organismes chargés d'assurer une protection complémentaire, ainsi que des organismes d'assurance maladie, puissent y siéger. En effet, ce fonds de financement remplit des missions essentielles sur le plan financier, mais aussi des missions de contrôle et pourrait permettre une évaluation en continu de la mise en œuvre du dispositif.

M. Jean-Claude Boulard, rapporteur, s'est félicité que les Mutuelles de France considèrent le projet de loi comme une avancée sociale et a rappelé qu'il fallait avoir une lecture partenariale de la loi. Les différents organismes concernés doivent donc bien se considérer comme des partenaires. Il s'agit moins de concurrence que d'adapter le dispositif à la diversité des publics.

M. Germain Gengenwin s'est interrogé sur le risque de surconsommation médicale liée à la dispense d'avance de frais, surtout si elle était étendue à toute la population.

M. René Couanau a observé que la mise en place de la prévention pour les publics visés par le projet de loi serait certainement très difficile dans la mesure où la prévention, dans le

système actuel, est déjà défailante à de nombreux égards, alors qu'elle s'adresse à l'ensemble des assurés sociaux.

En réponse aux intervenants, **M. Marc Zamichiei** a rappelé que toutes les études, notamment celles de la CNAM, ont montré que la dispense de frais n'entraînait en aucun cas une surconsommation médicale. Ainsi, les Mutuelles de France gèrent des centres de santé qui pratiquent le tiers payant et la consommation médicale n'y enregistre pas de dérive. Il ne s'agit donc pas d'une mesure inflationniste mais d'une mesure d'égalité. Si elle était étendue à l'ensemble des assurés sociaux, le dispositif de la CMU gagnerait en légitimité.

Les inégalités d'accès à la prévention sont plus fortes que les inégalités d'accès aux soins. L'actuelle nomenclature des actes ne prévoit pas de prise en charge de la prévention, à l'exception notable de la disposition prévue dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale sur la prise en charge à 100 % des actes de dépistage de maladies graves.

*

La commission a ensuite entendu **M. Gilles Marchandon**, délégué général de la Fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles. Celui-ci a tout d'abord précisé que la FNIM a été créée il y a une dizaine d'années. Elle regroupe une trentaine de structures de tailles diverses et protège environ 2,5 millions de personnes.

Une comparaison du projet de loi avec les scénarios avancés par le rapport de M. Jean-Claude Boulard et avec les discussions intervenues dans la phase de concertation, permet de constater l'ampleur prise par le volet complémentaire du projet qui a complètement changé de nature. La gratuité totale, la gestion par les caisses d'assurance maladie, le nombre de bénéficiaires, le niveau des droits, tout indique que se crée une « pseudo complémentaire », qui dissimule en réalité la mise en place de garanties et de prestations purement et simplement modulées selon le revenu des ménages. Les uns, dont les revenus sont au-dessous du seuil, bénéficieront gratuitement d'une prise en charge totale de leurs dépenses de soins, avec dispense d'avance de frais, les autres, au-dessus de ce seuil, se contenteront du régime obligatoire « de base », et s'ils ont fait l'effort de s'assurer volontairement au-delà, verront leurs cotisations augmenter pour financer la CMU. Les uns ne paient rien, les autres paient une, deux et trois fois, ce qui crée une situation tout à fait inéquitable.

Cette innovation d'un « régime complémentaire obligatoire gratuit » est évidemment problématique, tout comme la création d'un Etat assureur complémentaire santé par le biais des caisses primaires d'assurance-maladie. L'équilibre et le partage des rôles établis depuis plus de cinquante ans sont ainsi totalement remis en question. Par ailleurs, le risque de voir les instances communautaires reconsidérer complètement leur grille d'analyse de la nature et des conditions d'exercice des activités de protection sociale, spécialement en matière de maladie qui devient clairement un « marché », semble ignoré.

Les différents acteurs de la complémentaire sont placés dans des situations profondément inégales, les uns étant clairement favorisés (CPAM), les autres (les mutuelles) manifestement défavorisés. En effet, les organismes agissant « pour le compte de l'Etat », verront leurs dépenses intégralement compensées par l'Etat, qu'il s'agisse des dépenses de gestion ou du coût des prestations et n'acquitteront pas la taxe prévue à la charge des autres intervenants, alors même qu'ils seront chargés d'inscrire les bénéficiaires et d'établir le titre en faisant foi. Dans certains endroits, les caisses primaires s'organisent déjà pour s'intéresser à l'assurance complémentaire.

A l'inverse, les intervenants habituels en matière de couverture complémentaire, dont les mutuelles, se voient désavantagés. Ils seront confrontés d'abord à un risque de perte de substance : les caisses pouvant attirer à elles des bénéficiaires jusqu'aux adhérents ou assurés payants qui peuvent représenter jusqu'à 20 ou 30 % de l'effectif de certains des groupements, alors que les contrats collectifs obligatoires resteront intouchés.

Existe également un risque de pertes si le coût de la couverture excède en réalité 1 500 francs par an. Enfin, les mutuelles seront soumises à la taxation de 1,75 % du chiffre d'affaires, ce qui est important lorsque les marges sont de plus en plus « tirées » sur un marché vraiment concurrentiel et que les exigences de solvabilité sont, légitimement, de plus en plus fortes. Les mutuelles seront finalement les plus désavantagées. Elles devront nécessairement répercuter entièrement les coûts de la CMU sur leurs adhérents alors que les assureurs seront à même de répercuter et compenser un déficit de la branche sur la totalité de leurs activités et que les institutions de prévoyance, a priori assureurs collectifs, sont peu concernées.

Il faut rappeler qu'une couverture « complémentaire » est une garantie souscrite volontairement. Elle est destinée à compléter une garantie obligatoire qui doit être suffisante. Les problèmes de grande détresse ou précarité sont d'une nature particulière et nécessitent des réponses spécifiques. Il est démagogique de prétendre le contraire.

Les garanties complémentaires ne sont certes pas un luxe, mais correspondent à un acte volontaire qui s'accompagne d'un effort individuel ou collectif. Celui-ci peut et doit être encouragé et « subventionné », dans le cas des plus démunis, de façon directe ou indirecte. C'est dans cette direction que peut et doit être recherchée la voie vers une couverture complémentaire universelle.

L'Etat ne peut ni ne doit se mêler d'une activité où l'« offre » existe, de façon abondante et concurrentielle. Il ne peut pas donner un avantage indu à des organismes gérant un monopole. Il ne peut prétendre qu'il règle des situations marginales quand la population concernée est aussi nombreuse. Il ne peut être ainsi juge et partie et déplacer, comme et quand il, le veut la frontière entre obligatoire et facultatif, monopole et concurrence.

En conséquence, le projet de loi portant création de la CMU doit être profondément amendé et la FNIM a élaboré des propositions très précises. Si le projet devait cependant être voté en l'état par le Parlement, cela signifierait que des changements essentiels dans notre système de protection sociale auraient alors lieu ou seraient sur le point de survenir.

M. Jean-Claude Boulard, rapporteur, a fait les observations suivantes :

- L'ensemble du monde mutualiste se déclare prêt à contribuer financièrement au projet de CMU dans une logique de partenariat. Ainsi les organismes mutualistes pourraient être acteurs et financeurs du système envisagé.

- Certains semblent aujourd'hui découvrir que le régime général est autorisé par la loi à gérer des régimes complémentaires. Il faut rappeler à ce propos qu'aux termes du code de l'aide sociale, l'Etat peut d'ores et déjà déléguer la protection complémentaire de personnes sans domicile fixe au régime général. La partie de la population la plus en difficulté et marginalisée doit pouvoir s'adresser à un guichet unique pour avoir accès aux soins.

- Le débat sur la cotisation reste ouvert.

Le président Jean Le Garrec a noté que la vision partenariale devait prévaloir et que les craintes exprimées par les représentants de la fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles étaient excessives.

M. René Couanau a jugé que ces craintes étaient fondées, puisqu'elles ont mis en évidence des effets de seuil et, par conséquent, les différences de couverture pouvant apparaître entre les personnes cotisantes couvertes par une mutuelle et les personnes démunies relevant de la CMU. Du fait de la mise en œuvre de la couverture maladie universelle, les effectifs de certains groupements mutualistes pourraient diminuer à hauteur de 20 à 30 %. Il est inquiétant de constater que le rapporteur privilégie « une lecture partenariale », comme si plusieurs lectures du projet de loi étaient possibles. En d'autres termes, la lecture du Gouvernement et celle du rapporteur pourraient ne pas coïncider. En réalité, davantage que la lecture pouvant être faite du texte, c'est l'écriture, c'est-à-dire les dispositions effectives du projet et la façon dont elles seront appliquées qui importent.

La question de fond est que si la couverture de base obligatoire ne permet pas d'assurer la totalité des soins pour l'ensemble de la population, l'articulation entre l'assurance complémentaire facultative et l'assurance de base obligatoire doit être repensée.

M. Jean-Claude Boulard, rapporteur, a assuré qu'il n'y avait aucune divergence d'appréciation entre la ministre et lui-même en ce qui concerne l'application partenariale de la loi, qui est souhaitée par le Gouvernement.

M. Gilles Marchandon a considéré que si les craintes qu'il a exprimées s'avéraient fondées, cela aurait des répercussions négatives sur certaines mutuelles qui doivent s'adapter à la nouvelle donne de la concurrence européenne et supporter l'effet de dispositions fiscales à venir et le coût de la CMU. Il ne faudra pas s'étonner alors que certaines d'entre elles aient de graves difficultés.

*

La commission a ensuite entendu **M. Denis Kessler**, président de la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA).

M. Denis Kessler a indiqué que la FFSA avait depuis le départ, considéré que le problème auquel s'attaque le projet de loi était réel. Ce problème peut s'énoncer de façon simple : faute de pouvoir se payer une couverture complémentaire, une fraction de la population est dissuadée de recourir à des soins de base à cause des coûts que cela occasionne, liés au niveau du ticket modérateur. La seule solution consisterait à solvabiliser cette population qui pourrait alors s'adresser, comme tous les autres Français, à l'organisme de leur choix : soit une institution de prévoyance, soit une mutuelle, soit un autre système. Cette solvabilisation permettrait l'accès aux soins pour les plus démunis. Les trois familles d'assureurs représentées dans la fédération avaient pris un engagement par écrit auprès du ministère en matière de contribution financière.

L'objectif était de ne pas créer, pour les populations fragilisées, un guichet réservé. Ces personnes doivent être traitées comme tous les autres citoyens. Ainsi le troisième scénario élaboré dans le rapport de M. Jean-Claude Boulard correspondait à la situation idéale et permettrait de résoudre cette question sans créer de guerre de frontières ni de mécanisme de taxes et de prélèvements.

Tel n'a pas été le choix du Gouvernement, ce qui est très surprenant, puisque les professionnels de l'assurance complémentaire étaient prêts à prolonger la concertation avec les régimes de base et les associations pour faire œuvre commune. Les réserves des assureurs ne portent donc pas sur le principe de la CMU mais bien sur l'esprit du projet de loi et sur les modalités retenues pour sa mise en œuvre. Si le Gouvernement croit en la concertation et souhaite l'utiliser comme mode d'action et de réforme, il serait souhaitable, à l'avenir, qu'il tienne compte de ses résultats et que les textes finalement présentés reflètent les termes des accords passés.

Le vice fondamental du projet de loi réside dans la confusion qu'il effectue entre le rôle des régimes de base et celui des organismes d'assurance complémentaire. Aujourd'hui, il existe une frontière claire entre ces deux fonctions, qui correspondent à des métiers et à des logiques économiques différentes. L'assurance de base est prise en charge par les caisses primaires et relève d'une logique de sécurité sociale. Par contre, comme cela a été reconnu au niveau européen, l'assurance complémentaire, qu'elle soit réalisée par des mutuelles ou des sociétés d'assurance, relève du secteur concurrentiel et, par conséquent, constitue un métier à risque.

Le projet de loi tel qu'il est présenté remet en cause ce partage traditionnel des rôles et ouvre donc la porte à toutes les dérives possibles, ce qui est dangereux. La CNAM elle-même est bien consciente du risque puisqu'elle a d'ores et déjà passé un accord sur la CMU avec la FFSA pour lui reconnaître une compétence de droit commun en matière d'assurance complémentaire. Cet accord sera complété par un protocole technique, en cours de préparation, qui permettra de préciser dans quels cas, précis et limités, la prise en charge de la couverture complémentaire pourra effectivement être assurée par les caisses primaires. Compte tenu de l'ampleur des risques encourus, - la CMU concernant près de six millions de personnes -, la FFSA demande donc officiellement au Gouvernement de reconsidérer cette question de la répartition des rôles.

M. Denis Kessler a ensuite évoqué sept « effets pervers » du projet de loi :

- l'effet sur la nature du RMI : jusqu'à aujourd'hui, celui-ci a été considéré comme le revenu minimum nécessaire pour répondre aux dépenses de première nécessité. En décidant que ses allocataires ont droit à la CMU, il devient un revenu manifestement insuffisant pour assurer le minimum vital.

- l'effet de seuil, qui, pour quelques francs, peut avoir des conséquences dramatiques. La solution proposée par la FFSA aurait permis d'éviter de tels effets, puisqu'elle aurait été modulable en fonction des ressources.

- un effet discriminatoire, lié à cet effet de seuil. La définition du panier de soin des bénéficiaires de la CMU étant renvoyée au décret, il est à craindre que certaines personnes à revenus modestes qui cotisent pour une couverture complémentaire se retrouvent de fait moins bien assurés que les bénéficiaires de l'assurance gratuite.

- un effet d'éviction : un certain nombre de population cotisant jusqu'ici pour une couverture complémentaire pourront en effet, demain, bénéficier de l'assurance gratuite. Ce

n'est pas un phénomène mineur, et ses conséquences seront lourdes à supporter pour certaines sociétés d'assurances, pour la MSA et pour les indépendants.

- un double effet de distorsion du fait d'une couverture uniforme située à 1 500 francs : actuellement, les taux de remboursement ne sont pas les mêmes dans tous les régimes de sécurité sociale. Il conviendrait donc, dans la fixation des taux de prise en charge complémentaire, de tenir compte du régime d'affiliation. Par ailleurs, il convient de rappeler que les sociétés d'assurance doivent acquitter une taxe de 7 % sur leurs contrats d'assurance santé, qui s'appliquera aussi à la cotisation de 1,75 %, alors que les mutuelles ne sont pas soumises à cette taxation. Cette différence pèsera forcément sur les prises en charges qui pourront être proposées aux bénéficiaires de la CMU par les différents organismes.

- un effet d'assiette, celle retenue par le projet de loi comprenant les frais de soin mais également les indemnités journalières et d'invalidité, alors que celles-ci ne devraient pas être prises en charge.

- enfin, un effet que l'on pourrait qualifier de « passager clandestin », les risques de voir des bénéficiaires supplémentaires profiter de la CMU, alors qu'ils pourraient s'affilier ailleurs n'étant pas inexistantes : du fait de la gratuité des soins et de la dispense d'avance de frais, il est probable que ce système sera attractif.

M. Jean-Claude Boulard, rapporteur, a confirmé la volonté de coopération du monde de l'assurance au principe de la CMU et a réaffirmé la possibilité d'une application partenariale du projet de loi. Le débat parlementaire et les échanges qui se poursuivent entre les différentes parties intéressées permettront de confirmer cette orientation. Pour sa part, le Gouvernement souhaite clairement qu'une coopération s'instaure entre les régimes de base et les organismes de couverture complémentaire et que, dans la majorité des cas, chacun demeure dans son rôle.

En ce qui concerne les cotisations et la participation, même symbolique, des bénéficiaires au financement de la CMU, la question est ouverte et doit être approfondie. La réponse qui y sera donnée est effectivement de nature à inscrire l'application de la loi dans une logique partenariale. Le projet de loi doit donc être éclairci sur ce point.

Il en est de même pour la répartition des rôles entre les régimes de base et les organismes de couverture complémentaire. Il n'est nullement dans les intentions du Gouvernement d'engager le régime général dans la gestion d'un régime complémentaire. Il convient donc de corriger, dans le texte, les dispositions qui pourraient le laisser penser. Au sein de la population concernée par la CMU, il y a cependant des cas où l'insertion dans un régime contractuel sera difficile, voire impossible. A ce moment là, l'ouverture d'un guichet unique, comme le droit actuel le prévoit d'ores et déjà pour les personnes en grande difficulté, est manifestement la meilleure solution.

La maîtrise de l'évolution des dépenses de santé est en tout état de cause indispensable pour garantir un niveau pérenne de couverture complémentaire. Quant à l'assiette de la contribution, elle doit être précisément définie.

M. Germain Gengenwin, après avoir souligné le caractère exemplaire du régime d'assurance maladie complémentaire d'Alsace-Moselle qui est autonome et financé par une contribution propre, s'est inquiété de la complexité de la gestion de la couverture

complémentaire qu'entraîne ce projet de loi, avec par exemple le transfert de l'aide médicale déjà gérée par les départements.

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia, après avoir constaté une nette divergence entre le résultat de la concertation préalable et le texte du projet de loi, s'est inquiétée du risque de découragement des acteurs concernés et des possibilités d'amélioration du texte encore possibles à l'occasion du débat parlementaire.

Le président Jean Le Garrec a indiqué que le Gouvernement avait été amené à retenir un scénario mixte, à la suite d'un cheminement complexe. Il s'est aussi interrogé sur la connotation de l'expression « passager clandestin ».

En réponse aux intervenants, **M. Denis Kessler** a apporté les éléments d'information suivants :

- Les termes de « passager clandestin » renvoient à l'expression anglaise « *free rider* », qui, en théorie des choix publics, désigne le bénéficiaire d'un équipement public ne payant jamais de droits d'entrée.

- 85 % des Français disposent d'une couverture complémentaire qu'ils payent. Dans un cadre contractuel, ils choisissent la société ou la mutuelle qui leur convient le mieux et ont le choix entre plusieurs alternatives.

- La logique partenariale a été clairement écartée. On ne peut à la fois dire que tout est partenarial mais que rien n'est décidé par les partenaires. Les mécanismes fondamentaux de la CMU ne relèvent pas des partenaires, par exemple la fixation du panier de soins. L'institution d'une taxe au lieu d'une contribution jette par ailleurs une suspicion sur l'engagement des parties. Les réseaux des 17 000 agents généraux auraient pu participer à l'effort de solidarité sur une base volontaire. Il sera sans doute plus facile aux assureurs de payer la contribution sans participer aux mécanismes d'accueil. Ce que le projet de loi exige permet aux compagnies d'assurances de ne pas s'impliquer dans le mécanisme, en étant simplement taxées.

- La contribution exigée de l'assuré est indispensable par principe. Une mutuelle ou une assurance doivent demander à leurs adhérents d'acquitter un droit, même symbolique, de manière à ce qu'existe un contrat.

- L'assiette de la contribution devrait être limitée aux seules dépenses de soins, hors indemnités journalières et dépenses d'invalidité, qui ne sont pas de même nature. L'existence même de la liberté de prestations de services et la nature non fiscale de la contribution s'opposent à un dispositif qui crée une distorsion et risque de conduire certaines personnes à s'adresser à des sociétés étrangères qui ne supporteront pas cette taxation, pour bénéficier d'une couverture complémentaire à moindre frais.

II.- DISCUSSION GENERALE

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a examiné le projet de loi portant création d'une couverture maladie universelle au cours de sa séance du mercredi 31 mars 1999.

Un débat a suivi l'exposé du rapporteur.

M. Yves Bur a formulé les remarques suivantes :

- On voit mal comment la CMU parviendra à toucher les populations actuellement exclues de l'assurance maladie.

- Une cotisation personnelle minimale et dégressive en fonction des revenus devrait être instituée afin que la couverture maladie ne repose pas sur un assistantat généralisé.

- Il existe un fort risque de dérapage des dépenses.

- La recentralisation des compétences exercées par les départements au travers de l'aide médicale ne recueille pas un accord unanime. Le traitement de proximité avait en effet fait ses preuves et l'on peut regretter un lent retour de l'Etat dans ce domaine.

- La réforme proposée risque d'introduire des incertitudes dans la gestion de certains régimes car de nombreuses difficultés et répercussions ont été sous-estimées.

- Enfin, il est vraisemblable, par simplicité, que les services sociaux adresseront majoritairement les demandeurs de CMU aux caisses primaires pour leur couverture complémentaire.

M. Denis Jacquat s'est demandé comment on parviendra concrètement à intégrer dans la CMU les exclus qui sont actuellement hors du système de santé.

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia a souligné que beaucoup de questions restaient posées : questions de méthode car les effets de seuil notamment ne sont pas réglés, questions de moyens, en raison de la sous-estimation du coût et de la population concernée et de responsabilités.

M. Jean-Luc Prél a souhaité obtenir des précisions sur :

- le contenu du panier de soins, fixé théoriquement à 1 500 francs par personne, et sur les conséquences en cas d'augmentation des dépenses au-delà de ce montant ;

- la prise en charge des veuves ayant eu trois enfants qui, aujourd'hui, bénéficient de l'assurance personnelle sans conditions de ressources ;

- la situation des étudiants et l'avenir du régime social étudiant ;

- et sur l'éventualité de l'inscription dans la loi du protocole d'accord passé entre la CNAM, les mutuelles et les assurances.

M. Yves Nicolin a estimé que ce projet générera des coûts supplémentaires non maîtrisés, alors que la sécurité sociale souffre de déficits chroniques auxquels il n'est pas apporté de réponse. Des précisions seraient nécessaires sur les dépenses inévitablement liées à la CMU, à moyen et à long terme et sur le financement de son coût.

M. Jean-François Mattei, après avoir souligné l'importance de la prise en charge de chaque résident par une couverture sociale, s'est interrogé sur le hiatus existant entre le discours emphatique présentant ce projet comme révolutionnaire et les sommes mises en œuvre, finalement modestes, au regard de l'ensemble du budget de la sécurité sociale, puisqu'elles ne représentent qu'environ 1 % des dépenses de santé.

M. Alfred Recours a souligné au contraire l'extraordinaire avancée que constitue ce texte pour plusieurs millions de personnes. L'injustice peut ne porter que sur un pourcentage limité de dépenses de santé ; elle n'en n'est pas moins criante et doit être combattue.

M. Pierre Hellier a observé que ce projet était trop souvent présenté comme la clé de l'accès aux soins pour 6 millions de personnes qui en seraient exclues. Si tel est le cas, le coût prévisionnel de 9 milliards de francs est alors très sous-estimé. L'enjeu consiste plus précisément à faciliter l'accès aux soins de ces personnes.

M. Edouard Landrain s'est inquiété du risque de division des Français en deux catégories vis-à-vis de l'accès aux soins : ceux pris en charge à 100 % qui ne contribueront pas au financement de la protection sociale et ceux qui devront assumer le coût d'une couverture complémentaire.

En réponse aux intervenants, **M. Jean-Claude Boulard, rapporteur**, a insisté sur les points suivants :

- En matière de cohésion sociale, l'Etat doit continuer à jouer un rôle essentiel, au titre de la solidarité nationale.

- La question des populations les plus marginalisées au sein des exclus ne peut être traitée sans l'implication forte des associations ; un amendement proposera d'ailleurs de reconnaître ce rôle essentiel dans la loi.

- L'objectif de maîtrise des dépenses de santé demeure essentiel, comme en témoigne l'article 23 du projet.

- Il ne faudrait pas oublier que la précédente majorité avait également souhaité étendre le droit à la couverture maladie, à travers l'assurance maladie universelle.

- Si la loi concerne six millions de personnes, il faut tenir compte du fait que nombre de celles-ci sont déjà couvertes à d'autres titres. Tel est le cas des deux millions de personnes bénéficiaires du RMI, des ayants droit et d'au moins un million d'assurés sociaux à divers titres. Ces personnes changeront de statut avec la CMU.

- Le loi n'est pas injuste. Elle remédie au contraire à des injustices en étendant le champ de la protection complémentaire alors que 12 % de nos concitoyens n'en bénéficient pas aujourd'hui et en assurant une couverture minimale à des personnes qui ne sont aujourd'hui pas du tout protégées.

- Le chiffre de 1 500 francs correspond à un calcul précis qui a été établi notamment par le monde mutualiste, qui inclut le forfait hospitalier et les améliorations de remboursements, notamment sur les soins dentaires et optiques.

- Les questions soulevées à propos des veuves et des étudiants feront l'objet d'un examen complémentaire approfondi.

III. – EXAMEN DES ARTICLES

La commission a examiné les articles des titres préliminaire, Ier à III et V du projet de loi au cours de ses réunions du mercredi 7 et du jeudi 8 avril 1999.

TITRE PRELIMINAIRE

DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

Article premier

Création d'une couverture maladie universelle et d'une protection complémentaire avec dispense d'avance de frais pour les plus démunis

Le présent article, à caractère déclaratif, rappelle que l'égal accès à la prévention et aux soins constitue une priorité. Il pose le principe d'une couverture maladie universelle garantissant à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie et une couverture complémentaire gratuite pour les personnes les plus défavorisées.

▪ **Une priorité**

Le système français actuel de prévention contre la maladie et l'accès au soins demeure inégalitaire. Les différences de niveau de revenu continuent de générer des discriminations de fait, privant de nombreuses personnes et leurs ayants droits de soins. Ainsi, 30 % des personnes dont le revenu est inférieur à 3 000 francs par mois sont amenées à renoncer à des soins. Une telle situation ne peut que concourir à isoler, voire marginaliser les populations concernées en aggravant les difficultés d'accès à l'emploi, mais aussi en détériorant les conditions de vie familiale et psychologique.

C'est sur la base de ce constat que l'article premier affirme solennellement que l'égal accès à la prévention et aux soins constitue une priorité des politiques sociales de la Nation. On notera l'accent mis sur l'accès à la prévention, le droit à la santé n'étant pas limité au droit aux soins.

▪ **Création d'une couverture maladie universelle**

Le principe de la création d'une couverture maladie garantissant à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie est affirmé.

▪ **Droit à la protection complémentaire**

Cet article affirme, en outre, le principe du droit à une protection complémentaire avec dispense d'avance de frais pour les personnes les plus démunies.

*

La commission a examiné un amendement de suppression de l'article présenté par M. Denis Jacquat.

M. Denis Jacquat a considéré que cet article doit être supprimé car, d'une part il est superfluetatoire puisque le droit à la protection de la santé figure d'ores et déjà dans le préambule de la constitution de 1946 et d'autre part parce que le projet de loi, en créant un effet de seuil pour l'accès à la protection complémentaire, met en place une inégalité qui est une négation du droit à l'accès de tous à la protection de la santé. Tant qu'une solution alternative à cet effet de seuil, comme par exemple une sortie « en sifflet », n'est pas trouvée, cet article de principe n'est pas acceptable.

Le rapporteur s'est opposé à l'amendement en considérant qu'il revenait à écarter l'ensemble du projet de loi. L'argument sur l'effet de seuil n'est pas pertinent car, dans le droit actuel, l'accès à l'aide médicale gratuite est d'ores et déjà déterminée par des seuils. Le texte se contente de substituer un seuil national à des seuils départementaux.

M. Pierre Hellier a considéré que la détermination d'un seuil pour l'accès à une couverture complémentaire gratuite va à l'encontre du principe d'universalité défendu par le projet de loi.

M. Bernard Accoyer, rappelant les différences de revenus existant entre les régions, s'est opposé à la détermination d'un seuil unique pour tout le territoire national.

Le rapporteur s'est étonné que l'on découvre avec la CMU qu'il existe des différences de niveau de vie entre régions. Cette réflexion est tout à fait pertinente mais concerne tous les domaines de l'action publique et il n'est pas envisageable de régionaliser toutes les prestations.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a ensuite examiné, en discussion commune, deux amendements du rapporteur et de M. Denis Jacquat prévoyant une nouvelle rédaction de l'article.

M. Denis Jacquat a proposé, pour éviter les conséquences trop rigoureuses de l'effet de seuil, de substituer au droit à une couverture complémentaire gratuite une aide financière permettant aux plus démunis d'accéder volontairement à une protection complémentaire.

Le rapporteur s'est opposé à cet amendement correspondant à une logique autre que celle du projet de loi. Il faut rappeler que l'accès des plus démunis à une protection sociale complète existe déjà en droit, puisqu'il a été affirmé par la loi du 29 juillet 1992 d'adaptation de la loi de 1988 portant création du RMI. L'amendement marque donc un recul par rapport au droit existant.

Il a ensuite exposé son propre amendement qui propose trois modifications de l'article. Il s'agit tout d'abord de supprimer la première phrase, qui est dépourvue de portée juridique et relève de l'exposé des motifs, puis de définir géographiquement le champ d'application du texte, afin de limiter le bénéfice de la CMU aux personnes résidant en France métropolitaine ou dans les DOM ou à Saint-Pierre et Miquelon, et enfin de substituer l'expression « personnes dont les revenus sont les plus faibles » à l'expression « personnes les plus défavorisées », trop peu précise.

M. Pierre Hellier a approuvé l'amendement du rapporteur et s'est opposé à celui de M. Denis Jacquat, lui préférant une solution permettant une sortie « en sifflet » du dispositif prévu pour l'assurance complémentaire.

M. Denis Jacquat s'est déclaré favorable à la troisième modification proposée par l'amendement du rapporteur.

M. René Couanau a considéré que l'amendement du rapporteur s'insérait bien dans la logique du projet de loi et a proposé un sous-amendement visant à substituer les termes « accès à une protection complémentaire » aux mots « droit à une protection complémentaire », ce qui permettrait de progresser vers une disparition de l'effet de seuil.

Le rapporteur a une nouvelle fois rappelé son souhait de ne pas revenir sur le droit existant et donc sur le droit à l'accès à une couverture complémentaire gratuite pour les plus démunis créé par la loi sur le RMI.

M. Yves Bur a présenté le même sous-amendement que M. René Couanau. Il convient en effet de rappeler que si le droit à une couverture maladie de base relève de la solidarité nationale, la couverture complémentaire ne relève pas d'un droit ; l'Etat doit simplement en faciliter l'accès. Prévoir une aide financière pour l'accès à la protection complémentaire tend à responsabiliser les personnes en fonction de leur capacité contributive et étend la portée de la mesure bien au delà de la population visée par la couverture complémentaire gratuite prévue par le texte. Une telle disposition permettrait de sortir d'une logique d'assistance totale et serait un facteur supplémentaire d'insertion sociale pour ses bénéficiaires.

Le rapporteur a annoncé que différentes solutions seraient examinées dans la suite du débat pour lisser l'effet de seuil. Mais, au sein de ce seuil, le projet de loi a l'avantage de conserver le déclenchement d'un droit, et non pas seulement de prévoir la possibilité d'un accès. C'est une différence essentielle qu'il convient de conserver.

M. Jean-Luc Prél a présenté un sous-amendement remplaçant « le droit à une protection complémentaire » par le droit à une aide financière pour leur permettre de bénéficier d'une protection complémentaire. Il a considéré que la couverture complémentaire relevait d'une autre logique que l'assurance de base. L'une des difficultés majeures du texte est qu'il ne fait pas clairement la différence entre les responsabilités des différents acteurs de l'assurance maladie. Or il est absolument nécessaire, si l'on souhaite préserver notre système de protection sociale et éviter une mise en cause au niveau européen, de délimiter clairement les rôles respectifs du régime de base et de la couverture complémentaire.

M. Yves Bur a rappelé que les assureurs et les mutuelles avaient fait part à la commission de leur volonté de participer à l'effort en faveur d'une couverture maladie universelle en ouvrant à toute la population l'accès à une couverture complémentaire minimale.

M. René Couanau, après s'être déclaré personnellement favorable à l'évolution proposée par le texte en ce qui concerne l'assurance de base, a considéré que l'effacement de l'effet de seuil observé pour l'accès à la couverture complémentaire était absolument nécessaire. Cela ne pourra se faire que par l'institution d'une cotisation, bien évidemment modulée en fonction du revenu. Il ne s'agit pas de remettre un droit en cause, mais d'adopter une approche différente pour l'assurance de base et la couverture complémentaire.

M. Bernard Accoyer a déclaré ne pas comprendre la volonté du Gouvernement de maintenir un accès à l'assurance complémentaire gratuit, automatique, déresponsabilisant et finalement porteur d'une menace pour le système actuel de protection sociale.

Le rapporteur a rappelé que le fait de confirmer un droit n'était pas incompatible avec l'idée d'une cotisation. Divers amendements seront proposés dans ce sens. Il est cependant préférable que le droit existant soit confirmé, quitte à prévoir ensuite un dispositif d'accompagnement au delà du seuil, afin d'éviter ses effets les plus négatifs.

La commission a *rejeté* les sous-amendements à l'amendement du rapporteur proposés par MM. René Couanau, Jean-Luc Prével et Yves Bur et *adopté* l'amendement du rapporteur, l'amendement de M. Denis Jacquat, ainsi qu'un amendement de M. Yves Bur et un amendement de Mme Gilberte Marin-Moskovitz devenant de ce fait *sans objet*.

L'article 1^{er} a été ainsi rédigé.

TITRE 1ER

DISPOSITIONS RELATIVES AUX REGIMES OBLIGATOIRES

CHAPITRE 1^{ER}

Dispositions générales

Article 2

(Article L. 111-1, chapitre 1^{er} du titre IV du livre VII et article L. 741-11 du code de la sécurité sociale)

Principe de l'affiliation et du rattachement aux nouveaux régimes obligatoires et suppression du régime de l'assurance personnelle

Cet article affirme le principe de l'affiliation aux nouveaux régimes obligatoires général et complémentaire et supprime le régime de l'assurance personnelle.

1. Le **I** de cet article modifie l'article L. 111-1 du code de la sécurité sociale en supprimant le rattachement des personnes ne relevant pas d'un régime obligatoire au régime de l'assurance personnelle et en

prévoyant, dans le cadre de l'application du nouveau régime de la CMU, l'affiliation obligatoire des intéressés au régime de base et au régime complémentaire. L'étude d'impact souligne le caractère obligatoire de cette affiliation : « *Afin que personne ne puisse être sans droit à l'assurance maladie, la couverture maladie, assurée par les régimes obligatoires (régime général, régime agricole, régime des non salariés non agricoles) devient obligatoire. Il ne pourra plus y avoir ni refus d'affiliation, ni exclusion, ni suspension des droits aux prestations en nature maladie* ».

Ce dispositif constitue une extension de la couverture de base et non un simple mécanisme de substitution.

2. La première phrase du premier alinéa du **II** de cet article abroge les dispositions du code de la sécurité sociale relatives au régime de l'assurance personnelle, supprimant ainsi ce régime (chapitre 1^{er} du titre IV du livre VII du code de la sécurité sociale).

La loi n° 78-2 du 2 janvier 1978, relative à la généralisation de la sécurité sociale a créé le régime de l'assurance personnelle substitué à celui de l'assurance volontaire résultant des mesures adoptées en 1967 dans le cadre de la réforme dite « réforme Jeanneney ». Posant pour principe que toute personne résidant sur le territoire national a droit à une couverture maladie, la loi du 2 janvier 1978 a confié la gestion de l'assurance personnelle aux caisses du régime général. Ce régime couvre les personnes résidant en France dans des conditions régulières depuis trois mois et susceptibles de n'être couvertes par aucun des régimes obligatoires existants. L'affiliation à ce régime est, en principe, facultative ; elle ouvre l'accès au droit aux prestations du régime général, moyennant le paiement d'une cotisation. La sortie de ce régime peut être le fait de l'entrée dans un régime obligatoire, de l'acquisition de la qualité d'ayant droit, de la résidence hors de France pendant plus d'un an, du service national, ou du décès. Les cotisations des personnes dont les ressources se situent en dessous d'un plafond peuvent être prises en charge par des tiers : fonds de solidarité vieillesse (personnes âgées n'ayant aucune retraite contributive) ; caisses d'allocations familiales (personnes bénéficiaires d'une prestation familiale) ou, en dernier ressort, aide médicale de l'Etat ou des départements

La deuxième phrase du premier alinéa du **II** de cet article précise que les dispositions de l'article L. 741-11 du code de la sécurité sociale demeurent en vigueur pour la répartition du solde des opérations de recettes et dépenses du régime de l'assurance personnelle afférent à l'exercice 1999.

Cet article L. 741-11 prévoit que les opérations de recettes et de dépenses de l'assurance personnelle font l'objet d'une comptabilité distincte ; le solde constaté au terme d'un exercice est réparti entre les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité.

Le deuxième alinéa supprime, en conséquence, les mots : « assurance personnelle » de l'intitulé du titre IV du livre III du code de la sécurité sociale.

*

La commission a *adopté* l'article 2 sans modification.

Article 3

(titre VIII du livre III, articles L. 380-1 à L. 380-4 nouveaux, du code de la sécurité sociale)

Critères d'affiliation au nouveau régime général et cotisation

Cet article détermine les critères d'affiliation au nouveau régime général et pose le principe de l'acquittement ou de l'exonération d'une cotisation en fonction du montant des revenus.

Le **I** de cet article crée au titre VIII du livre III du code de la sécurité sociale un chapitre préliminaire intitulé : « Personnes affiliées au régime général du fait de leur résidence en France », comprenant les articles L. 380-1 à 380-4.

Le **II** de cet article rédige les articles L. 380-1 et L. 380-2 nouveaux du code de la sécurité sociale.

Article L. 380-1 nouveau du code de la sécurité sociale

Critères d'affiliation au régime

Cet article détermine les conditions de résidence sur le territoire national et de situation au regard de la branche maladie de la sécurité sociale auxquelles les personnes ayant vocation à être affiliées au régime général doivent satisfaire.

Le critère de résidence, qui doit être précisé par un décret en Conseil d'Etat, s'apprécie sur deux plans : celui de la stabilité et celui de la régularité.

L'actuel article R. 741-1 du code de la sécurité sociale relatif aux conditions d'affiliation au régime de l'aide sociale mentionnant comme un des critères d'affiliation une résidence d'une durée de trois mois, il est possible que cette durée soit celle retenue par le décret prévu au présent article.

L'article D. 115-1 du code de la sécurité sociale énumère les titres de la régularité du séjour et du travail des ressortissants étrangers en France (l'article 3 de l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France, définissant l'expression « en France » comme s'entendant du territoire métropolitain et de celui des départements d'outre-mer) :

- 1° Carte de résident ;

- 2° Carte de résident privilégié ;
- 3° Carte de séjour temporaire ;
- 4° Certificat de résidence de ressortissant algérien ;
- 5° Récépissé de demande de renouvellement de l'un des titres mentionnés ci-dessus ;
- 6° Récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation de séjour d'une durée de six mois renouvelable portant la mention : « reconnu réfugié » ;
- 7° Récépissé d'une demande de titre de séjour portant la mention : « étranger admis au titre de l'asile » d'une durée de validité de six mois, renouvelable ;
- 8° Récépissé constatant le dépôt d'une demande de statut de réfugié portant la mention : « a demandé le statut de réfugié » ;
- 9° Autorisation provisoire de travail pour les personnes séjournant en France sous couvert d'un visa de court séjour pour celles qui ne sont pas soumis à visa et qui sont sur le territoire français pour une durée inférieure à trois mois ;
- 10° Autorisation provisoire de séjour accompagnée d'une autorisation provisoire de travail ;
- 11° Le titre d'identité d'Andorran délivré par le préfet des Pyrénées-Orientales ;
- 12° Le passeport monégasque revêtu d'une mention du consul général de France à Monaco valant autorisation de séjour ;
- 13° Livret spécial ou livret spécial de circulation ;
- 14° Contrat de travail saisonnier visé par la direction départementale du travail et de l'emploi ;
- 15° Récépissé de demande de titre de séjour portant la mention : « il autorise son titulaire à travailler » ;
- 16° Carte de frontalier.

L'article D. 115-3 du même code concerne les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et membres de leur famille quelle que soit leur nationalité, il prévoit :

« 1° Pour l'affiliation à un régime obligatoire de sécurité sociale résultant d'une activité professionnelle, la situation des personnes visées à l'article 1er (a à j) du décret n° 94-211 du 11 mars 1994 réglementant les conditions d'entrée et de séjour en France des ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne bénéficiaires de la libre circulation des personnes ainsi que celle des membres de leur famille quelle que soit leur nationalité est constatée par tous documents attestant la qualité de travailleur ressortissant d'un Etat membre de la Communauté européenne exerçant ou ayant exercé sur le territoire français une activité salariée ou non salariée, ou tout document attestant la qualité de membre de famille du travailleur salarié ou non salarié telle que définie à l'article 1er (n, 1°) du décret n° 94-211 du 11 mars 1994.

Ces personnes peuvent notamment produire la carte de séjour "CEE" ou la carte de séjour portant la mention : "Communauté européenne" ou le récépissé de demande de ce titre portant l'une des mentions suivantes : "toutes activités professionnelles - règlement (CEE) n° 1612-68 du 15 octobre 1968" ; "membre de famille - toutes activités professionnelles (règlement n° 1612-68 du 15 octobre 1968, art 10)", ou la carte de travailleur frontalier.

2° Pour l'affiliation à un régime obligatoire de sécurité sociale, les personnes visées à l'article 1er (l, m et k) du décret n° 94-211 du 11 mars 1994 doivent remplir pour elles-mêmes et les membres de leur famille tels que définis à l'article 1er (n, 2° et 3°) du décret n° 94-211 du 11 mars 1994 les conditions fixées par ce décret et notamment de ressources requises pour bénéficier du droit de séjour.

La production de la carte de séjour portant la mention "Communauté européenne", ou le récépissé de demande de ce titre, portant l'une des mentions suivantes :

"Pensionné" (directive n° 90-365 du 28 juin 1990) ;

"Etudiant" (directive n° 93-96 du 29 octobre 1993) ;

"Non-actif, ni pensionné ni étudiant" (directive n° 90-364 du 28 juin 1990),

atteste de la qualité de ressortissant d'un Etat membre de la Communauté européenne admis en tant que tel à séjourner en France au titre des dispositions du décret n° 94-211 du 11 mars 1994.

La production de la carte de séjour portant la mention "Communauté européenne", ou le récépissé de demande de ce titre, portant l'une des mentions suivantes :

"Membre de famille (directive n° 90-365 du 28 juin 1990) toutes activités professionnelles" ;

"Membre de famille (directive n° 93-96 du 29 octobre 1993) toutes activités professionnelles" ;

"Membre de famille (directive n° 90-364 du 28 juin 1990) toutes activités professionnelles",

atteste de la qualité de membre de famille de ressortissant d'un Etat membre de la Communauté européenne admis en tant que tel à séjourner en France au titre des dispositions du décret du 11 mars 1994 précité ».

Tout étranger satisfaisant à ces deux critères de stabilité et de régularité a vocation à bénéficier des prestations en nature du régime général déterminé par la présente loi dès lors qu'il ne bénéficie pas des prestations d'un autre régime d'assurance maladie et maternité. L'article 30 de la présente loi prévoit les conditions d'affiliation au régime de l'aide médicale, qu'il définit, des personnes ne répondant pas, notamment, aux critères de résidence stable et régulière en France.

Le deuxième critère d'affiliation au régime général est de n'avoir droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité.

Il faut souligner que ces critères d'affiliation (résidence stable et régulière sur le territoire national et absence de droit aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité), sont les mêmes que ceux qui président aujourd'hui à l'affiliation au régime de l'assurance personnelle. La distinction majeure entre les deux dispositifs se trouve dans le caractère obligatoire de l'affiliation au nouveau régime déterminé par la couverture maladie universelle alors qu'il n'est que facultatif dans le régime de l'assurance personnelle. Cette obligation nouvelle d'affiliation, étant plus protectrice, place la CMU dans la continuité des principes mis en œuvre en 1945.

*

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur visant à élargir le champ territorial de l'article à la collectivité locale de Saint-Pierre et Miquelon.

La commission a examiné un amendement de Mmes Muguette Jacquaint et Jacqueline Fraysse visant à substituer à la notion de « résidence stable et régulière » comme condition d'affiliation, celle de « résidence durable ».

Mme Muguette Jacquaint a indiqué que cet amendement tenait compte de l'avis du Conseil d'Etat de 1981 qui a retenu comme critère subsidiaire ouvrant droit à l'affiliation au régime de base le seul critère de résidence durable. Cet amendement est également une mesure de justice sociale visant à éviter toute discrimination pour les étrangers en situation irrégulière et une mesure de santé publique.

Le rapporteur a observé que le Conseil d'Etat, dans son avis, avait mis en avant le critère de résidence durable en l'absence de disposition législative. Le projet de loi actuel prévoit un critère de résidence stable et régulière ; l'avis du Conseil d'Etat n'a donc pas à s'appliquer dans ce cas présent. De plus, les personnes en situation irrégulière sont prises en compte dans la troisième partie du projet de loi : elles sont couvertes automatiquement par l'aide médicale de l'Etat. Enfin, à l'heure actuelle, l'affiliation au régime de base se fait sur un critère de résidence stable et régulière. Le projet de loi ne fait donc que reprendre le droit existant en matière d'affiliation.

La commission a *rejeté* cet amendement.

Article L. 380-2 nouveau du code de la sécurité sociale

Cotisation et seuil d'acquiescement ou d'exonération

Cet article affirme le principe de contributivité du régime général et prévoit le seuil d'exonération du paiement de la cotisation.

Le premier alinéa prévoit que les personnes affiliées au régime général sont redevables d'une cotisation lorsque leurs ressources dépassent un plafond fixé par décret. D'après les chiffres figurant dans le dossier présenté à l'issue du Conseil des ministres du 3 mars 1999, ce plafond devrait s'établir pour une personne isolée à 3 500 francs par mois, pour deux personnes à 5 250 francs, pour trois personnes à 6 300 francs, pour quatre personnes à 7 700 francs plus 1 400 francs par personne supplémentaire.

Ce plafond est le même que celui mentionné à l'article 20 de la présente loi (article L. 861 nouveau du code de la sécurité sociale), dans le domaine de la couverture complémentaire. Il conviendrait de préciser à l'instar de la rédaction retenue pour l'article L. 861 précité, que ce plafond est révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix.

Le deuxième alinéa précise que le montant de cette cotisation est fixé en pourcentage des revenus en prenant pour référence le mode de calcul utilisé pour l'appréciation du seuil déclenchant l'exonération du paiement de la cotisation sociale généralisée (1° du V de l'article 1417 du code général des impôts). Il prévoit en outre qu'un décret déterminera le taux et les modalités de calcul de cette cotisation ainsi que les obligations déclaratives incombant aux assujettis.

Ce dispositif se différencie du système existant pour l'assurance personnelle qui se caractérise par des cotisations d'un montant élevé (91 %

des assurés personnel voient leur cotisation prise en charge), la cotisation au régime d'assurance maladie créé par le présent projet étant, au delà du seuil de contributivité, strictement proportionnelle au revenu et à un taux limité déterminé par un décret.

Le troisième alinéa prévoit que le mode de recouvrement de la cotisation est celui prévu par les sections 2 à 4 du chapitre 3 et du chapitre 4 du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale, sous réserve d'adaptations prévues par décret.

*

La commission a examiné un amendement présenté par M. André Aschieri visant à relever le seuil de ressources pris en compte pour l'affiliation gratuite en régime général jusqu'au seuil de pauvreté calculé par l'INSEE en 1998, soit 3 800 F mensuels et à instaurer une dégressivité jusqu'au SMIC.

M. André Aschieri a indiqué que ce relèvement du seuil était nécessaire afin que le projet de loi remplisse réellement son objectif de lutte contre l'exclusion. De plus, ce barème fixé arbitrairement entraîne un effet de seuil regrettable auquel il faut remédier. Celui-ci a pour conséquence d'exclure des soins les personnes ayant un revenu, certes supérieur au seuil fixé, mais insuffisant pour leur permettre d'accéder à des soins corrects.

M. Denis Jacquat a observé que ce relèvement du seuil à 3 800 F était indispensable même s'il impliquait une augmentation des bénéficiaires de 2 millions de personnes ainsi qu'un dispositif dégressif afin d'éviter tout effet de seuil.

M. René Couanau a soutenu l'amendement dans un souci d'harmonisation avec d'autres seuils en vigueur.

M. Yves Bur a regretté que le projet de loi laisse le Gouvernement fixer le seuil par décret, de manière discrétionnaire. Un débat sur ce sujet devrait être prévu lors de l'examen de la loi de financement dans la mesure où il s'agit de dépenses de santé.

M. Edouard Landrain s'est interrogé sur la situation des gens du voyage dont les revenus sont très difficiles à déterminer et donc sur la difficulté à les faire entrer dans le dispositif de couverture maladie universelle.

M. Bernard Accoyer a remarqué que le Gouvernement actuel avait instauré un très grand nombre de seuils tous différents et s'est interrogé sur la légitimité de la fixation du seuil à 3 500 F, seuil qui est en-deçà de celui déclenchant l'aide médicale dans vingt-neuf départements.

Le rapporteur a rappelé que tous les seuils de revenus prévus dans la législation sociale étaient fixés par décret et non par la loi. Il faut s'en tenir à ce principe et éviter la rigidité d'un seuil inscrit dans la loi. En outre, l'amendement est certainement irrecevable au regard de l'article 40 de la Constitution.

Pour ce qui est des gens du voyage, l'affiliation prévue par le présent projet de loi sera un élément déterminant d'intégration de cette communauté.

La commission a *adopté* l'amendement.

En conséquence, un amendement de M. Yves Bur relatif à la fixation du plafond dans la loi de financement de la sécurité sociale ainsi qu'un amendement du rapporteur prévoyant une révision annuelle du plafond de prise en charge sont *devenus sans objet*.

Le rapporteur a ensuite indiqué que, compte tenu de l'adoption de l'amendement de M. André Aschieri, il n'était pas favorable à l'adoption de l'article 3 ainsi modifié.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Denis Jacquat supprimant la possibilité donnée au Gouvernement d'adopter les modalités de recouvrement de la cotisation.

La commission a ensuite *adopté* l'article 3 ainsi modifié.

*

La commission a examiné l'article 3 *en seconde délibération* au cours de sa séance du jeudi 8 avril 1999.

Le président Jean Le Garrec a proposé qu'il soit procédé à une seconde délibération de l'article 3. Il a rappelé que, sur cet article, la commission avait adopté un amendement présenté par M. André Aschieri portant à 3 800 francs le seuil de revenus en deçà duquel il n'est pas exigé de cotisation pour l'affiliation au régime général sur critère de résidence. Cet amendement est irrecevable au regard de l'article 40 de la Constitution et ne viendra donc pas en discussion en séance. Il est souhaitable cependant que la commission se prononce à nouveau afin que cette question soit clairement tranchée d'autant que les amendements adoptés par la commission, à l'initiative du rapporteur, dans la suite du débat, ont permis de lisser les effets de seuils et de mettre en place des mesures d'accompagnement pour les personnes se situant juste au-dessus de celui-ci.

Le rapporteur a ajouté qu'aux raisons de fond invoquées par le président s'ajoutent des raisons plus techniques. Le projet de loi fixe en effet deux seuils :

- le premier figurant à l'article 3 est un seuil déclencheur de cotisation pour l'affiliation au régime général sur critère de résidence ;

- le second mentionné à l'article 20 est un seuil d'accession à la couverture complémentaire.

De l'amendement adopté par la commission résulte donc une incohérence puisque le premier seuil serait désormais fixé par la loi à 3 800 francs alors que la fixation du second est renvoyée à un décret.

M. Alfred Recours a insisté sur l'intérêt des mesures adoptées pour atténuer l'effet de seuil et notamment de celle relative à la création d'un fond d'accompagnement. Des personnes au-dessus des seuils peuvent en effet rencontrer des difficultés d'accès aux soins, c'est particulièrement le

cas des personnes surendettées et pour tenir compte de toutes ces situations le renvoi à un décret est légitime.

Mme Gilberte Marin-Moskovitz a déclaré que si elle comprenait les raisons pour lesquelles on pouvait être contre le relèvement du seuil, il n'était pour autant pas convenable d'avancer de faux arguments pour justifier le recours à une seconde délibération.

M. Denis Jacquat s'est déclaré surpris par la procédure suivie, le recours à une seconde délibération en commission étant extrêmement rare. L'adoption de l'article 3 par une majorité « plurielle » est intervenue après un long débat et dans des conditions incontestables.

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia a déclaré approuver totalement les propos de Mme Marin-Moskovitz et indiqué ne pas vouloir, dans ces conditions, participer au vote.

M. André Aschieri a contesté le caractère démocratique de la procédure suivie consistant à revenir sur un vote, d'autant que ce vote est intervenu en toute clarté.

Mme Mugette Jacquaint a rappelé que la commission avait adopté le principe d'un relèvement du seuil qui répond à une attente largement partagée. Malgré les mesures de lissage des effets de seuils qui ont été adoptées, il est tout à fait regrettable que l'on ne souhaite pas en accepter ce relèvement jusqu'à 3 800 francs.

Le président Jean Le Garrec, en réponse, a formulé les observations suivantes :

- même si cela reste une procédure relativement rare, la commission a déjà procédé à des secondes délibérations, notamment en octobre 1997 et novembre 1998.

- l'amendement adopté est irrecevable au regard de l'article 40 de la Constitution mais compte tenu de l'importance du débat en cause, on ne peut se contenter des conséquences de cette irrecevabilité qui font que l'amendement ne sera pas appelé en séance publique. Il est au contraire légitime de procéder à une seconde délibération au lieu de laisser croire que la question a été tranchée.

La commission a décidé de procéder à une seconde délibération de cet article et a *adopté*, en seconde délibération, un amendement du rapporteur rétablissant la rédaction initiale des deux premiers alinéas de l'article 3 et l'article 3 ainsi modifié.

Article 4

(Article L. 161-2-1 nouveau du code de la sécurité sociale)

Immédiateté et automaticité du droit à l'accès aux soins

Le présent article détermine deux des caractéristiques majeures du nouveau régime général créé par la présente loi que sont l'immédiateté et l'automaticité de l'ouverture de l'accès au bénéfice des prestations en nature.

Le **premier alinéa** de cet article prévoit que toute personne déclarant auprès d'une caisse primaire d'assurance maladie ne pas bénéficier des prestations en nature d'un régime de maladie et de maternité est immédiatement affiliée, au titre de l'article L. 380-1 nouveau du code de la sécurité sociale au régime général. Cette affiliation est conditionnée par le critère de résidence stable et régulière en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer et par la production d'un document faisant foi de l'identité du demandeur.

L'immédiateté de l'affiliation résulte de l'absence de délai puisque le bénéfice des prestations en nature est ouvert dès le dépôt de la demande et que la caisse pressentie ne recherche qu'à posteriori si la personne concernée est susceptible de relever d'un régime existant. Ce dispositif répond à la situation de personnes se trouvant en position d'extrême précarité et ignorantes de leur situation au regard de l'assurance maladie ou trop marginalisées pour entreprendre certaines démarches à caractère administratif.

Cet article ne vise que le service des prestations en nature puisque seules celle-ci peuvent être immédiatement délivrées dans l'ignorance de l'éventuelle appartenance de la personne à un régime susceptible de fournir aux intéressés des prestations en espèces.

L'automaticité résulte en partie du surcroît de simplicité dans la démarche à accomplir par le demandeur mais encore de l'implication accrue dans le dispositif des associations agréées ainsi que de certains acteurs institutionnels. Le bénéficiaire devra fournir uniquement sa carte d'identité ou, pour les étrangers en situation régulière, le titre de séjour. La demande pourra être présentée par le truchement des services sociaux du département ou de la commune ou d'une association agréée ; la personne pourra également s'adresser au guichet de caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) sans avoir à rechercher préalablement de quel régime elle relève. La CPAM servira les prestations en nature dès le dépôt de la demande et effectuera ensuite les démarches nécessaires pour savoir de quel régime

relève le demandeur ; si ce dernier ne remplit aucune des conditions socioprofessionnelles traditionnelles pour être affilié à un régime obligatoire, il sera maintenu au régime général au seul titre de sa résidence régulière.

Le **deuxième alinéa** de cet article précise que les demandeurs sans domicile fixe doivent élire domicile auprès d'un organisme agréé à cet effet par l'autorité administrative dont il est possible de supposer qu'elle s'incarne dans la personne du préfet.

A cet égard, il est possible de souligner que cette disposition se situe dans la continuité de l'action engagée en faveur de l'exercice de la citoyenneté des personnes admises au RMI ainsi que des personnes sans domicile fixe par les dispositions de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation contre les exclusions (gratuité de la carte d'identité par exonération du paiement du timbre fiscal, inscription sur la liste électorale de la commune où est situé l'organisme d'accueil agréé, accès facilité à l'aide juridictionnelle).

Le **dernier alinéa** renvoie à un décret le soin de déterminer les conditions d'application de cet article.

*

La commission a examiné un amendement de Mme Gilberte Marin-Moskovitz prévoyant que l'affiliation des personnes était subordonnée à un engagement de justifier de l'identité et de la résidence stable et régulière et non à une production immédiate de justificatif.

Mme Gilberte Marin-Moskovitz a évoqué les difficultés concrètes de personnes dont les papiers ont été volés ou sont perdus ou encore les cas de renouvellement de ces pièces d'identité. Il convient donc d'ouvrir un droit en l'attente de l'obtention de nouveaux papiers.

M. Yves Bur a estimé que cet amendement pose un très réel problème pour l'affiliation des gens du voyage.

M. Denis Jacquat s'est déclaré défavorable à un tel amendement qui allège par trop les procédures extrêmement simples requises par le projet.

M. René Couanau a fait remarquer que le problème ne concernait pas l'accès aux soins mais l'enregistrement de la demande devant la caisse primaire d'assurance maladie.

M. Bernard Accoyer a souligné que si un tel amendement était adopté, tout moyen de preuve disparaîtrait.

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia a fait remarquer que même en l'absence de toute pièce d'identité les patients étaient tout de même soignés.

Le rapporteur a jugé qu'il convenait de ne pas ouvrir de droits sans un minimum de procédure. Les règles prévues par le projet sont simples et claires et ne constituent pas une entrave à l'accès à la CMU. De surcroît les associations présentes sur le terrain ne manqueront pas d'aider les personnes dans leurs démarches, et l'exigence d'une procédure minimale est un puissant facteur d'intégration.

La commission a *rejeté* cet amendement.

Elle a ensuite *rejeté* un amendement de conséquence de Mme Muguette Jacquaint substituant pour qualifier la résidence, aux mots « stable et régulière » le mot « durable » et un amendement de André Aschieri substituant à ces mêmes mots le mot « habituelle ».

La commission a ensuite examiné un amendement du rapporteur attribuant aux services ou associations ou organismes à but non lucratif un rôle d'accompagnement pour les démarches d'affiliation.

M. Yves Bur a jugé que l'affirmation que contenait le dispositif proposé allait de soi et s'est demandé si les caisses primaires d'assurance maladie accepteraient volontiers cette intervention des associations. Quant à l'habilitation à transmettre les documents donnée aux associations, doit-elle s'entendre comme une habilitation à vérifier la validité des conditions d'affiliation ?

M. René Couanau s'est interrogé sur le point de savoir si cet amendement incluait ou non les mutuelles, et sur la portée de l'expression organismes à but non lucratif. Si les mutuelles sont incluses, la portée concrète du texte est extrêmement forte.

M. Jean-Luc Prével s'est également interrogé sur le rôle des mutuelles et de la MSA pour préparer les dossiers. Si celles-ci sont incluses, cet article rompt l'égalité avec les compagnies d'assurance.

M. Bernard Accoyer a souligné qu'un tel amendement mettait l'accent sur les carences du texte en matière d'accompagnement humain des démarches administratives. Il tend à combler un vide du texte par un dispositif largement improvisé.

Le rapporteur a jugé que les mutuelles ne sont pas à priori exclues du champ de cet article bien que leur champ d'intervention concerne surtout le volet complémentaire. L'habilitation n'est qu'une habilitation à transmettre les dossiers.

La commission a *adopté* cet amendement.

La commission a *rejeté* un amendement de M. André Aschieri tendant à ce que les documents demandés par les CPAM pour confirmer l'ouverture des droits à la sécurité sociale soient précisés par décret après que **le rapporteur** eut indiqué que cette disposition ne relevait pas de la loi et que sa rédaction était inappropriée.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel prévoyant que les mutuelles peuvent assurer le service des prestations de base.

M. Jean-Luc Préel a considéré que si les CPAM se voient reconnaître par le projet de loi le droit d'assurer la couverture complémentaire, les organismes complémentaires doivent pouvoir en contrepartie assurer une couverture de base. L'accès des CPAM à la couverture complémentaire conduira nécessairement la commission européenne à demander également une mise en concurrence de la couverture de base.

Le rapporteur a estimé qu'il n'était pas possible d'introduire les acteurs des régimes complémentaires dans le régime de la couverture de base.

M. Alfred Recours, après avoir indiqué que l'objectif poursuivi par cet amendement relevait clairement d'une idéologie de privatisation de la sécurité sociale, a estimé qu'un monopole portant sur l'accès de non-cotisants à un régime de base ne pouvait poser de problème au regard de la législation européenne.

M. Bernard Accoyer a rappelé qu'à la question de savoir si une remise en cause du monopole de la gestion de la couverture de base était à craindre, le président de la CNAM avait répondu devant la commission par l'affirmative.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *rejeté* un amendement de M. André Aschieri précisant que dans chaque CPAM un référent devait être responsable de l'accueil des bénéficiaires de la CMU, après que **le rapporteur** eut indiqué que cette disposition ne relevait pas du domaine de la loi.

La commission a *adopté* l'article 4 ainsi modifié.

Après l'article 4

M. André Aschieri a *retiré* un amendement précisant les documents remis aux personnes relevant de la CMU lors de consultations après que **le rapporteur** eut précisé que ce

dispositif était inspiré par le régime de l'aide médicale auquel justement le projet de loi a pour objectif de mettre fin.

Article 5

(Articles L. 161-15-1 et L. 161-15-2 du code la sécurité sociale)

Continuité du droit à l'accès aux soins

Cet article affirme le troisième principe majeur de l'affiliation au régime général qu'est la continuité du droit

L'**article L. 161-15-1** définit a contrario le principe de continuité puisqu'il détermine que la perte du bénéfice du droit aux prestations en nature du régime général peut résulter du fait de ne plus remplir les conditions de résidence visées par l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale ou de celui d'être présumée absente au sens de l'article 112 du code civil.

Ce dernier article dispose que : « *Lorsqu'une personne a cessé de paraître au lieu de son domicile ou de sa résidence sans que l'on en ait eu de nouvelles, le juge des tutelles peut, à la demande des parties intéressées ou du ministère public, constater qu'il y a présomption d'absence* ». Cette constatation permet au juge de procéder aux actes nécessaires à la représentation de la personne présumée disparue, à l'entretien de la famille ou aux charges du mariage notamment.

La sortie du régime peut encore résulter d'une élévation des revenus du fait d'un retour à l'emploi notamment ; le cas échéant, la continuité du droit est assurée puisque la personne retrouve une affiliation au titre de l'activité professionnelle.

L'**article L. 161-15-2** présente une nouvelle rédaction afin de tenir compte de la suppression du régime de l'assurance personnelle

L'actuelle rédaction de cet article prévoit l'affiliation provisoire au régime de l'assurance personnelle de toute personne qui satisfait à la condition de résidence prévue pour ce régime et dont il ne peut être immédiatement établi qu'elle relève d'un quelconque régime d'assurance maladie et maternité. Les intéressés et leurs ayants droits bénéficient alors provisoirement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité servies par le régime général, cela sans condition de cotisation. Lorsque le régime dont relève la personne est déterminé, les prestations servies sont remboursées par celui-ci au régime de l'assurance personnelle. Lorsque

l'intéressé relève de l'assurance personnelle, les prestations servies sont dues au premier franc.

La nouvelle rédaction précise les modalités de garantie de maintien de l'accès aux soins lors de la transition éventuelle entre régimes mentionnée à l'article 4 de la présente loi.

A cette fin il prévoit que le régime d'assurance maladie accueillant les personnes visées par l'article 4 susvisé servira les prestations en nature jusqu'à ce que le régime dont peuvent dépendre ces personnes les ait affiliées, se substituant ainsi au régime d'accueil mentionné à l'article L.161-15-1 du code de la sécurité sociale.

*

La commission a *rejeté* amendement de M. Yves Bur précisant que la condition de résidence nécessaire à l'admission à la CMU fera l'objet d'une vérification régulière après que **le rapporteur** eut indiqué qu'il n'appartenait pas à la loi d'enjoindre à une autorité administrative d'exercer la compétence qu'elle lui confie.

La commission a *adopté* l'article 5 sans modification.

Article 6

(Articles L. 161-2, L. 381-7, L.381-12, L.382-9, L.615-8, L.722-6 du code de la sécurité sociale et article 1106-12 du code rural)

Accès aux soins sans restrictions financières

Cet article abroge les dispositions qui subordonnent le versement des prestations à l'acquittement des cotisations.

Ce texte, en modifiant le code de la sécurité sociale et le code rural, développe logiquement l'esprit de la loi en posant pour principe que le faible montant ou l'absence de revenus ne saurait constituer un obstacle à l'ouverture des droits aux soins par le truchement de l'affiliation à un régime d'assurance maladie ; il rompt donc le lien entre le paiement de cotisation et le versement des prestations en nature. Cette rupture constitue un des piliers de la réforme puisque l'ouverture du droit ne sera plus subordonnée au paiement préalable des cotisations.

Le **I** de cet article modifie les articles suivant du code de la sécurité sociale :

1°- Dans l'article L. 161-2, est supprimé le dernier alinéa qui subordonne au paiement préalable des cotisations l'ouverture du droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité ; cette rédaction est de portée très générale puisque les dispositions de l'article modifié valent pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité ;

2°- Dans l'article L. 381-7, est supprimé le dernier alinéa qui dispose que la fourniture aux étudiants, leurs conjoints ou enfants à charge, des prestations en nature du régime général est subordonnée à la justification du versement régulier des prestations ;

3°- Dans l'article L. 381-12, est supprimée la disposition qui prévoit que les ministres des cultes et les membres des congrégations et collectivités religieuses ainsi que les personnes titulaires de la pension de vieillesse ou d'invalidité servie par la Caisse mutuelle d'assurance vieillesse des cultes ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité à condition d'être à jour de leur cotisation personnelle ;

4°- L'article L. 382-9 est modifié de façon à préciser que, pour bénéficier du versement des prestations en espèces des assurances maladie et maternité, les artistes auteurs d'œuvres littéraires et dramatiques, musicales et cinématographiques, graphiques et plastiques ainsi que certains photographes, doivent être à jour de leurs cotisations. En écartant les prestations en nature du champ d'application de cet article, cette modification rend possible le service de ces prestations en l'absence de cotisation ;

5°- L'article L. 615-8 est modifié de façon à faire apparaître que seul le versement des prestations en espèces dépend du fait que l'assuré doit être à jour de ses cotisations. Le régime concerné est celui des travailleurs non salariés non agricoles, géré par la CANAM. Les prestations servies par ce régime présentent des similitudes avec celle octroyées par le régime général des salariés, sous réserve de la prise en charge du « petit risque », couvert à un taux inférieur à celui du régime général. Le « petit risque » concerne la prise en charge des prestations en nature de l'assurance maladie et correspond à l'ensemble des soins relevant de la médecine de ville (dont l'article L. 615-14 du code de la sécurité sociale donne la liste pour ce régime), cette couverture étant souvent complétée auprès d'organismes privés. Les professions artisanales sont les seules à bénéficier de prestations en espèce de l'assurance maladie. Les autres catégories de non salariés perçoivent seulement des allocations ou des indemnités de remplacement en cas de maternité. Cette situation explique la rédaction retenue pour la modification du premier alinéa de cet article : « Pour bénéficiaire, le cas échéant, du règlement des prestations en espèces »

6°- L'article L. 722-6 est modifié de façon à préciser que seul le versement des prestations en espèces du régime maladie, maternité et décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés n'est accordé qu'à la condition que les cotisations échues ont été versées par l'assuré avant l'ouverture du risque.

Le **II** de cet article supprime le troisième alinéa de l'article 1106-12 du code rural qui prévoit qu'en cas de défaut de versement des prestations, les assurés bénéficient des prestations du régime pendant six mois à compter de la date de mise en demeure. Cette suppression a pour effet de déconnecter le versement des prestations du paiement des cotisations.

La deuxième modification apportée à cet article est de cohérence.

*

M. Jean-Luc Prél a retiré un amendement relatif à la prise en charge de la couverture maladie du conjoint survivant ayant eu au moins trois enfants à charge après que **le rapporteur** eut indiqué que cette question serait évoquée à l'article 10.

La commission a examiné un amendement de Mme Muguette Jacquaint inscrivant dans l'article L. 161-8 du code de la sécurité sociale que les droits aux prestations de sécurité sociale sont maintenus pendant un an aux personnes ayant cessé de remplir les conditions d'affiliation à un régime.

Après que **le rapporteur** eut précisé que la durée d'un an était actuellement fixée par voie réglementaire, la commission a *adopté* cet amendement.

La commission a ensuite examiné un amendement du rapporteur tendant à la suspension du versement des prestations en nature de l'assurance maladie à l'assuré social, mais pas à ses éventuels ayants droit, en cas de non-versement de la cotisation imputable à un refus volontaire constitutif de mauvaise foi.

Le rapporteur a indiqué que cette disposition qui déroge au schéma général de la loi répondait à la situation particulière des régimes tels la CANAM et la MSA qui sont confrontés à des campagnes d'appel au refus de cotiser.

M. Yves Bur a fait remarquer qu'un tel amendement avait davantage sa place à l'article 14 qui traite du recouvrement des cotisations.

M. Bernard Accoyer s'est félicité que soit abordé le problème de la fraude et s'est inquiété des risques de développement de pratiques frauduleuses de la part de certaines catégories de population à l'occasion de la mise en œuvre de la CMU.

Le rapporteur a indiqué que l'inscription de cet amendement à l'article 6 du projet de loi paraissait plus pertinente puisqu'il supprime les liens entre paiement des cotisations et versement des prestations. La commission a *adopté* cet amendement.

La commission a *adopté* l'article 6 ainsi modifié.

Article 7

(Articles L.161-14-1, L. 381-9 et L. 615-11 du code de la sécurité sociale)

Régime applicable aux ayants droit des personnes affiliées au régime général

Cet article détermine le régime applicable aux ayants droit des personnes affiliées au régime général de l'assurance maladie et crée le statut d'ayant droit autonome.

Le **I** de cet article modifie l'article L. 161-14-1 du code de la sécurité sociale et permet aux enfants ayant droit d'un assuré social d'obtenir le statut d'ayant droit autonome dès l'âge de seize ans (âge du droit commun de l'affiliation à la sécurité sociale) au lieu de dix-huit aujourd'hui.

Les enfants visés par cette nouvelle rédaction sont mentionnés aux 2° et 3° de l'article L. 313-3 du code de la sécurité sociale ; il s'agit :

- jusqu'à un âge limite, des enfants non salariés à la charge de l'assuré ou de son conjoint, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptifs, pupilles de la Nation dont l'assuré est tuteur, ou enfants recueillis ;
- jusqu'à des âges limite déterminés par l'article R. 313-12 du code de la sécurité sociale :

a- des enfants placés en apprentissage dans les conditions déterminées par le code du travail (18 ans) ;

b- des enfants qui poursuivent leurs études (20 ans) ;

c- des enfants qui, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, sont dans l'incapacité permanente de se livrer à un travail salarié (20 ans).

La création de ce nouveau droit vient répondre à des situations telles celle de jeunes vivant chez leurs parents et souhaitant avoir accès à certains soins ou actes de prévention de façon autonome ou celle de jeunes en rupture de liens familiaux.

Le **II** complète le même article par deux alinéas et prévoit que les conjoints et ascendants de personnes affiliées au régime général acquièrent automatiquement, sauf refus exprès de leur part le statut d'ayants droit autonomes. Il s'agit là de la création d'un nouveau droit ouvert aux personnes visées par les 1° et 4° de l'article L. 313-3 ainsi que par l'article L. 161-14 du code de la sécurité sociale, ces personnes sont :

- Au titre des 1° et 4° de l'article L. 313-3 :
 - le conjoint de l'assuré ;
 - l'ascendant, le descendant, le collatéral jusqu'au troisième degré ou l'allié au même degré de l'assuré social, qui vit sous le même toit que celui-ci et qui se consacre exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation des enfants à la charge de l'assuré.
- Au titre de l'article L. 161-14 :
 - la personne qui vit maritalement avec un assuré social, et qui se trouve à sa charge effective, totale et permanente ; à cet égard, et sans préjuger de son adoption définitive, il convient de noter que l'Assemblée nationale a adopté en deuxième lecture le 31 mars 1999 un article 4 *bis* de la proposition de loi relative au pacte civil de solidarité complétant le premier alinéa de cet article et tendant à reconnaître les mêmes droits aux personnes liées à un assuré social par un pacte civil de solidarité ;
 - la personne qui, ne remplissant aucune des conditions de l'article L. 313-3, n'étant pas étudiante vit, de façon non maritale, avec l'assuré social depuis une durée fixée par l'article R. 161-8-1 du code de la sécurité sociale à douze mois consécutifs, et se trouve à sa charge effective, totale et permanente.

Cette innovation renverse une situation qui conduisait à voir, par exemple, le conjoint de l'assuré ne pas bénéficier des mêmes droits que l'enfant majeur.

En cas de décès de l'assuré social ou de rupture de vie commune, le dispositif actuel doit être étudié en fonction du statut des ayants droit concernés :

- 1° veuves ou concubines (de l'un ou l'autre sexe) :
 - l'article L. 161-15 du code de la sécurité sociale prévoit que, s'ils ne bénéficient pas de l'assurance maladie et maternité à un autre titre que celui d'ayant droit de la personne décédée ou avec laquelle le vie commune a été rompue, ils continuent à bénéficier, pendant une période fixée à un an par l'article R. 161-5 du même code, des prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie et maternité dont l'assuré relevait au moment du

décès ou de la rupture Cette durée est, le cas échéant, prolongée jusqu'à ce que le dernier enfant à charge ait atteint l'âge de trois ans (article R. 161-5 précité). Au-delà de cette période, et si elle ne bénéficie pas de l'assurance maladie et maternité à un autre titre la personne concernée est affiliée au régime de l'assurance personnelle. Dans ces deux cas de figure, les enfants demeurent ayants droit.

2° les ayants droit visés au deuxième alinéa de l'article L. 161-14 et 4° de l'article L.313-3 du code de la sécurité sociale

S'ils ne bénéficient de l'assurance maladie et maternité à un autre titre que d'ayant droit de l'assuré social, ils sont affiliés au régime de l'assurance personnelle.

Dans ces deux cas, le régime de l'assurance personnelle étant supprimé par l'article 2 de la présente loi, les personnes concernées qui n'ont droit à aucun titre au bénéfice de l'assurance maladie et maternité et qui satisfont au critère de résidence de l'article L. 380-1 nouveau du code de la sécurité sociale (dernier critère d'ores et déjà exigé pour l'affiliation au régime de l'assurance personnelle), bénéficient de l'affiliation au régime général en application de l'article 3 de la présente loi.

La question de l'acquittement des cotisations ne se pose pas puisque le I de l'article 10 de la présente loi supprime le principe de la prise en charge par le régime des prestations familiales des cotisations afférentes aux veuves ou concubines ayant des enfants à charge évoquées plus haut. Pour les autres personnes visées au 1° ci-dessus ainsi que pour celles visées au 2°, l'article 5 et, ensemble, l'article 6 du présent projet font que les bénéficiaires du régime général au titre de l'article L. 380-1 nouveau du code de la sécurité sociale bénéficient des prestations en nature de ce régime même si, le cas échéant, le montant de leurs revenus ne leur permet pas d'acquitter la cotisation prévue à l'article L. 380-2 nouveau du code de la sécurité sociale.

Dans le cas du décès d'un parent isolé si les enfants concernés sont adoptés, ou confiés à une personne de la famille, ils relèvent du régime d'assurance maladie et maternité auquel sont affiliées les personnes qui assument leur charge, le cas échéant, ces dernières personnes bénéficient des dispositions de la présente loi dans les conditions mentionnées ci-dessus.

Si les enfants concernés deviennent pupilles de l'Etat, ils bénéficient des dispositions de l'article 17 de la présente loi.

Le **deuxième alinéa** de cet article permet l'affiliation autonome au sein du régime de l'assuré des enfants mineurs pris en charge par les

services de l'aide sociale à l'enfance à la demande des personnes ou établissements qui en assument l'accueil ou la garde. Ces personnes ou établissements perçoivent alors directement les prestations en nature des assurances maladie et maternité. Cette mesure permet aux acteurs de l'aide sociale à l'enfance de disposer sans délai de tous les moyens nécessaires aux soins des enfants mineurs dont ils ont la charge.

Dans les situations visées par les I et II de cet article, les personnes concernées, demeurent ayants droit mais peuvent être personnellement remboursées de leurs dépenses de santé sans avoir à passer par le compte de l'assuré social dont ils relèvent. La simplicité d'application du nouveau statut ainsi créé réside dans ce que le lien qui lie l'ayant droit autonome au régime maladie et maternité demeure la première affiliation de l'assuré social. Il n'y a donc pas lieu, au plan administratif, de procéder à une affiliation et à une immatriculation nouvelle ; ce dispositif dispense les intéressés de démarches souvent vécues comme dissuasives et ne crée pas de surcharge de gestion de dossiers pour les caisses.

Le **III** de cet article abroge l'article L. 615-11 du code de la sécurité sociale qui prévoit que les enfants de moins de 20 ans des non-salariés non agricoles poursuivant des études dans des établissements ouvrant droit au bénéfice de l'assurance maladie-maternité perdent la qualité d'ayants droit au titre de membre de la famille.

Le **IV** de cet article modifie l'article L. 381-9 du même code en excluant les enfants des ayants droit des ressortissants du régime des travailleurs non salariés des professions non agricoles et des régimes spéciaux du régime étudiant.

La combinaison des **III** et **IV** de cet article permet que les étudiants qui sont ayants droit d'un travailleur indépendant non agricole, puissent le rester jusqu'à 20 ans, comme dans le régime général (donc sans avoir à cotiser), satisfaisant ainsi à une demande souvent formulée par les professions concernées.

*

M. Edouard Landrain s'est inquiété du caractère extrêmement permissif de cet article et du risque de voir des ménages aisés profiter de ce dispositif pour leurs enfants au lieu de souscrire une couverture complémentaire.

En réponse à cette remarque, **le rapporteur** a indiqué qu'en ce qui concerne les prestations en nature de l'assurance maladie, le financement était assuré par la CSG et qu'en conséquence l'affiliation directe d'un enfant ne modifiait pas l'assiette d'imposition de ses parents.

La commission a *adopté* l'article 7 sans modification.

Article 8

(Article L. 380-3 nouveau du code de la sécurité sociale)

Dispositions applicables aux personnes qui, bien que résidant ou séjournant en France ne sont pas concernées par le régime

Cet article concerne les personnes qui, bien que résidant ou séjournant en France, n'ont pas vocation à être affiliées au régime général sur critère de résidence.

Le premier alinéa de cet article prévoit que les dispositions de l'article L. 380-1 nouveau du code de la sécurité sociale ne s'applique pas à ces personnes.

- Le 1° vise le statut applicable aux membres du personnel diplomatique et consulaire afin de garantir la conformité du droit français avec la convention de Vienne. Aux termes de l'article 48 de cette convention, les personnels visés sont, en principes exemptés des dispositions de sécurité sociale qui peuvent être en vigueur dans l'Etat de résidence, cette exemption n'exclut cependant pas la participation volontaire au régime de sécurité sociale de l'Etat de résidence, pour autant qu'elle soit admise par cet Etat ;

- Le 2° prévoit que les personnes en séjour sur le territoire national pour suivre un traitement médical ou une cure dont la prise en charge relève du système de protection sociale de leur pays ne pourront relever de l'assurance maladie française ;

- Le 3° permet aux travailleurs frontaliers résidant en France de conserver le bénéfice de la législation du lieu d'activité. La loi permet aujourd'hui à ces personnes d'adhérer à l'assurance personnelle maladie maternité dès lors qu'elles n'ont pas droit, dans le cadre d'un instrument international de sécurité sociale, au service, en France, de prestations maladie maternité ;

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

*

La commission a *adopté* l'article 8 sans modification.

Après l'article 8

M. André Aschieri a *retiré* un amendement tendant à pallier les dysfonctionnements du suivi médical dans le domaine pénitentiaire après que le rapporteur eut précisé que ce problème bien réel aurait dû être examiné avec le titre IV.

CHAPITRE 2

Dispositions financières

Section 1

Transferts financiers

Article 9

(Articles L. 814-5 et L. 195-3 du code de la sécurité sociale)

Incidences financières sur l'assurance vieillesse

Le présent article tire les conséquences financières du projet sur l'assurance vieillesse.

Le **I** supprime de la liste des dépenses supportées par les service de l'allocation spéciale vieillesse les dépenses entraînées par la prise en charge, par ce service, des cotisations d'assurance personnelle des titulaires de cette allocation. Cette disposition est parfaitement logique, puisque l'assurance personnelle est par ailleurs supprimée par l'article 2 du présent projet. Il s'agit donc d'une disposition qui se contente de tirer les conséquences de cette suppression. Toutefois, l'allègement en cause se traduit, pour l'assurance vieillesse, par une économie de 600 millions de francs environ.

Le **II** minore une ressource du fonds de solidarité vieillesse (FSV). Actuellement, en application de l'article 135-3 du code de la sécurité sociale, le FSV perçoit 60 % du total des droits sur les alcools titrant plus de 22 %, visés à l'article 403 du code général des impôts. Les 40 % restant sont perçus par l'ACOSS (à l'exception des droits perçus en Corse et d'un prélèvement opéré au profit du BAPSA), en application de l'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale. Cette répartition résulte, en dernier lieu, de l'article 18 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997.

Pour prendre en compte la diminution de charge résultant du I, le II minore de 5 % la part du produit de ces droits perçus par le FSV, qui passe ainsi de 60 % à 55 %. Le produit total de ce droit est estimé à 11,6 milliards

de francs pour 1999, la diminution de 5 % représente donc environ 580 millions de francs. L'opération doit, à 20 millions de francs près, être neutre pour le FSV.

Il faut cependant à souligner que ni cet article, ni le reste du texte ne modifient l'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale, tel qu'il résulte de l'article 18 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997, c'est-à-dire que l'ACOSS ne percevra au profit de l'assurance maladie que 40 % de ces droits, et, à défaut de précision du texte, il existera une ambiguïté quant à l'affectation des 5 % restant, ambiguïté que ne lève pas l'article 11 du présent projet.

Enfin, il convient de souligner que, conformément au 4°) de l'article 38, l'entrée en vigueur du présent article, fixée au 1er janvier 2000, est fonction des versements effectués - et non des sommes dues - : ainsi, certaines sommes perçues au titre de l'année 1999 seront incluses dans le champ d'application du nouveau dispositif.

*

La commission a *adopté* l'article 9 sans modification.

Article 10

(Articles L. 161-15, L. 381-2 et L. 245-16 du code de la sécurité sociale)

Incidences financières de la mise en place de la couverture obligatoire sur la branche famille

Cet article ramène de 50 % à 22 % la part du produit des prélèvements sociaux opérés sur les revenus du patrimoine et affectée à la CNAF, et, en contrepartie affecte les 28 % restant à la CNAM.

I.- Le I de cet article supprime le principe de la prise en charge par le régime des prestations familiales des cotisations afférentes :

- d'une part aux personnes veuves ou divorcées ayant des enfants à charge et qui ne bénéficient pas d'une couverture sociale maintenue à un autre titre (article L. 161-15 du code de la sécurité sociale) ;

- d'autre part aux personnes bénéficiaires de l'allocation de parent isolé (API) qui ne disposent pas d'une couverture sociale à un titre autre que celui de l'article L. 381-2 du code de la sécurité sociale.

II.- Le II de cet article modifie les conditions d'affectation des prélèvements sociaux assis sur les revenus du patrimoine, dits « 2 % CNAF-CNAV ». Les taux de ces prélèvements ont été modifiés - et leurs assiettes unifiées - par l'article 9 de la loi de financement pour 1999. Le produit - attendu - de ces prélèvements était alors estimé à environ 8,5 milliards de francs en année pleine, mais, en fait, le rendement devrait être légèrement supérieur - sans doute voisin des 9 milliards de francs. Il résulte de ce texte que le produit est affecté pour moitié à la CNAF et pour moitié à la CNAV. Le présent article :

- maintient l'affectation de 50 % du produit à la CNAV ;
- fait passer de 50 % à 22 % la part revenant à la CNAF ;
- affecte les 28 % restant à la CNAM.

Cette affectation ne pose pas de problèmes juridiques : elle est parfaitement possible en dehors d'une disposition de la loi de finances, puisqu'il ne s'agit pas d'un impôt d'Etat, et en dehors de la loi de financement, puisqu'elle n'entraîne pas une modification des données générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale.

En termes matériels, l'opération n'est pas totalement neutre pour la CNAF : elle devrait perdre un peu plus de 2,5 milliards de francs, alors que l'allègement de ses charges, résultant du I, sera d'environ 2,2 à 2,3 milliards de francs. Ainsi, les effets combinés du I et du II se traduisent par un manque à gagner d'environ 300 millions de francs pour la CNAF. Mais il faut reconnaître, en contrepartie, que certaines des prises en charge visées par le I sont, parfois, en fait, supportées par les départements - en particulier lorsque les assujettis sont dans des situations de droit transitoire -, et que cette somme représente sans doute un montant approximativement égal à celui de ces erreurs - ou retards - d'imputation, qui aboutissent à des dépenses indûment supportées actuellement par les départements.

Même si, alors, le mécanisme n'est pas totalement neutre pour la CNAF, cette perte de recettes correspond, en fait, à une mise en conformité des charges réelles de la CNAF avec les compétences qui devaient lui incomber. Ceci justifie également que les départements bénéficient, à l'article 13 du présent projet, d'un allègement de charges.

Compte tenu de cet article, le mécanisme se traduit bien par un transfert de charges entre départements et CNAF, d'une part, entre celle-ci et l'assurance-maladie, d'autre part, et par une perte de recettes pour la CNAF, au profit des départements, pour un montant d'environ 300 millions de francs, d'une part, et un transfert d'environ 2,5 à 2,6 milliards de francs au profit de la CNAM, d'autre part.

*

La commission a adopté l'article 10 sans modification.

Article 11

(Article L. 241-2 du code de la sécurité sociale)

Enumération des ressources complémentaires des régimes obligatoires de base

Cet article vise à tirer les conséquences des deux articles précédents, s'agissant de l'énumération des ressources complémentaires dont dispose l'assurance maladie.

1. Droits sur les tabacs (article 575 du code général des impôts)

Jusqu'à présent, ces ressources complémentaires ne sont constituées que par une fraction des droits sur les tabacs. En effet, le dernier alinéa de l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale dispose que :

« 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 1997 et par la loi de finances pour 1998. »

Le barème des droits, établi par l'article 575 A du même code, a, en dernier lieu, été modifié par l'article 33 de la loi de finances rectificative pour 1998 et, auparavant, par l'article 37 de la loi de finances pour 1998.

La référence à la loi de finances pourrait paraître superfétatoire. En fait, elle s'avère indispensable pour respecter les dispositions impératives de l'article 18 de l'ordonnance n° 59-2 du 2 janvier 1959, portant loi organique relative aux lois de finances, article qui prohibe l'affectation directe d'une recette publique à une dépense publique, et qui ne joue, naturellement, que pour les impôts d'Etat, dont les droits sur les tabacs font partie. L'affectation d'une partie du produit de l'impôt ne peut donc résulter que « d'une disposition de loi de finances, d'initiative gouvernementale ». Telle est la raison pour laquelle les lois de financement successives peuvent prévoir la « réception » par les régimes de sécurité sociale d'une partie du produit de l'impôt, mais que leur « départ » du budget de l'Etat ne peut être établi que dans les conditions fixées par les lois de finances.

Le projet, s'il rétablit cette notion, ne fait plus figurer la référence à la loi de finances pour une année précise mais, sans autre précision, à « la » loi de finances.

Cette distinction mérite d'être relevée non dans un souci de purisme juridique, mais pour une considération de fond. Actuellement, l'article 46 de la loi de finances pour 1998 fixe à 9,1 % le montant de ces droits affectés à la sécurité sociale au lieu de 6,37 % antérieurement (article 49 de la loi de finances pour 1997). Le Gouvernement chiffre - dans l'étude d'impact - à 3,5 milliards de francs le produit supplémentaire des droits sur les tabacs qu'il compte affecter au financement de la CMU. Il convient donc de prévoir explicitement que la loi de finances pour 2000 procédera à cette affectation, faute de quoi la clé de répartition actuelle pourrait rester inchangée.

En outre, le texte du projet actuel est assez ambigu, puisqu'il ne permet pas de trancher avec certitude la question de savoir si l'affectation est faite par « une » loi de finances ou si elle résulte de « la » loi de finances de l'année, auquel cas l'absence d'une disposition budgétaire annuelle systématique impliquerait qu'il n'y ait pas d'affectation possible, priverait ainsi la sécurité sociale de toute ressource au titre de la taxe sur les tabacs et mettrait donc la pérennité de cette recette à la merci d'une omission.

Il paraît donc indispensable de faire figurer dans le texte la référence à « la » loi de finances pour 2000, ce qui n'empêchera pas d'autres évolutions.

Au demeurant, jusqu'ici, en 1997 comme en 1998, lorsqu'il s'est agi d'affecter une fraction de ces droits à la sécurité sociale, le texte a mentionné explicitement « la » loi de finances concernée.

2. Droits sur les alcools

Le 2° de cet article tire les conséquences du II de l'article 9 et affecte 5 % des droits de consommation sur les alcools, qui ne sont plus attribués au FSV, aux ressources de l'assurance maladie. Même si le 3° ci-dessous ne fait apparaître aucun taux, il convient ici de le mentionner puisqu'en l'espèce l'affectation de cette fraction des droits résulte de ce dispositif, le taux n'étant mentionné nulle part ailleurs dans le texte.

3. Prélèvements sociaux sur les produits de patrimoine

Ce dispositif tire les conséquences de l'article 10, dont le II affecte une partie des prélèvements de 2 % sur les produits du patrimoine à la CNAM. Il s'agit donc d'une simple disposition de conséquence.

*

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur précisant que la répartition des droits sur les tabacs serait fixée par une disposition spéciale de la loi de finances pour 2000.

La commission a *adopté* l'article 11 ainsi modifié.

Article 12

(Article L. 213-1 du code des assurances)

Modification de l'affectation de la cotisation due par les personnes assurant des véhicules terrestres à moteur

L'article L. 213-2 du code des assurances prévoit l'existence d'une cotisation sur les véhicules terrestres à moteur, due par les personnes assurant ces véhicules. Le produit de cette contribution est affecté par cet article « au profit des régimes obligatoires d'assurance maladie ». Le présent article a pour objet d'affecter le total du produit de la cotisation en cause au profit de la seule CNAM.

Le 1^o) de cet article procède à cette modification, et, concrètement, il aboutit donc à priver les régimes spéciaux, jusqu'alors attributaires d'une partie du produit de cette imposition en application de l'article R. 137-16 du code de la sécurité sociale lequel renvoie à un arrêté le soin de fixer cette répartition. L'arrêt du 29 mai 1998 fixait les pourcentages suivants :

- Régime général d'assurance maladie des salariés	81,320
- Assurance maladie des exploitants agricoles	6,200
- Assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles	4,352
- Assurance maladie des salariés agricoles	2,975
- Société nationale des chemins de fer français	1,633
- Caisse nationale militaire de sécurité sociale	1,424
- Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines	1,310
- Autres	0,800

Concrètement, la perte pour les régimes spéciaux et donc l'attribution supplémentaire à la CNAM s'élève à 900 millions de francs, le produit global de la contribution attendu en 1999 étant, selon la commission des comptes de la sécurité sociale, de 4,97 milliards de francs.

Le 2°) supprime, en conséquence, la fixation réglementaire des modalités de répartition du produit des cotisations entre les régimes, cette fixation n'ayant plus de raison d'être.

Cet alinéa ne contient donc que des dispositions de pure cohérence.

*

La commission a *adopté* l'article 12 sans modification.

Article 13

(Article 38 de la loi n° 88-1088 du 1^{er} décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion)

Transferts financiers entre l'Etat et les départements

Cet article prévoit, en contrepartie du fait que les départements n'auront plus à supporter les charges d'aide médicale et du transfert de compétences qui résulte de la mise en place de la couverture universelle à l'Etat, de diminuer de 9,1 milliards de francs la dotation générale de décentralisation (DGD).

1. Le principe selon lequel le financement en matière de décentralisation « suit » la compétence a été affirmé pour la première fois par 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, dont l'article 5 prévoit que les transferts de compétences au profit de collectivités locales font l'objet d'un transfert équivalent de ressources. Ce principe est actuellement codifié à l'article 1614-1 du code général des collectivités locales :

« Tout accroissement net de charges résultant des transferts de compétences effectués entre l'Etat et les collectivités territoriales est accompagné du transfert concomitant par l'Etat aux communes, aux départements et aux régions des ressources nécessaires à l'exercice normal de ces compétences. Ces ressources sont équivalentes aux dépenses effectuées, à la date du transfert, par l'Etat au titre des compétences transférées et évoluent chaque année comme la dotation globale de fonctionnement. Elles assurent la compensation intégrale des charges transférées. »

Toutefois, s'il fait référence à cette disposition législative, le mécanisme proposé au I du présent article est en quelque sorte le symétrique de celle-ci, puisqu'il ne s'agit pas d'un transfert de charges au profit des

départements mais bien d'une « montée » de compétences vers l'Etat, et par conséquent d'une diminution du montant de la DGD - cas beaucoup plus exceptionnel que le transfert de compétences de l'Etat vers les départements. La dotation spéciale applicable, en application de l'article L. 4425-1 du code général des collectivités locales, à la Corse est régie par le même principe.

En règle générale, les accroissements de charges sont donc compensés par le transfert aux collectivités locales des ressources équivalentes aux dépenses effectuées par l'Etat, à la date du transfert, et assurent ainsi la compensation intégrale des charges transférées. Le transfert de ressources est compensé pour moitié au moins, par accroissement des ressources fiscales des collectivités locales et, pour le solde, par transfert budgétaire de l'Etat, dans le cadre de la dotation générale de décentralisation. Pour garantir l'autonomie des collectivités locales, la loi a prévu que la DGD évolue comme la DGF. La DGD est individualisée par niveau de collectivité.

A l'exception du transfert de compétence en matière de formation professionnelle et d'apprentissage, qui a fait l'objet d'une attribution spécifique de DGD, cette dotation assure ainsi, de façon globale, le financement de l'ensemble des compétences transférées.

Le mécanisme, ici inversé, conduit donc :

- à diminuer la DGD des départements – qui représente environ quinze milliards de francs – d'un montant égal à l'allègement de charges provenant, pour ceux-ci, des économies réalisées au titre des dépenses d'aide médicale, dépenses inscrites aux comptes administratifs des départements en cause ;

- à revaloriser le dernier montant de dépenses d'aide médicale connu (1997) comme le serait, mécaniquement, la DGD elle-même, c'est-à-dire en tenant compte des taux de croissance de la DGF pour 1998 (+ 1,9 %), pour 1999 (+ 2,51 %) et pour 2000, où le chiffre n'est naturellement pas encore connu, mais cette référence dans la loi s'impose cependant pour tenir compte de la date d'entrée en vigueur du mécanisme. Le chiffre de 9,1 milliards de francs, avancé à l'appui de cet article, constitue donc une simple indication.

- à diminuer le montant des dépenses d'aide médicale de 5% de manière uniforme pour tous les départements. La somme ainsi fixée, d'environ 400 millions de francs incombera donc à l'Etat. Ce taux est destiné à tenir compte de la présence, au sein des dépenses d'aide médicales supportées par des départements de charges indues, qui devraient incomber à un titre ou à un autre aux caisses de sécurité sociale. Le caractère uniforme de ce pourcentage, qui représente le solde des dettes croisées

Etat-département a parfois été critiqué par certains, qui auraient préféré lui voir substituer un mécanisme de péréquation tenant compte des charges réelles d'aide médicale de chaque département. Toutefois, plus un département a une population aisée, plus les dépenses d'aide médicale y sont faibles et plus, mécaniquement, l'effet des « 5 % » est y faible. En outre, il convient d'insister sur la simplicité du mécanisme, simplicité toujours préférable à la complexité d'une péréquation. Ce système a reçu l'aval de l'association des présidents de conseils généraux.

La réduction de DGD sera ensuite individualisée par département, après avis de la commission consultative visée à l'article L. 1614-3 du code général des collectivités locales chargée de donner un avis sur les dépenses transférées. La diminution de DGD s'imputera donc sur la DGD qui aurait dû être versée au département concerné et, « s'il y a lieu », c'est-à-dire si la diminution est supérieure au montant de la DGD qui aurait dû être versée, au-delà, sur les impôts affectés au département : vignette, droit départemental d'enregistrement et taxe de publicité foncière.

En revanche, il convient d'observer que seuls les départements seront touchés par la diminution de la DGD, alors que demeurent à la charge des communes, en l'état actuel du texte, la totalité des sommes qu'elles versent aux départements au titre des dépenses relatives aux contingents d'aide sociale, soit environ 11,8 milliards de francs en 1997, dans lesquelles sont donc incluses des sommes représentant leur participation à l'aide médicale, soit 10% environ de ce montant. La suppression de ces contingents d'aide médicale au sein des contingents d'aide sociale pose cependant des problèmes techniques. En effet, outre la question du manque à gagner pour les départements, cette suppression poserait, compte tenu du mode de calcul de ces contingents, un problème d'égalité entre départements et communes. Le système actuellement régi par le décret n° 87-1146 du 31 décembre 1987, qui applique ce texte, prévoit que cette contribution ne peut varier plus rapidement que les dépenses nettes légales d'action sociale du département. En outre, si la dernière contribution globale des communes dans un département est inférieure à la moyenne nationale, le département peut décider d'augmenter d'un point au plus la progression de la participation communale. La contribution de chaque commune comporte un élément fixe, qui est la contribution 1984, et un élément variable, dont la prise en compte augmente chaque année, fondé sur trois types de critères, qui sont :

- la situation de chaque commune au regard de la DGF ou du potentiel fiscal ;

- le nombre de bénéficiaires des prestations d'aide sociale ou le nombre d'admissions à l'aide sociale ;

- et la structure de la population par classe d'âge ou la situation de l'emploi dans chaque commune.

Le résultat de cet ensemble est que le contingent de participation des communes aux dépenses d'aide sociale des départements est très variable : il représente par exemple 5,1 % de ces dépenses dans l'Essonne (71,8 millions de francs) mais 30 % dans les Bouches-du-Rhône (819 millions de francs sur un total de dépenses de 2,69 milliards de francs). En Seine-Saint-Denis, il est particulièrement faible (170 millions de francs) alors que les dépenses y sont très fortes (2,3 milliards de francs). La suppression pure et simple de la participation des communes aurait donc des effets fortement inégalitaires entre les communes et entre les départements.

2. Le dispositif définit les dépenses d'aide médicale prises en compte par le I. En sont exclus les crédits de personnel - les fonctionnaires chargés de l'aide sociale dans les départements seront aisément affectés dans d'autres postes - certains crédits sanitaires, comme ceux qui sont destinés à la prévention de la lutte contre la tuberculose, ou des crédits de dépenses sociales, en particulier les crédits d'insertion du RMI, qui ne figurent pas dans les chapitres des comptes administratifs des départements relatifs à l'aide médicale.

III - Actuellement, l'article 38 de la loi n° 88-1088 du 1^{er} décembre 1988, relative au revenu minimum d'insertion prévoit que : « *Pour le financement des actions inscrites au programme départemental d'insertion et des dépenses de structure correspondantes, le département est tenu d'inscrire annuellement, dans un chapitre individualisé de son budget, un crédit au moins égal à 20 % des sommes versées, au cours de l'exercice précédent, par l'Etat dans le département au titre de l'allocation de revenu minimum d'insertion. Les dépenses résultant de la prise en charge, pour les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion, de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de sécurité sociale peuvent être imputées sur ce crédit à concurrence de 3 % desdites sommes en métropole et 3,75 % dans les départements d'outre-mer* ».

En pratique, à de très rares exceptions, tous les départements consacrent 20 % des crédits de RMI à l'insertion. Les exceptions - cas dans lesquels 3 % des sommes étaient imputés sur les crédits d'insertion - et qui donc se traduisent par une baisse, *de facto*, de l'effort des départements en faveur de l'insertion, concernent principalement la région parisienne.

Le fait que les crédits correspondant à l'aide médicale des bénéficiaires du RMI sont désormais inclus dans la couverture maladie universelle permet donc :

- de faire baisser le montant de ces crédits de 20 % à 17 % des crédits de RMI ;

- de supprimer l'exception correspondant à la participation de l'assuré aux prestations permettant aux départements de diminuer ce taux de 3%.

Au total, le mécanisme de cet article est donc globalement neutre pour les finances des départements.

*

M. Bernard Accoyer s'est élevé contre le fait que les départements les plus généreux allaient être les plus taxés dans le système de financement choisi. Cette attitude immorale du Gouvernement dissuadera à l'avenir les collectivités territoriales d'aller au-delà du strict minimum prévu.

M. Yves Bur a fait remarquer que si le plan de financement résulte d'un accord entre le Gouvernement et l'Association des présidents de conseils généraux, il n'en est pas moins vrai que l'équité n'est pas respectée notamment à l'égard des départements relativement pauvres qui ont fait de gros efforts dans le domaine de l'aide sociale de proximité.

Le rapporteur a fait remarquer que des départements comme les Hauts-de-Seine ou Paris avaient également mis en œuvre des politiques généreuses. La fixation d'un abattement de 5 % a été effectuée au regard du taux de 10 % de doublons, afférent à la prise en charge, dans le cadre de l'aide médicale, de personnes relevant en réalité de régimes de base, ces dépenses se répartissant pour moitié entre la base et la protection complémentaire. Il existait sans aucun doute beaucoup d'autres formules dignes d'intérêt mais cette réfaction uniforme de 5 % est apparue lors des négociations la formule la plus simple.

Le Gouvernement ne semble pas hostile à la recherche de plus d'équité dans ce domaine, en restant bien entendu dans l'enveloppe de 5 %, mais en tout état de cause les deux tiers des départements sont satisfaits par ce dispositif.

M. Alfred Recours a demandé si les 95 % des sommes qui remontaient visaient les dépenses sous le plafond légal ou l'ensemble des dépenses au titre de l'aide médicale.

Le rapporteur a indiqué qu'il s'agissait de l'ensemble des dépenses au titre de l'aide médicale.

M. Bernard Accoyer a fait remarquer que les dépenses au titre de l'aide médicale faisaient l'objet d'un taux de récupération non négligeable, ce qui rend ambigu le critère retenu pour la contribution et aboutit à une taxation inique des départements les plus généreux.

Le rapporteur s'est élevé contre l'emploi du terme de taxation puisqu'il s'agit d'une remontée de compétence qui laisse aux départements 5 % du montant des dépenses alors qu'ils n'ont plus de prestations à assurer.

M. Yves Bur a estimé qu'il fallait prendre en compte la richesse des départements et a souhaité que la dotation globale de décentralisation des départements les plus vertueux ne soit pas diminuée. L'accord de l'APCG lors des négociations n'emporte pas celui de tous les élus locaux.

Mme Jacqueline Fraysse a souligné qu'au-delà des choix politiques de certains départements, existe objectivement une grande disparité de ressources et de difficultés des populations. Aussi s'il n'est pas envisageable de revenir sur le taux de 5 % obtenu après de difficiles négociations, est-il nécessaire d'avancer vers un dispositif plus équitable. En outre, l'absence de disposition relative aux contingents communaux constitue une des lacunes de ce texte.

Le rapporteur a indiqué que la pratique de la récupération était très réduite et que l'obligation alimentaire demeurait en vigueur dans le nouveau dispositif. Les interrogations sur la pertinence du dispositif sont légitimes mais il convient de procéder avec prudence. Il n'est pas possible d'improviser en réunion de commission un autre mécanisme que celui du texte.

Le président Jean Le Garrec a souhaité que le rapporteur se rapproche des commissaires intéressés afin de réfléchir, durant la période précédant le passage en séance, aux améliorations à apporter à ce mécanisme et d'examiner également le problème des contingents communaux.

A la demande du président, l'ensemble des amendements à l'article 13 ont été retirés par leurs auteurs et la commission a *adopté* l'article 13 sans modification.

Section 2

Recouvrement des cotisations

Article 14

(Articles L. 243-4, L. 652-3, L. 242-11, L. 136-5 du code de la sécurité sociale et L. 1143-2, L. 1143-5, L. 1143-7 du code rural)

Exécution des recouvrements forcés de cotisations dues par les non-salariés non agricoles et les agriculteurs.

Cet article vise à établir une procédure d'avis à tiers détenteur pour permettre aux caisses d'obtenir le recouvrement forcé des cotisations non payées et des pénalités de retard, applicable aux régimes des non salariés non agricoles comme au régime agricole.

Jusqu'à présent, le **recouvrement** se caractérise par des procédures complexes, inutilement longues, et une mise en œuvre parfois délicate. La procédure ne peut concerner que des cotisations exigibles au titre des trois années précédentes.

Avant tout déclenchement des pénalités, le débiteur doit recevoir soit un avertissement, lorsque la poursuite a lieu à la demande du ministère public, soit une mise en demeure, envoyée, conformément à l'article L. 244-2 du code de la sécurité sociale, par le directeur de l'URSSAF, au moyen d'une lettre recommandée, qui vaut invitation impérative à régulariser la situation. La jurisprudence relative à cette disposition exige que la mise en demeure explicite la nature et l'étendue de l'obligation faite au débiteur (montant des cotisations, origine de la dette ...). La notification doit donc être explicite. L'intéressé dispose alors d'un délai d'un mois pour acquitter sa dette.

Toutefois, conformément à l'article L. 133-3 du code de la sécurité sociale, les organismes peuvent abandonner la créance inférieure à 100 francs (article D. 133-1 du même code).

En cas de non-exécution, s'agissant du régime général, quatre types de procédures peuvent être pratiqués :

- Il existe une procédure dite « sommaire », qui nécessite le passage par le percepteur au domicile du débiteur et qui n'est plus pratiquée dans les faits.

- La procédure la plus pratiquée est dite de « contrainte » dont l'article L. 244-9 du code de la sécurité sociale prévoit qu'elle comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. A défaut d'opposition du débiteur dans un délai de

quinze jours, portée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, celle-ci vaut à l'encontre du débiteur, de la caution solidaire, et, le cas échéant, des héritiers.

- Le débiteur peut être condamné par le tribunal des affaires de sécurité sociale.

- Une action civile est possible, jointe à l'action publique devant le tribunal de police, par le biais d'une citation directe. Elle se prescrit par cinq ans (article L. 244-11). La prescription de l'action diffère donc de celle de la créance proprement dite.

Les mécanismes de déclenchement de l'actuelle opposition à tiers détenteur qui permettent aux caisses des non salariés non agricoles de procéder effectivement à la demande de recouvrement des sommes détenues par les tiers, ne requièrent donc pas systématiquement un titre exécutoire préalable.

S'agissant des **sûretés**, l'ordonnance du 4 octobre 1945 avait institué, au profit des caisses de sécurité sociale, un privilège général sur les biens meubles et immeubles de leurs débiteurs, qui produisait effet indépendamment de toute mesure de publicité. Ce système, qui faisait peser des risques importants sur les entreprises, a été abandonné, dès 1951, au profit d'un ensemble de règles plus équilibrées, établi, en dernier lieu, par la loi n° 84-148 du 1^{er} mars 1984, relative à la prévention et au règlement amiable des difficultés des entreprises.

Il ressort de ce texte que le paiement des cotisations est garanti, pendant un an à compter de leur date d'exigibilité, par un privilège portant sur les biens, meubles et immeubles, des débiteurs. Ce privilège, conformément à l'article L. 243-4 du code de la sécurité sociale, prend rang concurremment avec celui des salariés. Lorsqu'il porte sur des immeubles, le privilège est transformé en hypothèque légale sujette à inscription. Le privilège, pour les sommes d'un montant supérieur à 80 000 francs doit faire l'objet d'une inscription au greffe du tribunal de commerce ou du TGI dans les trois mois suivant l'échéance des sommes dues (article L. 243-5 du même code). Cette inscription conserve le privilège pendant deux ans et trois mois.

Le **recouvrement des cotisations des non-salariés non agricoles** est, spécifiquement régi par l'article L. 652-3 du code de la sécurité sociale. Cet article confère une possibilité, classique, d'opposition sur des fonds détenus par les tiers détenteurs après mise en demeure, et non pas après obtention d'un titre exécutoire. L'article R. 652-2 du même code prévoit alors la procédure, qui, du simple fait de l'envoi d'une lettre recommandée a pour effet de bloquer les sommes dues entre les mains du tiers, puis, à défaut

de paiement dans un délai de quinze jours, sur ordonnance du président du tribunal des affaires sociales, rendue sur requête de l'organisme poursuivant. L'ordonnance est notifiée par lettre recommandée à l'organisme, au débiteur et au tiers (article R. 652-9). En l'absence de contestation, le tiers doit alors régler la somme due. Cette procédure est donc dispensée de ministère d'huissier, mais elle apparaît cependant lourde et complexe et n'évite pas les manœuvres dilatoires de la part de débiteurs indécents. En outre, il faut signaler qu'elle aboutit à émettre une opposition à tiers détenteur, alors qu'il n'existe pas nécessairement au préalable un titre exécutoire, ce qui respecte assez peu les droits des débiteurs.

Les caisses ne peuvent donc se prévaloir d'une procédure similaire à celle de **l'avis à tiers détenteur**, telle qu'elle existe par exemple au profit du Trésor, pour recouvrer directement des impôts non payés. On sait en effet qu'en application de l'article L. 262 du livre des procédures fiscales, cette procédure, particulièrement efficace, peut être utilisée par le fisc, pour le recouvrement des impôts privilégiés (impôts directs, droits d'enregistrement) et ne peut porter que sur des numéraires. Cet avis, adressé au tiers détenteur par lettre recommandée, a le même effet d'attribution immédiate que la saisie-attribution (article 43 de la loi n° 91-650 du 9 juillet 1991). L'article L. 263 du livre des procédures fiscales dispose que : *« l'avis à tiers détenteur a pour effet d'affecter, dès réception, les sommes dont le montant est ainsi demandé au paiement des impositions privilégiées, quelle que soit la date à laquelle les créances, mêmes conditionnelles ou à terme, que le redevable possède à l'encontre du tiers détenteur deviennent effectivement exigibles »*. De son côté, le contribuable est informé, dans les mêmes conditions, de la procédure ; cette notification interrompt la prescription contre le Trésor et ouvre le délai dont le contribuable dispose pour s'opposer aux poursuites fiscales. Si le privilège est discuté dans son existence, son montant ou son rang, les tiers peuvent alors se soustraire à l'obligation de payer – par exemple en consignnant les sommes dues. Dans le cas contraire, le tiers qui ne paye pas s'expose à des poursuites portant sur ses biens propres. Le contribuable, comme le tiers détenteur, peut faire opposition à cette procédure en application de l'article L. 281 du livre des procédures fiscales.

Cette procédure est donc particulièrement commode, efficace et rapide. Elle n'exclut pas les possibilités de défense des intéressés ni les remises totales ou partielles de l'impôt (article L. 247 du livre des procédures fiscales).

Elle se distingue du recouvrement des amendes et de certaines condamnations pénales, à caractère pécuniaire où le recouvrement direct est possible, mais dans lequel l'opposition administrative ne peut prendre effet que quinze jours après notification au redevable. Cette opposition est ensuite

adressée par le comptable du Trésor aux personnes, physiques ou morales, qui détiennent des fonds pour le compte du débiteur de l'amende ou qui ont une dette à son égard. Cette opposition prend la forme d'une lettre adressée au tiers débiteur par le comptable du Trésor. C'est par une lettre, également, que l'opposition est notifiée au redevable. Le tiers qui est l'objet de l'opposition doit alors bloquer les fonds et les verser au comptable du Trésor jusqu'à concurrence de la somme indiquée dans l'opposition. En cas de non paiement, le comptable du Trésor peut exercer des poursuites sur les biens du débiteur.

Le système de recouvrement des amendes est donc intermédiaire entre celui des cotisations sociales des non-salariés agricoles et celui qui régit l'avis à tiers détenteur pour les impôts. Pourtant, la nature même des cotisations sociales, prélèvements obligatoires, plaide plutôt pour que soit étendu au recouvrement de ces cotisations le système du livre des procédures fiscales. C'est ce qu'envisage le présent article.

Le **I** modifie, de manière très marginale, les sûretés applicables au paiement des cotisations. Il maintient la durée d'un an de la garantie de paiement des cotisations, réactualise une référence relative au privilège des salariés et supprime le principe de la transformation du privilège portant sur les immeubles en hypothèque, qui n'a plus lieu d'être.

Le **II** met en place un mécanisme d'avis à tiers détenteur, similaire à celui qui existe en matière fiscale :

- Dès qu'un titre exécutoire est délivré, l'avis au tiers détenteur devient exécutoire. Cette procédure dispense donc les organismes visés par le texte, à ce stade, d'avoir recours à un acte transmis par huissier et d'être obligés, en cas de mauvais vouloir persistant du débiteur, de déclencher un contentieux. Ces organismes sont ceux d'assurance maladie (CANAM) et d'assurance vieillesse des non salariés non agricoles (CAMAVIC, CANCAVA ...) habilités à décerner la contrainte en application de l'article L. 244-9 du code de la sécurité sociale.

La procédure nécessitera donc une simple notification au tiers détenteur des fonds et au débiteur. Elle emportera effet immédiat : le tiers détenteur règle la dette du débiteur – à concurrence de son montant, ou, en cas de demandes multiples si les fonds s'avèrent insuffisants, en proportion de leurs montants respectifs -. Claire et rapide, cette procédure ménagera cependant les droits de la défense, en prévoyant que l'opposition peut être contestée dans le mois de sa notification. En outre, il faut surtout observer que son déclenchement sera lié à l'existence préalable d'un titre exécutoire, ce qui est plus respectueux des droits du débiteur que l'actuel système, ou que l'avis à tiers détenteur en matière fiscale. En effet, ce n'est qu'après un jugement ou le déclenchement d'une contrainte non frappée d'opposition

que la procédure pourra s'engager. Toutefois, le texte mériterait deux précisions :

- Il n'indique pas explicitement si ce droit de contestation peut être ouvert au débiteur comme au tiers – ce qui est le cas en matière d'impôt.

- Si tel doit être le cas, la rédaction présente un défaut puisqu'elle fait courir le délai d'un mois à compter de la notification « au débiteur ».

L'avis à tiers détenteur porte sur les seules cotisations, majorations et pénalités de retard soumises au privilège visé à l'article L. 243-4 du code de la sécurité sociale ou inscrites au tribunal en application de l'article L. 243-5 du même code. Toutefois, cette dernière précision n'est pas superfétatoire : si le premier alinéa de cet article du code renvoie à l'article L. 243-4, et donc a le même champ d'application que celui-ci, les créances visées à l'article L. 243-4 ne durent qu'un an, tandis que l'inscription visée à l'article L. 243-5 conserve le privilège pendant deux années et trois mois.

La forme de l'opposition n'est pas précisée par le texte, qui renvoie ses modalités d'application à un décret en Conseil d'Etat. Toutefois, en cas de contestation, l'administration devra prouver la réception de l'opposition par le tiers et le débiteur. Il est donc évident que les caisses procéderont par un moyen fiable : lettre recommandée avec accusé de réception ou signification par huissier, si nécessaire.

L'avis à tiers détenteur n'est pas applicable aux salaires et aux rémunérations qui y sont assimilées en application de l'article L. 145-1 du code du travail.

Le **III** de cet article étend l'avis à tiers détenteur au recouvrement des cotisations d'allocations familiales des employeurs et travailleurs indépendants.

Le **IV** rend le mécanisme applicable :

- à la CSG sur le revenu des employés et travailleurs indépendants (article L. 136-3) ;

- à la CSG applicable aux revenus agricoles (article L. 136-4).

Les **V**, **VII** et **VIII** comportent de simples dispositions de cohérence, pour viser les majorations de cotisations dues par les assujettis au régime agricole.

Le **VI** supprime du code rural la possibilité d'effectuer le recouvrement des cotisations MSA par le biais d'une opposition à tiers détenteur, alors que le **IX** étend le mécanisme d'avis à tiers détenteur aux

caisses de MSA, selon les mêmes modalités et sous les mêmes réserves que celles qui s'appliquent aux régimes des non salariés non agricoles. Cette procédure est, en outre, étendue par l'avant-dernier alinéa du IX aux organismes d'assurance visés par l'article 1106-9 du code rural. Cet article vise les sociétés d'assurance agricoles comme « tous autres organismes d'assurances » habilité par arrêté ministériel. Cette extension pose donc la question de l'application de procédures contraignantes par des organismes relevant du droit privé.

L'actuelle procédure d'opposition à tiers détenteur résultant de l'article 1143-2 du Code rural s'analyse comme une saisie conservatoire pouvant être mise en œuvre une fois notifiée au débiteur de cotisations la mise en demeure prévue au même article 1143-2 du code rural. Cette opposition à tiers détenteur à titre conservatoire a pour effet de « bloquer » les sommes saisies entre les mains du tiers détenteur en les rendant indisponibles.

Un recours auprès du juge de l'exécution est possible. En l'absence de contestation, le débiteur a le choix de donner ou non l'ordre au tiers détenteur de verser les sommes à l'organisme social.

Passé un délai de quinze jours en l'absence de paiement, l'organisme social dispose d'un délai de deux mois pour engager une procédure en vue d'obtenir un titre exécutoire, et notamment une ordonnance du président du tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS) enjoignant au tiers détenteur de remettre les sommes saisies indisponibles à l'organisme créancier. L'ordonnance peut être contestée devant le TASS plénier puis devant la Cour d'appel.

Cette procédure présente comme celle qui régit les cotisations des non-salariés non agricoles l'avantage de porter sur toutes les cotisations et de se dispenser d'huissier. Mais, si le débiteur use de voies de recours à des fins dilatoires, elle peut, comme celle-ci, s'avérer très longue.

La procédure d'avis à tiers détenteur, proposée à l'article 1143-2 nouveau du code rural, par similitude avec celle qui prévaudra pour les commerçants, artisans et libéraux aura les mêmes effets que celle-ci. Le texte adapte la procédure d'avis à tiers détenteur aux cotisations agricoles :

- elle ne peut être mise en œuvre qu'une fois l'organisme créancier muni d'un titre exécutoire (jugement de TASS assignant à paiement le débiteur, ou contrainte signifiée, non frappée d'opposition) ;

- elle comporte transfert immédiat des sommes saisies entre les mains du tiers ;

- elle est limitée aux seules cotisations privilégiées conformément à l'article 1143-5 du code rural.

En revanche, il convient de souligner que le mécanisme n'affecte ni la contrainte spécifiquement adaptée aux caisses de MSA (1° de l'article 1143-2 du code rural) ni la procédure d'exécution sommaire, qui implique la signature d'un état exécutoire par le préfet et un recouvrement effectué « comme en matière de contribution directe ».

*

La commission a *rejeté* deux amendements de suppression de l'article, l'un présenté par M. Denis Jacquat et l'autre par M. Bernard Accoyer, après que **le rapporteur** eut expliqué que les avis à tiers détenteur étaient bien connus par le droit fiscal et ne posaient aucun problème vis-à-vis du droit communautaire.

La commission a *rejeté* un amendement présenté par M. Jean-Luc Prével visant à supprimer le II de l'article.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur, indiquant que le tiers détenteur pourrait contester l'avis à tiers détenteur dans le délai d'un mois à compter de sa notification.

La commission a *rejeté* deux amendement présentés par M. Bernard Accoyer visant à exonérer du recouvrement des cotisations sociales les travailleurs indépendants dont le revenu est inférieur au RMI ou au SMIC.

Elle a ensuite *rejeté* un autre amendement de M. Bernard Accoyer visant à ce que les organismes de sécurité sociale renoncent à la mise en recouvrement de leurs créances à l'égard des travailleurs non salariés non agricoles et des exploitants agricoles en dessous d'un montant égal à 1 000 francs.

La commission a *adopté* l'article 14 ainsi modifié.

CHAPITRE 3

Dispositions diverses

Article 15

(Article L.161-8 du code de la sécurité sociale)

Durée de maintien des droits selon qu'il s'agit des prestations en nature ou des prestations en espèces

Cet article donne la base légale nécessaire à la différenciation des durées de maintien des droits selon qu'il s'agit des prestations en nature ou des prestations en espèces.

L'actuelle rédaction de cet article prévoit d'ores et déjà des solutions de maintien des droits pendant douze mois à compter de la date à partir de laquelle les conditions ne sont plus remplies (article R. 161-3 du code de la sécurité sociale) de manière à éviter aux assurés ne remplissant plus les conditions requises pour bénéficier des prestations de se retrouver brutalement sans protection sociale. A titre provisoire jusqu'au 31 décembre 1999, le décret n° 98-275 du 9 avril 1998, relatif à la carte d'assurance maladie, dite « Vitale » a prévu que, par dérogation aux articles R. 161-3, R.161-4 et R. 161-5 du code de la sécurité sociale, la période de maintien de droit aux prestations est prolongée d'une durée de 3 ans à compter de la date d'échéance de ce droit (soit un maintien d'une durée totale de 4 ans). Sous réserve d'engagements internationaux, ce droit ne bénéficie qu'aux personnes qui continuent de résider sur le territoire métropolitain ou dans les départements d'outre-mer.

De fait, dans le régime actuel, le service de l'indemnité journalière est réservé, par exclusivité, à l'assuré social (par opposition aux ayants droit) en raison de la nature même de cette indemnité : revenu de remplacement du salaire perdu du fait de la maladie.

La modification proposée permet au pouvoir réglementaire une modulation plus souple de la durée du maintien des droits en fonction de leur nature. L'article 4 de la présente loi, qui définit l'ouverture immédiate au droit, prévoit le service de prestations en nature dans l'ignorance de l'éventuelle appartenance de la personne concernée à un régime susceptible de lui fournir des prestations en espèces. L'article 5 prévoit, afin d'éviter les ruptures de droits, que le bénéfice des prestations en nature ne peut être perdu tant que le critère de résidence est rempli. En outre, la mise en œuvre des dispositions de l'article 6 de la présente loi, abrogeant la subordination du versement des prestations au versement des cotisations, nécessite dans

plusieurs cas, la distinction des prestations en nature des prestations en espèces.

Par ailleurs, il est possible que de nombreuses personnes affiliées au régime général au titre de l'article L.380-1 nouveau du code de la sécurité sociale ne relèveront pas d'un régime susceptible de leur verser une indemnité journalière en raison de leur situation au regard de l'emploi.

L'ensemble de ces éléments concourt à rendre nécessaire la détermination d'une base légale autonome à la différenciation des durées de maintien des droits selon qu'il s'agit de prestations en nature ou de prestations en espèces.

Le **I** de cet article modifie le premier alinéa de l'article L. 161-8 du code de la sécurité sociale dans un sens qui fait apparaître que, dans le cas où une personne sortirait du régime dont elle relève, la durée de maintien des droits peut être différente selon qu'il s'agit des prestations en nature ou des prestations en espèces.

Le **II** de cet article modifie en conséquence la rédaction du deuxième alinéa.

*

La commission a *adopté* l'article 15 sans modification.

Article 16

(Articles L.381-4 et 381-12 du code de la sécurité sociale)

Maintien des régimes actuellement applicables aux étudiants et aux ministres des cultes.

Cet article précise que les étudiants, les ministres des cultes et les membres des congrégations et collectivités religieuses conservent leurs régimes spécifiques.

Le **I** de cet article modifie l'article L. 381-4 du code de la sécurité sociale précisant ainsi que les élèves et les étudiants des établissements d'enseignement supérieur, des écoles techniques supérieures, des grandes écoles et des classes du second degré préparatoires à ces écoles qui ne sont ni assurés sociaux ni ayants droit d'assuré social demeurent affiliés obligatoirement à leurs régimes d'assurance sociale spécifiques et ce, même s'ils sont ayants droit d'une personne affiliée au régime général au titre de l'article L. 380-1 nouveau du même code.

Le projet préserve donc le régime actuel de protection sociale des étudiants dont ceux-ci peuvent bénéficier jusqu'à l'âge de 26 ans, âge limite qui peut être reculé à 28 ans. Elle ne modifie pas, par ailleurs, la situation de ces personnes lorsqu'elles sont assurées sociaux du fait d'un emploi qu'elles peuvent occuper ou parce qu'elles sont ayant droit d'un assuré social. En revanche, la rédaction retenue empêche le rattachement au régime général des étudiants au titre d'ayants droit d'une personne affiliée au titre de l'article L. 380-1 nouveau du code de la sécurité sociale.

Le régime actuel applicable aux étudiants leur assure, pour eux-mêmes ainsi que pour leurs conjoints ou enfants à charge au sens de l'article L. 313-3 du code de la sécurité sociale, le service des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité. Le 2° du I de l'article 6 de la présente loi, en modifiant l'article L. 381-7 du même code, supprime aussi pour ce régime la subordination du versement des prestations au versement régulier des cotisations. Dans ces conditions, le rattachement au régime général au titre d'ayants droit d'une personne assurée sociale en application de l'article L. 380-1 nouveau de ce code devient sans objet.

Le II de cet article modifie l'article L. 381-12 du code de la sécurité sociale en prévoyant que les ministres des cultes et les membres des congrégations et collectivités religieuses conservent leur régime spécifique de protection sociale. Ouvert à l'ensemble des cultes, ce régime regroupe en fait essentiellement des prêtres catholiques, les pasteurs protestants et les rabbins bénéficiant du régime général en tant que salariés de leurs associations.

Dans ce cas de figure le maintien des intéressés dans leur régime spécifique (dont il convient de rappeler qu'il a, comme pour les étudiants, effet de les rattacher au régime général) est possible puisque le 3° du I de l'article 6 de la présente loi prévoit pour les personnes concernées la même possibilité de dispense de cotisation que pour les étudiants.

Le dispositif proposé par la présente loi développe bien une action horizontale puisqu'il maintient dans leurs régimes propres, lorsque ceux-ci existent, les personnes assurées mais dont le faible montant des revenus risquerait de les conduire à une privation de droit. Cette action trouvant évidemment son aboutissement dans la couverture complémentaire telle qu'elle est conçue par les articles 20 à 25 de la présente loi.

*

La commission a *adopté* l'article 16 sans modification.

Article 17

(Article L. 380-4 du code de la sécurité sociale)

Régime applicable aux pupilles de l'État

Cet article traite de la situation des pupilles de l'Etat au regard du régime de l'assurance maladie. Il fait relever du régime général, sur critère de résidence, les pupilles de l'Etat qui relèvent aujourd'hui de l'aide médicale.

*

La commission a *adopté* l'article 17 sans modification.

Article 18

(Article L. 380-1 nouveau du code de la sécurité sociale)

Résiliation de certains contrats d'assurance privée

Cet article prévoit la possibilité de résilier des contrats d'assurance privée souscrits antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente loi.

Le premier alinéa de cet article prévoit que seront résiliés de plein droit les contrats souscrits auprès d'organismes d'assurance de droit privé par des personnes qui n'étaient pas couvertes par un régime obligatoire, qui n'avaient pas fait le choix du régime de l'assurance personnelle et qui ont vocation à être affiliées au régime général au titre de l'article L. 380-1. Les cotisations ou primes afférentes à ce contrat seront remboursées par les organismes qui les ont perçues au prorata de la durée d'assurance restant à couvrir.

Il est prévisible qu'une fraction non négligeable des personnes visées au paragraphe précédent seront « mécaniquement » affiliées au régime général du fait de l'entrée en vigueur des dispositions du présent projet. Afin de ne pas léser ces personnes, qui risqueraient de se trouver en situation de cotiser à deux régimes à la fois, le présent article rend les contrats de droit privés passés par les intéressés résiliables de plein droit. Une mesure similaire avait été adoptée dans le cadre de la loi dite « Royer » qui a rendu obligatoire pour les travailleurs non salariés non agricoles l'affiliation à l'assurance maladie et maternité.

Le second alinéa prévoit qu'au cas où la garantie offerte par le contrat de droit privé serait supérieure à celle qu'assure le régime général, le

contrat pourra être maintenu en vigueur par un avenant et avec une réduction de prime.

D'après les chiffres obtenus par le rapporteur et qui concernent l'année 1995, on estimait à cette date que 61 000 personnes répondaient à la situation décrite (assurance au premier franc) au premier alinéa avec la répartition suivante : 61 % de frontaliers, 6,3 % d'expatriés, 32,7 % de rentiers et divers. Sur le nombre total de ces personnes, approximativement 58 000 contractaient à titre individuel alors que 2 700 contractaient par le biais de leur employeur.

*

La commission a *adopté* l'article 18 sans modification.

Article 19

(Articles 380-1 et 380-3 nouveaux du code de la sécurité sociale)

Possibilité de maintien de certaines personnes dans le régime de l'assurance personnelle à titre temporaire ou définitif

Cet article permet, pendant une période transitoire, aux personnes visées à l'article 8 de la présente loi ainsi qu'aux personnes dépendant d'un régime agricole, de continuer à bénéficier des prestations en nature du régime général ou du régime de l'assurance personnelle.

Le **I** de cet article, dérogeant aux dispositions de l'article L. 380-3 nouveau du code de la sécurité sociale, prévoit que les personnes visées aux, 1°, 3° et 4° du même article, à savoir :

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

3° personnes résidant en France qui, au titre d'une activité personnelle exercée par elle-même ou par un membre de leur famille sur le territoire d'un Etat étranger ;

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

qui sont affiliés au régime de l'assurance personnelle à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, peuvent, à leur demande, être affiliés au régime général en application de l'article L. 380-1 du même code pendant une période transitoire se terminant au plus tard trois ans après la date de publication de la présente loi.

Ce texte a pour effet de permettre aux fonctionnaires et assimilés, aux retraités d'une organisation internationale, à certains membres du personnel diplomatique et consulaire et à certains résidents qui travaillent à l'étranger, notamment en Suisse, de pouvoir continuer à bénéficier des prestations en nature du régime général, comme antérieurement par le truchement de l'assurance personnelle.

Il faut noter que la durée maximale prévue pour le maintien de ce bénéfice est équivalente à celle qui sera retenue pour la durée de maintien des droits aux prestations en nature visée par l'article 15 de la présente loi (cas de sortie du régime).

La situation des travailleurs frontaliers, notamment des résidents travaillant en Suisse doit retenir l'attention. En effet, dans son rapport d'information du 22 janvier 1997 sur les travailleurs frontaliers, M. Denis Jacquat, rapporteur de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, dénonçait la situation suivante :

« Il convient de souligner que les frontaliers en Suisse en situation de chômage sont également victimes d'une grave injustice tenant à l'absence de coordination en matière d'assurance maladie ou invalidité.

Contrairement à ce que prévoit le règlement 1408/71 en ce qui concerne les frontaliers travaillant dans un Etat membre de l'Union européenne, la convention franco-suisse de sécurité sociale du 3 juillet 1975 ne comprend aucun mécanisme de coordination en matière de protection contre la maladie pour les frontaliers en Suisse qui se trouvent en situation de chômage en France.

L'assurance maladie suisse ne couvre en effet que les soins dispensés en Suisse pendant la durée d'exécution du travail, les frontaliers français ayant par ailleurs souscrit le plus souvent une assurance individuelle ou adhéré à l'assurance personnelle française à un taux forfaitaire réduit. Lorsque les intéressés sont licenciés par leur employeur, ils sont indemnisés en France par le régime d'assurance chômage mais, en cas de maladie ou d'invalidité, ils n'ont plus droit à aucune prestation en espèces :

- leurs allocations chômage sont interrompues en application du droit commun, des indemnités journalières devant normalement s'y substituer ;

- mais ils ne peuvent en réalité bénéficier d'indemnités journalières ni au titre du régime suisse, car ils n'y sont plus assujettis, ni au titre du régime français car ils n'y ont pas été soumis à raison de la dernière activité professionnelle exercée.

Seules leur sont applicables les dispositions de l'article L. 311-5 du code de la sécurité sociale qui prévoit que toute personne percevant notamment des allocations chômage bénéficie, à défaut de droits antérieurs au titre de l'activité professionnelle, des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime général.

La situation est similaire lorsque les frontaliers antérieurement occupés en Suisse se trouvent en incapacité permanente de travail, puisqu'ils ne peuvent pas non plus bénéficier d'une pension d'invalidité : selon les stipulations de la convention du 3 juillet 1975, ils ne peuvent se voir attribuer une pension française du fait de leur non assujettissement à la législation française à la date d'interruption du travail suivie d'invalidité et le droit à pension suisse ne peut plus être ouvert car ils n'ont pas été contraints d'abandonner leur activité en Suisse à la suite d'une maladie ou d'un accident.

Comme le reconnaît bien volontiers la direction de la sécurité sociale, il s'agit là d'une grave lacune dans le dispositif de protection sociale des frontaliers en Suisse qui conduit parfois à des situations individuelles très délicates. »

Par ailleurs, les frontaliers français n'acquittent la CSG ; dans son rapport du 22 octobre 1998 sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, M. Alfred Recours, rapporteur de la commission des affaires sociales de l'assemblée nationale, a d'ailleurs analysé cette situation, dont il peut être utile, pour mémoire, de donner les grands traits.

Par conventions passées avec les Etats concernés (Belgique, RFA, Italie et Espagne) et accords spécifiques avec la Suisse, le foyer fiscal des travailleurs frontaliers –agents publics mis à part- est établi dans l'Etat de résidence.

En France, le code général des impôts considère la CSG comme constituant une imposition. Telle n'est pas le cas de la Commission européenne qui tient cette dernière pour une cotisation sociale. La Commission a, par voie de conséquence, déposé auprès de la Cour de justice de la communauté européenne une requête tendant à faire condamner la

France pour manquement à ses obligations au regard des articles 48 à 52 du traité de Rome (libre circulation des travailleurs) et de l'article 13 du règlement 1408/71 (adopté sur la base de l'article 51). Sans commenter la portée éventuelle de la décision que prendra la Cour, ni préjuger abusivement du contenu de celle-ci, il n'est pas déraisonnable de penser que cette décision aura au moins pour effet d'exonérer de façon définitive les travailleurs frontaliers concernés ayant leur domicile fiscal en France du paiement de la CSG.

Le **II** de cet article règle la situation des personnes qui, ayant vocation à être affiliées au régime général en application des dispositions de l'article 380-1 sont affiliées au régime de l'assurance personnelle à la date d'entrée en vigueur de la présente loi et 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. Ces personnes continueront de bénéficier du service desdites prestations, ce service continuant d'être assuré par cet organisme pour le compte du régime général. Ce texte renvoie à un décret le soin de définir les conditions d'application de la mesure.

La pérennisation de cette situation trouve son origine dans les nombreux particularismes caractéristiques des régimes sociaux agricoles.

*

La commission a *adopté* l'article 19 sans modification.

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES A LA PROTECTION COMPLEMENTAIRE EN MATIERE DE SANTE

CHAPITRE PREMIER

Dispositions générales

Article 20

(Chapitre premier nouveau du titre VI nouveau du livre VII du code de la sécurité sociale, articles L. 861-1 à L. 861-9 nouveaux)

Définition de la couverture complémentaire en matière de santé attribuée aux bénéficiaires de la CMU

Cet article pose le principe du droit à une couverture complémentaire en matière de santé pour les personnes dont les revenus sont les plus faibles. Il en définit le contenu et les modalités en créant un nouveau titre VI au livre VIII du code de la sécurité sociale composé de dix-sept articles L. 861-1-1 à L. 861-17.

Le **paragraphe I** modifie en conséquence le titre du livre VIII précité en y ajoutant le domaine de la « *Protection complémentaire en matière de santé* ».

Le **paragraphe II** crée le nouveau titre VI qui s'intitule également « *Protection complémentaire en matière de santé* ».

Le **paragraphe III** présente les neuf premiers articles L. 861-1 à L. 861-9 de ce nouveau titre regroupés au sein d'un chapitre 1^{er} intitulé « *Dispositions générales* ».

Article L. 861-1 du code de la sécurité sociale

Personnes ayant droit à la couverture complémentaire CMU

• Le premier alinéa pose le principe du droit à une protection complémentaire pour toutes les personnes remplissant les critères de résidence et de ressources posés.

Pour le critère de résidence, un renvoi à l'article L. 380-1 créé à l'article 3 du présent projet permet de préciser qu'à l'instar de la couverture de base, la couverture complémentaire bénéficie aux personnes, seules ou membres d'un foyer, résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer « *de façon stable et régulière* ». Se pose donc la question, soulevée également à l'article 3, des résidents de Saint-Pierre-et-Miquelon qui semblent exclus du dispositif.

Pour le critère de ressources, le droit est ouvert au-dessous d'un plafond fixé par décret, dont la révision annuelle est prévue expressément pour tenir compte de l'évolution des prix et qui varie selon la composition et le nombre de personnes à charge de chaque foyer. Ainsi que l'a indiqué le dossier présenté à l'issue du Conseil des ministres du 3 mars 1999, le barème devrait s'établir à :

- 3 500 F pour une personne isolée ;
- 5 250 F pour deux personnes ;
- 6 300 F pour trois personnes ;

- 7 700 F pour quatre personnes ;
- et au-delà, 1 400 F pour chaque personne supplémentaire.

Ainsi que le précise l'étude d'impact du présent projet, le choix de ce seuil permettrait de couvrir :

- les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion ;
- les bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique ou de l'allocation d'insertion dès lorsqu'ils ne cumulent pas cette allocation avec d'autres ressources ;
- les bénéficiaires de l'allocation aux parents isolés dès lors qu'ils ne perçoivent plus l'allocation pour jeune enfant ;
- la plupart des ménages composés de plusieurs personnes, dont la seule ressource est constituée par le minimum de l'allocation unique dégressive à taux plein ;
- les actifs isolés sans enfant percevant au plus 60 % du SMIC ;
- les actifs isolés avec un enfant percevant au plus 87 % du SMIC ;
- les actifs isolés avec deux enfants de moins de 10 ans percevant au plus 73 % du SMIC ;
- les actifs isolés avec deux enfants de plus de 10 ans percevant au plus 91 % du SMIC ;
- les couples actifs sans enfant percevant au plus 87 % du SMIC ;
- les couples avec un enfant ne percevant pas d'allocations familiales et percevant au plus 103 % du SMIC (86 % s'ils bénéficient de l'allocation pour jeune enfant) ;
- les couples avec deux enfants de plus de 10 ans percevant au plus 110 % du SMIC ;
- les couples avec deux enfants de moins de 10 ans percevant au plus 92 % du SMIC.

En revanche, seraient exclues du champ de la couverture complémentaire CMU les bénéficiaires du minimum vieillesse, actuellement égal à 3 540 francs par mois, et les personnes seules bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés qui s'élève également à 3 540 francs.

Au total, on estime à près de 6,5 millions de personnes le nombre de personnes pouvant bénéficier de cette couverture complémentaire si le plafond précité est retenu.

- Le deuxième alinéa confie à un décret en Conseil d'Etat le soin de fixer les conditions d'âge, de domicile et de ressources qui permettront de déterminer si une personne est à la charge d'un foyer. Cette précision peut surprendre dans la mesure où l'article 28 du présent projet renvoie à des décrets en Conseil d'Etat les modalités d'application de l'ensemble du titre II. Toutefois, les difficultés tenant au contrôle des conditions visées, qui peuvent par exemple exiger de confronter les domiciles et les situations fiscales des intéressés, justifient le renvoi spécifique à un décret particulier dont le contenu est expressément défini.

- Le troisième alinéa ouvre le droit à cette couverture complémentaire aux mineurs de seize ans ou plus en situation de rupture familiale. Ces personnes pourront donc, sur leur demande expresse et sur décision du préfet, bénéficier de la couverture complémentaire CMU en leur nom propre, alors même que les ressources de leurs parents seraient supérieures au plafond évoqué précédemment. Pour éviter les fraudes ou abus qui pourraient naître de cette disposition, la faculté d'exercer une action en récupération à l'encontre des parents qui disposeraient effectivement de ressources dépassant le plafond, est donnée à l'organisme prestataire, c'est-à-dire à l'organisme choisi par le ou la mineure pour gérer sa couverture complémentaire. Il conviendra par ailleurs que le décret d'application de cette disposition précise la notion de « rupture familiale » qui doit être mieux définie pour être pleinement applicable.

*

La commission a examiné un amendement présenté par M. André Aschieri visant à ce que les personnes résidant en France, dont les ressources sont comprises entre le plafond mentionné à l'article L. 380-2 du code de la sécurité sociale et le SMIC, aient droit à une exonération partielle de cotisation pour leur couverture complémentaire.

Le rapporteur a considéré que d'autres mécanismes, plus efficaces, étaient envisageables pour atténuer l'effet de seuil.

La commission a *rejeté* cet amendement.

La commission a *rejeté* un amendement présenté par M. Yves Bur visant à supprimer le premier alinéa de l'article, **son auteur** ayant estimé que la règle de la gratuité de la couverture complémentaire CMU pour les personnes situées en-dessous d'un seuil conduisait à une extension de l'assistanat.

Elle a *adopté* un amendement du rapporteur, étendant explicitement le champ géographique de la mise en œuvre de la couverture maladie universelle à Saint-Pierre et Miquelon.

Après que **M. René Couanau** eut insisté sur la nécessité d'éviter tout effet de seuil, la commission a *rejeté* un amendement de Mme Gilberte Marin-Moskovitz ayant pour objet de préciser que le plafond de ressources ouvrant droit à la couverture complémentaire CMU ne devait pas être inférieur au montant du seuil de pauvreté, ainsi qu'un amendement semblable de Mme Muguette Jacquaint proposant que ce plafond ne soit pas inférieur au seuil de pauvreté et soit, d'autre part, indexé sur l'évolution du salaire brut moyen.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Préel visant à substituer au dispositif envisagé par le projet de loi un mécanisme d'incitation et d'aide financière pour les plus démunis leur permettant d'accéder à une couverture complémentaire ainsi qu'un amendement de M. Denis Jacquat instituant une aide financière du même type.

La commission a *rejeté* un amendement présenté par M. Denis Jacquat, visant à lisser les effets de seuil en permettant aux personnes dont les ressources sont supérieures au plafond de la CMU de déduire leur cotisation à la protection complémentaire de leur revenu imposable à hauteur de 1 500 francs.

La commission a ensuite examiné un amendement présenté par Mme Muguette Jacquaint visant à proposer aux personnes à revenus modestes qui néanmoins dépassent le seuil retenu pour bénéficier de la CMU des conditions tarifaires préférentielles pour obtenir une protection complémentaire identique à celle de la CMU auprès des organismes complémentaires.

Le rapporteur, après avoir considéré que l'objet de cet amendement correspondait à une préoccupation légitime, a indiqué qu'il présenterait à l'article 25 du projet de loi un amendement répondant aux préoccupations de Mme Muguette Jacquaint. Après que **M. René Couanau** eut exprimé sa volonté de s'associer à la démarche de Mme Muguette Jacquaint, la commission a *rejeté* cet amendement.

Article L. 861-2 du code de la sécurité sociale

Appréciation des ressources des demandeurs de la couverture complémentaire et, pour les bénéficiaires de la couverture de base sur critère de résidence, exonération des cotisations.

- Le premier alinéa précise comment seront prises en compte les ressources d'un foyer pour apprécier son droit à la protection complémentaire. Il sera tenu compte à cet effet de l'ensemble des ressources à deux exceptions : certaines prestations « à objet spécialisé » et tout ou partie des rémunérations professionnelles lorsque ces revenus ont été irréguliers. Un décret en Conseil d'Etat précisera la nature exacte de ces exceptions. Il pourrait reprendre les règles actuellement applicables pour apprécier le droit au revenu minimum d'insertion (RMI). Ainsi seraient exclues des ressources à prendre en compte des prestations telles que l'allocation d'éducation spéciale (AES), l'allocation de rentrée scolaire (ARS), l'allocation pour jeune enfant (APJE) ou encore la majoration pour tierce personne. Les aides personnelles au logement seraient pour leur part évaluées à un taux forfaitaire identique à celui qui est prévu pour l'attribution du RMI.

Le même décret en Conseil d'Etat fixera également les périodes de référence de l'appréciation des ressources d'un foyer ainsi que les « modalités particulières » applicables à l'évaluation de ressources issues d'une activité non salariée. Cette précision est nécessaire au regard de l'expérience acquise dans le cadre de l'attribution du RMI. De nombreuses difficultés sont en effet apparues pour évaluer les revenus des non-salariés. Le décret devra donc permettre de résoudre ces problèmes en fixant des règles claires. S'agissant des périodes de référence, on peut s'étonner de l'utilisation du pluriel qui conduit à penser qu'il existera plusieurs périodes de références selon la nature des ressources. Il convient par ailleurs de rappeler que la période de référence choisie pour l'appréciation du droit au RMI est égale à trois mois.

- Le deuxième alinéa prévoit l'admission directe et automatique de tous les bénéficiaires du RMI et implicitement les membres de leur foyer, à la protection complémentaire santé. Cette précision relève plus d'une logique comptable - les bénéficiaires du RMI remplissant tous les critères de ressources de la CMU tels qu'ils ont été précisés précédemment - que de l'attribution d'un droit à une catégorie sociale particulière. Il ne s'agit donc pas d'un avantage supplémentaire accordé à ces personnes, qui bénéficient d'ailleurs déjà de l'aide médicale gratuite, mais plutôt d'une disposition pragmatique qui permettra d'accélérer les demandes d'ouverture au droit à la couverture complémentaire CMU.

- Le dernier alinéa dispose que les bénéficiaires du droit à la couverture de base sur critère de résidence qui sont, en vertu de l'article 3 du présent projet, affiliés gratuitement au régime général lorsque leurs ressources sont inférieures à un plafond fixé par décret, ainsi que le prévoit l'article L. 380-2 nouveau du code de la sécurité sociale, sont exonérés de cotisation pour leur couverture complémentaire. Ainsi dès lors que les

ressources d'un foyer sont inférieures au plafond fixé et que le critère de résidence s'applique en leur faveur en l'absence de tout autre critère d'affiliation, ses membres ont droit à la couverture maladie de base et à une couverture complémentaire sans contribution personnelle. Cette rupture du lien entre cotisation et droit aux prestations a déjà fait l'objet d'un long débat. Devant le coût du recouvrement d'une cotisation de faible montant et la difficulté de sanctionner le non-versement de cette cotisation par la fermeture des droits sociaux ouverts, le choix a été fait de la gratuité en dépit de l'avantage que pourrait présenter une contribution modeste. Celle-ci correspondrait sans doute mieux à une logique d'insertion, tout en rapprochant les bénéficiaires de la CMU du droit commun. Un organisme complémentaire a cependant évalué à près de 100 F le coût du recouvrement d'une contribution impayée. De plus il convient de rappeler que de nombreuses personnes aux ressources modestes bénéficient, dans le régime actuel, d'une aide médicale entièrement gratuite.

*

La commission a examiné un amendement de Mme Muguette Jacquaint étendant le bénéfice automatique de la couverture maladie universelle à l'ensemble des bénéficiaires des minima sociaux : allocation spécifique de solidarité, allocation adulte handicapé, allocation d'insertion, minimum vieillesse et allocation de parent isolé.

M. Yves Bur a signalé la situation particulièrement difficile des bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé qui, du fait de leur handicap, ont souvent beaucoup de mal à trouver une couverture maladie complémentaire.

M. Denis Jacquat s'est déclaré favorable au relèvement à 3 800 francs du plafond de revenus retenu pour bénéficier de la CMU, car cela l'alignerait sur le seuil de pauvreté tel qu'il est évalué en France. Le seuil de 3 500 francs actuellement évoqué est inférieur au niveau des minima sociaux visés par l'amendement de Mme Muguette Jacquaint et il ne serait pas normal que pour 50 francs une personne bénéficiaire du minimum vieillesse n'ait pas accès à la CMU. Il s'est déclaré favorable à l'amendement, sous réserve d'une modification de son gage portant création d'une taxe additionnelle sur les profits.

Le rapporteur a reconnu que le choix d'un seuil n'était pas aisé, le renvoi au décret étant sûrement la meilleure méthode. Le débat sur ce sujet pourra ainsi se poursuivre durant tout l'examen du projet de loi et, le moment venu, le Gouvernement aura les moyens d'arrêter son choix en toute connaissance de cause. En outre il sera tôt ou tard nécessaire de mettre de l'ordre dans les différents seuils aujourd'hui retenus en matière sociale.

M. Alfred Recours a rappelé que c'est à des gouvernements de gauche que l'on doit les avancées sociales majeures que constituent la création du RMI, l'accès de droit à l'aide médicale pour les personnes les plus défavorisées et, aujourd'hui, la couverture maladie universelle qui, à travers la fixation d'un seuil national, permettra en fait le relèvement du seuil actuellement appliqué dans de nombreux départements pour l'accès gratuit aux soins.

Mme Muguette Jacquaint a fait observer que, si la création du RMI et l'institution de la CMU peuvent effectivement être considérés comme des progrès, on peut difficilement être satisfait lorsque l'on constate que plus de six millions de Français ont aujourd'hui des difficultés d'accès aux soins. Cette situation n'est pas acceptable ; aussi faut-il accorder

l'accès à la CMU à l'ensemble des bénéficiaires des minima sociaux en mettant à contribution les revenus financiers des entreprises.

Le rapporteur, tout en considérant que la situation des bénéficiaires du minimum vieillesse ou de l'allocation adulte handicapé en matière d'accès aux soins devait effectivement être prise en compte par le projet de loi, s'est opposé à un relèvement du seuil au niveau de ces minima sociaux. En effet, il faut absolument éviter l'institution d'un seuil unique pour le déclenchement de différents droits sociaux car cela risquerait de créer une rigidité pour l'évolution ultérieure de ces droits. Ainsi, le minimum vieillesse constitue une politique autonome avec sa propre logique et sa propre légitimité et ne doit pas être lié au système de protection maladie. Des mesures d'accompagnement pour les personnes ne s'inscrivant pas dans le seuil de revenus retenu par le texte seront proposées dans le cadre de l'article 25.

Le président Jean Le Garrec, après avoir signalé qu'il n'avait pas voulu invoquer l'article 40 pour permettre ce débat, a approuvé l'argumentation du rapporteur quant aux risques que recèlerait la fixation d'un seuil unique.

M. René Couanau a regretté que le rapporteur renvoie à l'article 25 pour proposer des mesures susceptibles de lisser l'effet de seuil et de répondre ainsi à un problème de fond dénoncé par la quasi totalité des commissaires.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prél de coordination avec la création d'une aide financière pour l'accès à la couverture complémentaire des plus démunis.

La commission a examiné un amendement de Mme Muguette Jacquaint tendant à faire bénéficier, de droit, les étudiants boursiers de la protection complémentaire CMU.

Le rapporteur s'est opposé à l'amendement en soulignant que celui-ci introduirait un autre type de barème dans le dispositif d'application de la CMU. Or, si l'on peut tout à fait débattre du niveau du seuil retenu, il semble en tout cas impossible de prendre en compte différents barèmes. Le critère des bourses est donc impossible à retenir.

L'amendement a été *retiré* par son auteur.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur supprimant le dernier alinéa de l'article qui pose le principe de l'exonération de cotisation pour les bénéficiaires de la couverture de base de la CMU affiliés au régime général sur critère de résidence, tel que le prévoit l'article 3 du projet de loi, après que **le rapporteur** eut précisé que l'affirmation du caractère non contributif de ce droit n'était pas nécessaire et était en outre contradictoire avec l'introduction du principe d'une cotisation proposée par un amendement à l'article L. 861-5.

Article L. 861-3 du code de la sécurité sociale

Étendue de la couverture complémentaire CMU

Cet article définit l'étendue de la couverture complémentaire CMU dont bénéficieront les personnes qui en remplissent les critères d'attribution, tels que définis à l'article L. 861-1.

- Le premier alinéa prévoit d'abord la gratuité totale de cette couverture qui est définie comme un droit qui s'exerce « *sans contrepartie contributive* ». Il est également précisé que cette couverture complémentaire jouera « *sous réserve* » de l'application des dispositions les plus favorables dont certaines personnes sont susceptibles de bénéficier. C'est le cas, notamment, de certains régimes spéciaux, du régime local d'Alsace-Moselle, de certains accords obligatoires de prévoyance d'entreprise et des règles de droit commun appliquées en cas d'affections de longue durée (ALD) ou de versement d'une pension d'invalidité. La part prise en charge par l'organisme complémentaire sera donc fonction du régime le plus favorable dont peut bénéficier la personne remplissant les conditions d'attribution de la CMU.

- Les trois alinéas suivants (1° à 3°) définissent exactement le contenu de cette couverture complémentaire. Il s'étend au ticket modérateur dans la limite des tarifs de responsabilité des prestations couvertes par les régimes obligatoires, au forfait hospitalier exigé des personnes admises dans les établissements hospitaliers ou médico-sociaux pour couvrir une partie de leurs frais de séjour, ainsi qu'à certains frais concernant des soins dentaires ou des dispositifs médicaux.

Les troisième (2°) et quatrième (3°) alinéas nécessitent des précisions supplémentaires. S'agissant du forfait hospitalier, il faut souligner que ce dernier sera intégralement pris en charge sans aucune limitation de durée. En ce qui concerne les soins dentaires et les dispositifs médicaux, il s'agira de fixer par arrêté interministériel pour certains de ces soins et dispositifs, des limites de remboursement spécifiques aux bénéficiaires de la CMU qui leur seront appliqués au-delà des tarifs de responsabilité de droit commun. Pour ces soins ou ces produits, la CMU offrira donc une couverture particulièrement favorable. Cette disposition se justifie par le constat de l'état de santé des plus démunis particulièrement dégradé en ce qui concerne les prothèses dentaires et certains dispositifs médicaux, tels que les lunettes de vue ou les appareils auditifs. Les arrêtés interministériels devront donc « cibler » les soins et les dispositifs les plus essentiels à l'amélioration de l'état de santé de ces personnes.

- Le sixième et dernier alinéa accorde aux bénéficiaires de la CMU la dispense d'avance de frais pour toutes les prestations prises en charge par les régimes obligatoires maladie et maternité ainsi que pour les frais mentionnés précédemment (forfait journalier, soins dentaires et dispositifs médicaux visés par les arrêtés interministériels précités). Cette disposition est fondamentale pour permettre un accès aux soins effectif des personnes les plus modestes, pour lesquelles l'avance de frais est très souvent un obstacle majeur à l'exercice de leur droit à la santé.

Un décret simple déterminera les modalités de cette dispense de frais, c'est-à-dire les modalités de remboursement par les organismes d'assurance maladie des honoraires et des frais de santé aux professionnels et établissements de soins. L'objectif est d'assurer un remboursement rapide de ces dépenses, la rapidité étant un gage de bon fonctionnement du dispositif entre, d'une part, les organismes payeurs, et d'autre part les acteurs du système de soins. Il existe dans ce but une procédure de liquidation appelée « Noémie 3 » qui pourrait être adaptée et étendue à tous les organismes payeurs afin de permettre un décompte unique des remboursements de base et complémentaires. D'autre part, la télétransmission des feuilles de soins électroniques par les professionnels de santé aux caisses d'assurance maladie dans le cadre du programme Sesam-Vitale devrait permettre, lorsqu'elle sera généralisée, d'assurer des conditions rapides de remboursement des prestations rapides facilitant l'application de cette dispense d'avance de frais. S'agissant du recours à un décret simple pour déterminer les modalités de mise en œuvre de cette disposition, il convient de rappeler que l'ensemble des mesures d'application du présent titre doivent faire l'objet, en vertu de l'article 28 de décrets en Conseil d'Etat.

*

M. Denis Jacquat a retiré un amendement subordonnant le droit à la CMU au versement d'une cotisation.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prél prévoyant l'attribution d'une aide financière pour la prise en charge de la couverture complémentaire, après que **son auteur** eut indiqué que cet amendement participait d'une conception différente de celle retenue par le projet de loi pour le volet complémentaire, en visant à mettre en place un mécanisme d'incitation et d'aide à cette couverture de façon volontaire, pour les plus démunis.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur supprimant dans cet article l'absence de contrepartie contributive pour bénéficier de la couverture complémentaire CMU.

En conséquence, deux amendements, l'un de M. Yves Bur et l'autre de Mme Muguetta Jacquaint sont *devenus sans objet*.

M. Yves Bur a ensuite retiré un amendement excluant du champ de la couverture complémentaire CMU le remboursement de certains soins prothétiques et dispositifs médicaux au-delà des tarifs de responsabilité, après que **son auteur** eut indiqué que cet amendement avait pour objet d'éviter que des personnes à revenus modestes mais non bénéficiaires de la CMU ne soient finalement moins bien remboursées que ces dernières.

M. André Aschieri a retiré un amendement précisant que la prise en charge concernait les prothèses auditives, la lunetterie et les appareillages, après que **le rapporteur** eut observé que la référence faite par cet article aux « dispositifs médicaux à usage individuel » incluait la prise en charge de tous ces éléments.

La commission a ensuite *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur précisant que les arrêtés prévus à cet article fixeront non des montants mais des plafonds de prise en charge maximale des soins dentaires prothétiques et de certains dispositifs médicaux.

La commission a examiné deux amendements en discussion commune :

- l'un du rapporteur étendant la dispense d'avance de frais aux personnes recourant à un médecin référent ou à un médecin spécialiste « correspondant » de ce dernier ;
- l'autre, précédemment réservé, de Mme Muguette Jacquaint généralisant le tiers-payant.

Le rapporteur a indiqué que son amendement était une première réponse aux problèmes posés par l'introduction d'un seuil pour le bénéfice de la CMU car le mécanisme du tiers-payant est de nature à en atténuer les effets. Par ailleurs, cet amendement présente l'intérêt de lier le dispositif du tiers-payant à la maîtrise des dépenses de santé.

M. Denis Jacquat a estimé que cet amendement ne faisait pas partie du dispositif de la CMU puisqu'il visait l'ensemble des assurés sociaux qui choisiront un médecin référent, qu'il servait en réalité à renforcer le rôle du médecin référent et qu'en conséquence sa place se trouvait plutôt dans le titre IV du présent projet.

M. Yves Bur a observé que cet amendement n'envisageait l'extension du tiers-payant que de façon limitée et en particulier n'en faisait pas application dans les domaines où justement il est le plus difficile de faire l'avance des frais, c'est-à-dire en matière d'optique, de soins dentaires et prothétiques. Il s'agit donc d'une proposition qui vise habilement à soutenir le rôle du médecin référent plutôt qu'à mettre en place une extension cohérente de la dispense d'avance de frais.

Le rapporteur a précisé que le protocole d'accord adopté par la CNAM et certains organismes complémentaires incluait le dispositif du médecin référent. Il est difficile, en outre, d'étendre le tiers-payant sans retenir parallèlement un minimum de mesures de régulation. Toutefois, en ce qui concerne son extension aux soins aujourd'hui mal remboursés, notamment les soins dentaires, un amendement pourrait effectivement être utilement déposé.

M. Alfred Recours a fait valoir que cet amendement était cohérent avec les dispositions du titre IV du projet qui valident la convention médicale dans ses dispositions relatives au médecin référent et que l'extension du tiers-payant, même limitée, était de toute façon positive.

Mme Muguette Jacquaint a indiqué que son amendement sur la généralisation du tiers-payant s'étendait aux soins dentaires et a déclaré ne pouvoir se rallier à l'amendement du rapporteur compte tenu des problèmes soulevés par le dispositif du médecin référent.

M. Jean-Luc Prél a souhaité connaître le niveau de la prise en charge des prothèses dentaires pour les bénéficiaires de la CMU et pour les personnes dont les ressources se situent au dessus du seuil.

M. Marcel Rogemont a présenté un sous-amendement supprimant dans l'amendement du rapporteur la référence aux ayants droit âgés de moins de 16 ans afin de conserver la seule référence à tous les ayants droit.

Le rapporteur, après avoir rappelé que la qualité du remboursement dépendra d'une meilleure maîtrise des dépenses de santé, objectif poursuivi par cet amendement, et après

s'être engagé à déposer un amendement étendant le dispositif aux soins dentaires, s'est déclaré favorable à la suppression proposée par M. Marcel Rogemont.

La commission a *rejeté* l'amendement de Mme Muguette Jacquaint et a *adopté* le sous-amendement de M. Marcel Rogemont et l'amendement du rapporteur ainsi sous-amendé.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur précisant, à la dernière phrase du dernier alinéa de l'article, que les modalités de paiement des professionnels et établissements de santé pour mettre en œuvre la dispense d'avance de frais prévue par cet article pour les bénéficiaires de la CMU, seront déterminées par décret.

Article L. 861-4 du code de la sécurité sociale

Choix de l'organisme gestionnaire de la couverture complémentaire CMU par son bénéficiaire

Cet article offre aux bénéficiaires de la couverture complémentaire CMU le choix de leur organisme d'affiliation ou d'adhésion. Il pourra s'agir soit d'une caisse d'assurance maladie, soit d'un organisme complémentaire : mutuelle, institution de prévoyance ou société d'assurance. Il convient de souligner que les caisses d'assurance maladie assureront la gestion des prestations des bénéficiaires de la CMU « *pour le compte de l'Etat* », ce qui signifie que les dépenses engagées à ce titre seront prises en charge intégralement par l'Etat et non par la sécurité sociale. Celles qui seront gérées par les organismes complémentaires relèveront, quant à elles, d'un financement spécifique mis en place au second chapitre du présent titre, qui concerne également les organismes d'assurance maladie participant à la CMU.

Le principe de ce choix fait l'objet d'un vaste débat entre ceux qui considèrent que les caisses d'assurance maladie ne doivent pas intervenir dans le champ de la protection complémentaire et ceux qui estiment que le choix ainsi laissé aux bénéficiaires de la CMU garantit l'application effective de cette couverture en cas de carence des organismes complémentaires ou en raison de la simplicité que présente l'affiliation à une caisse unique pour la base et pour le complémentaire.

La ministre de l'emploi et de la solidarité ainsi que le rapporteur se sont plusieurs fois exprimés en faveur d'une lecture partenariale du projet, lecture d'après laquelle le choix d'un organisme complémentaire pour gérer la couverture complémentaire CMU doit être privilégié puisqu'il ressort du droit commun, tout en préparant mieux les bénéficiaires de la CMU à leur sortie du dispositif.

La CNAMTS, la Fédération nationale de la mutualité française et la Fédération française des sociétés d'assurance ont pour leur part signé, au cours du mois de février dernier, un protocole d'accord définissant des

règles communes qu'elles entendent appliquer pour la mise en œuvre de la couverture complémentaire CMU. Celle-ci doit, selon les termes de ce protocole, s'organiser *« dans le respect des champs de compétence respectifs des régimes obligatoires et des systèmes complémentaires (...) ». Il appartient donc aux organismes complémentaires de proposer aux bénéficiaires la protection complémentaire associée à la CMU. Les Caisses d'assurance maladie, en application du principe de subsidiarité, n'offrent une telle prestation qu'en cas de carence constatée des organismes complémentaires ».*

*

La commission a examiné un amendement de suppression de l'article présenté par M. Germain Gengenwin.

M. Yves Bur a souligné le risque de confusion des rôles entre la sécurité sociale et les organismes complémentaires. Il n'est pas nécessaire de les mettre en concurrence. De plus, les bénéficiaires de la CMU choisiront sans doute naturellement la caisse primaire pour gérer leur protection complémentaire.

Le rapporteur a souligné qu'il ne s'agissait en aucun cas d'une mise en concurrence des organismes concernés puisque les organismes d'assurance maladie interviendront en qualité de gestionnaires de prestations « pour le compte de l'Etat ». Pour ce qui est de la prise en charge unique par les caisses primaires, il existe déjà le cas des « sans domicile fixe » et les organismes complémentaires n'ont jamais contesté le fait que les personnes les plus marginalisées avaient tout intérêt à s'adresser aux caisses primaires. Les organismes complémentaires, par le protocole d'accord signé avec la CNAM, ont montré leur souci de s'engager dans des relations partenariales et non dans des relations concurrentielles.

Le président Jean Le Garrec a observé que M. Yves Bur avait une vision pessimiste des populations concernées par la CMU ; les personnes les plus démunies ont aussi leur autonomie et peuvent exercer leurs choix librement entre les différents organismes, malgré leurs faibles revenus.

M. Yves Bur a estimé que les personnes bénéficiaires de la CMU ont besoin d'un accompagnement social et que les travailleurs sociaux les orienteront naturellement vers les caisses primaires plus faciles d'accès.

M. Jean-Luc Prétel a souligné qu'il y avait un risque que les caisses primaires interviennent massivement dans le champ complémentaire grâce au guichet unique et aux travailleurs sociaux. Il y aura donc concurrence pour les organismes complémentaires, dont certains comptent jusqu'à 30 % d'adhérents dont les revenus sont inférieurs au seuil.

Le rapporteur a indiqué que les bénéficiaires pourront choisir entre les différentes options en toute connaissance de cause. Les deux voies offertes ne sont pas sur un pied d'égalité puisque le bénéficiaire qui aura choisi « l'option a », celle de l'organisme d'assurance maladie, ne bénéficiera pas de la prolongation de sa couverture complémentaire à un tarif préférentiel lors de sa sortie du dispositif, à l'inverse de celui qui aura choisi « l'option b » en faveur d'un organisme complémentaire.

Le président Jean Le Garrec a considéré qu'il ne fallait pas avoir dans ce domaine une vision statique. Le nouveau dispositif met en place une offre diversifiée de services qui évoluera selon la dynamisme des organismes complémentaires.

La commission a *rejeté* cet amendement.

La commission a *rejeté* un amendement présenté par M. Jean-Luc Prével visant à substituer à la couverture complémentaire CMU un mécanisme d'aide financière pour les plus démunis.

La commission a *rejeté* deux amendements, l'un de M. Bernard Accoyer, l'autre de M. Denis Jacquat, prévoyant que les organismes d'assurance maladie n'offriront la couverture complémentaire qu'en cas de carence constatée des organismes complémentaires.

La commission a *rejeté* un amendement présenté par M. Jean-Luc Prével visant à instaurer une égalité entre les organismes complémentaire et les organismes d'assurance maladie dans la gestion de la couverture maladie universelle, ces derniers n'intervenant plus « au nom de l'Etat ».

Un amendement de M. Denis Jacquat, visant à supprimer « l'option a » de l'article ouvrant la gestion de la couverture complémentaire CMU aux organismes d'assurance maladie, a été *retiré* par son auteur.

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur, afin de faire référence aux dispositions financières prévues à l'article 25 au deuxième alinéa (a) de l'article.

Article L. 861-5 du code de la sécurité sociale

Attribution de la couverture complémentaire CMU

Cet article définit la procédure d'attribution de la couverture complémentaire CMU.

- Le premier alinéa prévoit le dépôt de la demande par la personne qui sollicite l'ouverture de son droit auprès de la caisse de son régime d'affiliation sur critère professionnel ou sur critère de résidence (caisse primaire d'assurance maladie, caisses relevant de la MSA² ou de la CANAM³). Dans sa demande, devra également figurer son choix de l'organisme gestionnaire de sa couverture complémentaire, c'est-à-dire la caisse même de son régime d'affiliation ou une mutuelle, une institution de prévoyance ou une société d'assurance. Ce double contenu de la demande (principe du « guichet unique ») doit permettre de simplifier la démarche d'ouverture des droits auprès d'un seul organisme, à charge pour ce dernier d'en informer les autres pour ce qui les concerne.

² Mutualité sociale agricole.

³ Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles.

- Le deuxième alinéa précise quelle autorité a le pouvoir d'attribuer la protection complémentaire CMU. Il s'agit de l'autorité administrative géographique compétente, à savoir le préfet, qui a la possibilité de déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse locale d'assurance maladie du régime général, de la MSA ou de la CANAM.

Les critères d'attribution devant être contrôlés par les caisses, celles-ci seront donc les véritables autorités chargées d'examiner les demandes et d'y répondre. Ces décisions pouvant porter préjudice aux personnes ou aux caisses, elles pourront faire l'objet de recours contentieux devant la commission départementale d'aide sociale dont les décisions peuvent être elles-mêmes contestées devant la commission centrale d'aide sociale. Le Conseil d'Etat peut à son tour être saisi d'un recours en cassation contre les décisions de la commission centrale.

- Le troisième alinéa prévoit l'attribution immédiate de la couverture complémentaire « *en cas d'urgence sanitaire ou sociale* » pour les demandeurs présumés remplir les conditions de résidence et de ressources.

Cette notion d'urgence sanitaire ou sociale semble peu précise ; en l'état, elle paraît relever de l'appréciation subjective de la caisse où la personne déposera sa demande et éventuellement de l'intervention d'un tiers - médecin, travailleur social - pour évaluer l'urgence de sa situation. On peut donc craindre que les refus d'admission immédiate ne fassent l'objet d'un contentieux important si l'urgence n'a pas été reconnue et que les conséquences d'un refus ont aggravé la situation sanitaire ou sociale du demandeur.

- Le quatrième et dernier alinéa fixe à un an la durée d'attribution des droits à la couverture complémentaire CMU, période renouvelable aussi longtemps que les critères d'attribution sont remplis. La situation du bénéficiaire, s'agissant tant de sa résidence que du niveau de ses ressources, peut donc évoluer, au cours de l'année où les droits ont été reconnus, et ne plus correspondre aux critères d'attribution sans que ses droits lui soient retirés.

A l'issue de l'examen de cet article, il faut noter la disparition dans le dispositif du rôle des associations, des établissements de santé et des organismes complémentaires dans l'aide qu'ils peuvent apporter aux personnes sollicitant la couverture complémentaire CMU. Ce rôle d'information et d'accompagnement dans les démarches, dont il est fait mention dans l'exposé des motifs du projet de loi, avait été introduit dans une version initiale de ce projet. On peut se demander si sa réintroduction dans le projet n'est pas opportune ou si l'on doit s'en remettre aux décrets d'application sans précision expresse dans le texte de la loi.

*

La commission a *rejeté* deux amendements de suppression de l'article, l'un de M. Denis Jacquat et l'autre de M. Jean-Luc Prével.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Muguette Jacquaint tendant à ce que la demande d'attribution de la couverture complémentaire CMU fasse l'objet d'un formulaire identique sur l'ensemble du territoire national, après que le **rapporteur** eut indiqué qu'il s'agissait d'une disposition réglementaire.

La commission a examiné en discussion commune :

- un amendement de Mme Muguette Jacquaint visant à fixer aux organismes d'assurance maladie un délai de réponse maximum de huit jours aux demandeurs de la couverture complémentaire CMU sur la recevabilité de leurs dossiers ;

- un amendement similaire de Mme Gilberte Marin-Moskovitz ;

- un amendement présenté par le rapporteur proposant que la réponse à la demande précitée soit notifiée au demandeur dans un délai maximal fixé par décret.

Le rapporteur a indiqué que ce délai ne devait pas être fixé dans la loi mais plutôt dans un décret qui tiendra compte de la montée en charge du dispositif.

Mme Gilberte Marin-Moskovitz a souhaité cosigner cet amendement et a donc *retiré* le sien.

La commission a *adopté* l'amendement du rapporteur, celui de Mme Muguette Jacquaint *devenant sans objet*.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur visant à substituer à la notion d'urgence sanitaire ou sociale celle de la rédaction actuelle du code d'aide sociale pour l'attribution de l'aide médicale qui fait référence à la situation du demandeur.

En conséquence, un amendement de Mme Muguette Jacquaint ayant le même objet a été *retiré* par son auteur au profit de l'amendement du rapporteur.

La commission a examiné un amendement du rapporteur tendant à instaurer le versement d'une cotisation par les personnes ayant choisi pour gérer leur couverture complémentaire CMU un organisme complémentaire.

Le rapporteur a précisé que cette contribution constitue un élément du contrat conclu avec une mutuelle ou une société d'assurance. Elle est donc une cotisation d'adhésion au sens du code de la mutualité. Une telle cotisation renforce la légitimité du droit reconnu. Les droits que l'on acquiert ont en effet plus de valeur que les droits octroyés. Il faut souligner que le versement de cette cotisation ne conditionnera aucunement l'ouverture de ces droits à la CMU. Il s'agit donc d'un appel à la responsabilité des bénéficiaires. Cependant, cet appel à la responsabilité doit être modéré. Il ne s'agit pas d'oublier la responsabilité des plus aisés. En effet, la tendance est à l'heure actuelle d'en appeler à la responsabilité des seules personnes en difficulté.

Le président Jean Le Garrec s'est interrogé sur le montant de cette contribution qui doit rester modeste.

Le rapporteur a indiqué qu'il y avait aujourd'hui deux options : d'un côté un droit d'entrée versé une seule fois par le bénéficiaire - idée qui progresse au sein des organismes complémentaires - de l'ordre de 150 F, de l'autre une cotisation qui pourrait être de 30 F par famille et par an. Le montant de cette cotisation devra être fixé par décret en Conseil d'Etat.

M. Yves Bur a indiqué qu'une telle cotisation versée de manière régulière ouvrirait le problème du recouvrement qui ne pourrait être que difficile étant donné les populations concernées. En outre une cotisation de 150 F n'est pas de nature à renforcer le sentiment de dignité et de citoyenneté des bénéficiaires de la CMU, mais a plutôt une portée symbolique. Il s'agit de légitimer la gratuité du dispositif prévu. Se posera toutefois le problème du statut de ces bénéficiaires au sein des organismes complémentaires. Auront-ils le statut de membre à part entière leur permettant par exemple de participer aux assemblées générales des mutuelles ? Il serait préférable d'instaurer une participation progressive des bénéficiaires, en fonction de leurs capacités contributives, ce qui serait beaucoup mieux compris par les personnes se trouvant au-dessus du seuil de ressources de la CMU.

M. Denis Jacquat a considéré essentielle que cette question de la cotisation. Un tel versement ne peut que satisfaire les mutuelles dans la mesure où les autres adhérents paient leurs cotisations. Cependant, le recouvrement sera certainement plus onéreux que le versement des cotisations et il semble paradoxal d'instaurer une cotisation non obligatoire puisque l'ouverture et le maintien du droit à la protection complémentaire ne sont pas subordonnés au versement de cette cotisation. L'incitation à payer celle-ci est donc nulle.

Mme Muguette Jacquaint a observé qu'il n'était pas réaliste de recourir à un huissier lorsqu'une personne ne peut pas payer.

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia a considéré qu'il y avait une contradiction entre l'instauration d'une cotisation par principe et le fait de ne pas lier l'ouverture et le maintien des droits d'un paiement.

Mme Gilberte Marin-Moskovitz a considéré que demander une participation des personnes au-delà du seuil de pauvreté, y compris le cas échéant avec un étalement des paiements, correspond à une démarche de citoyenneté.

M. Denis Jacquat a noté que l'instauration d'une cotisation pour l'option b (organismes complémentaires) favoriserait l'option a (caisses primaires d'assurance maladie).

Le rapporteur a rappelé que la déconnexion entre cotisation et bénéfice de la couverture venait d'être votée pour le régime de base. Il s'agit de faire de même pour la couverture complémentaire car les deux couvertures sont liées, l'absence de complémentaire empêchant souvent le bénéficiaire d'utiliser sa couverture de base. Par ailleurs, certains organismes complémentaires mettent déjà en œuvre des régimes de suspension de cotisations avec maintien des droits. Il s'agit en effet d'une logique de solidarité, fortement soutenue par le monde mutualiste, qui souhaite conserver les personnes bénéficiaires de la CMU. De plus, grâce à la cotisation, il sera possible d'éviter chaque année un débat sur le niveau du seuil.

Le président Jean Le Garrec a considéré qu'il y a toujours la possibilité de trouver un moyen, comme l'étalement du paiement, pour régler un problème financier de ce type, qui consiste à rémunérer un service rendu. Il faut d'ailleurs remarquer que ce ne sont pas les personnes les plus en difficulté qui sont les plus mauvais payeurs.

La commission a *adopté* cet amendement.

Un amendement de Mme Gilberte Marin-Moskovitz visant à assurer le maintien du droit à la protection complémentaire sans limitation de durée a été *retiré* par son auteur.

Article L. 861-6 du code de la sécurité sociale

Prise en charge des prestations par les organismes d'assurance maladie

Cet article prévoit que les organismes d'assurance maladie - caisses primaires du régime général, caisses de la MSA ou de la CANAM - qui auront été choisis par le bénéficiaire de la couverture complémentaire CMU sont tenus d'assurer pour son compte la gestion des prestations en nature auxquelles il a droit à ce titre. A cet égard, il convient de souligner que conformément au contenu de la couverture complémentaire CMU tel qu'il a été défini à l'article L. 861-3 nouveau, cette couverture ne comporte pas de prestations en espèces, telles que les indemnités journalières en cas d'accident du travail ou de maternité ; les bénéficiaires de la CMU recevront donc ces prestations en espèces dans le seul cadre du régime de base. Les organismes d'assurance maladie reçoivent donc mission d'étendre leur compétence aux prestations complémentaires, même si telle n'est pas leur vocation initiale. Il faut souligner cependant que certaines caisses gèrent d'ores et déjà des prestations complémentaires à l'instar du régime général qui gère, pour le compte de l'Etat, l'ensemble de l'aide médicale des personnes sans domicile fixe.

Il faut enfin souligner l'obligation formelle de l'organisme d'assurance maladie d'assurer cette gestion dès lors qu'un bénéficiaire de la CMU l'aura choisi. Cette disposition permet de garantir à tout bénéficiaire de la CMU l'effectivité de sa couverture dans l'hypothèse où les mutuelles, compagnies d'assurance ou institution de prévoyance de sa région ne seraient pas parties prenantes au dispositif.

*

La commission a *rejeté* un amendement de suppression de l'article présenté par M. Jean-Luc Prével.

La commission a examiné un amendement présenté par le rapporteur visant à préciser le rôle de soutien et d'accompagnement que sont susceptibles de jouer les associations et organismes à but non lucratif, les services sociaux, les établissements de santé et les organismes complémentaires, à la demande des personnes souhaitant bénéficier de la couverture maladie universelle, afin de les informer de leurs droits et de les aider dans leurs démarches.

La commission a *adopté* cet amendement. En conséquence, un amendement de M. Bernard Accoyer prévoyant de reconnaître ce rôle aux organismes complémentaires est *devenu sans objet*.

La commission a *adopté* un amendement de Mme Muguette Jacquaint tendant à assurer aux bénéficiaires de la CMU la protection complémentaire au moment où l'autorisation administrative s'est prononcée sur l'ouverture des droits.

Article L. 861-7 du code de la sécurité sociale

Prise en charge des prestations par les organismes complémentaires

A l'inverse des organismes d'assurance maladie, les organismes complémentaires ont seulement la faculté de participer au dispositif mis en place par la CMU.

- Ainsi le premier alinéa prévoit que les mutuelles, compagnies d'assurance et institutions de prévoyance qui souhaiteront participer à la CMU devront le déclarer, un modèle de déclaration, qui comportera sans doute le rappel des obligations nées de la loi, devant être établi par décret.

- Ces déclarations, ainsi que le prévoit le deuxième alinéa, permettront de constituer la liste des organismes complémentaires parties prenantes à la CMU. Il appartiendra à l'autorité administrative, en l'occurrence la direction régionale des affaires sanitaires et sociales chargées du contrôle des caisses de sécurité sociale, d'établir et de diffuser cette liste. Les modalités de cette diffusion manquent de précision : à qui devra être transmise cette liste ? Avec quelle régularité et selon quels procédés ? Il paraît souhaitable, en tout état de cause, d'assurer une diffusion large et efficace de cette liste afin que les premiers intéressés, c'est-à-dire les personnes souhaitant bénéficier de la CMU, en aient effectivement connaissance. Il faudrait par ailleurs donner un caractère officiel à la diffusion de ce document susceptible de faire l'objet de contestations.

- Le troisième et dernier alinéa dispose qu'en cas de manquement aux dispositions prévues par l'article L. 861-8 suivant, c'est-à-dire en cas de refus d'inscription d'un bénéficiaire de la CMU par un organisme complémentaire qui a pourtant déclaré sa volonté de participer au dispositif, celui-ci pourra être retiré de la liste précitée par l'autorité administrative compétente. Le préfet aura donc la faculté et non l'obligation d'appliquer cette sanction dans les conditions fixées par un décret en Conseil d'Etat (circonstances du retrait, durée de celui-ci avant de procéder à une nouvelle inscription sur la liste). Il faut souligner que cette possibilité de retrait de la liste ne concerne que les cas de refus d'adhésion et non ceux qui concerneraient le manquement aux obligations relatives au contenu de la couverture complémentaire CMU, tel qu'il est défini par l'article L. 861-3 nouveau.

*

La commission a *rejeté* un amendement de suppression de cet article, présenté par M. Jean-Luc Prével.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prével visant à instaurer une égalité entre les organismes complémentaires et les organismes d'assurance maladie dans la gestion du risque couverture maladie universelle complémentaire.

La commission a *rejeté* un amendement de précision rédactionnelle de M. Denis Jacquat concernant la liste des organismes complémentaires participant à la CMU établie par l'autorité administrative.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur précisant que les associations, services sociaux, organismes à but non lucratif et établissements de santé sont destinataires de la liste des organismes complémentaires participant à la CMU.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Gilberte Marin-Moskovitz subordonnant l'inscription sur la liste précitée à l'élaboration d'un plan de formation des personnels des organismes de protection complémentaire en contact direct ou indirect avec le public.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur visant à étendre les motifs de retrait de cette liste aux manquements d'un organisme complémentaire au contenu de la couverture complémentaire CMU tel que défini à l'article L. 861-3.

Article L. 861-8 du code de la sécurité sociale

Inscription auprès d'un organisme complémentaire

Dès lors qu'une mutuelle, une institution de prévoyance ou une société d'assurance aura souhaité participer au dispositif de la CMU, ce dont attestera la liste prévue à l'article précédent, elle ne pourra en aucun cas refuser l'inscription ou l'adhésion d'une personne bénéficiaire de la couverture complémentaire qui l'aurait choisie lors du dépôt de sa demande. Cette disposition affirme donc fortement l'impossibilité totale de tout procédé de sélection des bénéficiaires de la CMU par un organisme complémentaire. L'organisme sera informé de l'ouverture du droit du bénéficiaire par la caisse de son régime d'affiliation qui instruit la demande initiale, comme le prévoit l'article L. 861-5 nouveau. On peut regretter qu'il n'est pas prévu que cet organisme informe également le bénéficiaire de l'ouverture de son droit à la CMU et lui transmette, éventuellement, un document attestant de ce droit (carte magnétique ou support papier).

L'article précise en outre que l'ouverture du droit à la couverture complémentaire ainsi accordée s'effectuera, dès réception, par l'organisme complémentaire choisi par le bénéficiaire, du document attestant de la reconnaissance de ce droit. Se pose alors la question de l'éventuelle contestation, tenant à la date de réception de ce document, des remboursements de dépenses de soins pouvant en dépendre. Pour éviter tout contentieux, les caisses des régimes d'affiliation des bénéficiaires de la CMU auront sans doute intérêt à envoyer les documents d'ouverture des droits aux organismes complémentaires avec accusé de réception.

*

La commission a *rejeté* un amendement de suppression de cet article, présenté par M. Jean-Luc Prével.

La commission a *rejeté* un amendement de rédaction de l'article, présenté par M. Denis Jacquat.

Elle a ensuite *rejeté* un amendement de coordination de M. Jean-Luc Prével.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur visant à mentionner l'ensemble des organismes complémentaires participant aux dispositifs de la couverture complémentaire CMU par référence à la liste prévue à l'article L. 861-7.

Un amendement de Mme Muguette Jacquaint tendant à assurer la protection complémentaire dès que l'autorité administrative s'est prononcée sur l'ouverture du droit a été *retiré* par son auteur.

Un amendement de M. Denis Jacquat, visant à supprimer la dernière phrase de cet article qui prévoit l'impossibilité pour un organisme complémentaire de refuser la demande d'inscription d'un bénéficiaire de la CMU, a été *retiré* par son auteur.

Mme Muguette Jacquaint a *retiré* un amendement ayant pour objectif de préserver les bénéficiaires de la CMU de toute proposition commerciale émanant des organismes complémentaires, en ne subordonnant l'adhésion à aucune autre condition que la réception du document attestant l'ouverture des droits.

Un amendement de Mme Gilberte Marin-Moskovitz visant à renforcer les garanties aux personnes assurées contre certains risques a été *retiré* pour un examen ultérieur dans le cadre de la réunion que tiendra la commission en application de l'article 88 du Règlement.

Un amendement de Mme Gilberte Marin-Moskovitz visant, en cas de litige avec l'organisme complémentaire choisi, à permettre à l'assuré de saisir la commission départementale de l'aide sociale a été *retiré* par son auteur, après que **le rapporteur** eut indiqué que les tribunaux civils étaient compétents en la matière.

Article L. 861-9 du code de la sécurité sociale

Contrôle des ressources des demandeurs de la CMU

Cet article autorise les caisses d'assurance maladie, saisies d'une demande de couverture complémentaire CMU, de contrôler le niveau de ressources du demandeur auprès des ASSEDIC⁴ afin de vérifier, au cas où cette personne dispose d'une indemnité chômage, que celle-ci ne place pas l'intéressé au-dessus du plafond des ressources prévu à l'article L. 861-1 nouveau. Ces données présentant un caractère personnel, le droit d'information ainsi donné aux caisses est strictement limité au contrôle des ressources leur permettant de répondre à la demande d'ouverture des droits qu'elles instruisent. Le demandeur lui-même est avisé de cette possibilité.

*

La commission a *rejeté* deux amendements de suppression de cet article de MM. Denis Jacquat et Jean-Luc Préel.

La commission a *adopté* un amendement de M. Denis Jacquat visant à garantir le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

La commission a *adopté* l'article 20 ainsi modifié.

Article 21

(Articles 6-1 et 6-2 nouveaux et 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989)

Prolongation de la couverture des bénéficiaires de la CMU couverts par un organisme complémentaire

Cet article modifie la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, pour prolonger la couverture complémentaire d'un bénéficiaire de la CMU auprès d'une mutuelle, d'une institution de prévoyance ou d'une société d'assurance.

⁴ Associations pour l'emploi dans l'industrie et le commerce

Le **paragraphe I** crée deux articles 6-1 et 6-2 nouveaux au sein de cette loi.

Article 6-1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989

Cet article donne obligation à l'organisme complémentaire, qui avait été choisi par un bénéficiaire de la CMU pour gérer sa couverture complémentaire, de lui proposer de prolonger sa couverture l'année suivant l'expiration de son droit à la CMU à un tarif n'excédant pas un plafond fixé par arrêté. Ainsi, le « sortant » du dispositif CMU aura la possibilité de rentrer progressivement dans le droit commun. Il se verra en effet offrir un tarif spécial pendant un an. D'après les concertations engagées à ce sujet avec les organismes complémentaires, le tarif maximum proposé pourrait être égal à 75 % du versement forfaitaire de 1 500 francs versé aux organismes complémentaires pour chaque bénéficiaire de la CMU, soit 1 125 francs pour l'année de prolongation.

Cette disposition, outre son effet de « lissage », offre l'avantage d'inciter fortement les bénéficiaires de la CMU à choisir une mutuelle, une institution de prévoyance ou une société d'assurance pour gérer leur couverture complémentaire. Ce choix présente de fait l'intérêt de les préparer à rentrer dans le droit commun à la sortie du dispositif de la CMU, une fois que leur niveau de ressources le permettra. Pour l'organisme complémentaire concerné, cette prolongation leur coûte certes au moins la différence entre 1 500 et 1 125 francs, soit 375 francs, mais leur permet de fidéliser les personnes concernées.

*

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de MM. Jean-Luc Prével et Denis Jacquat, supprimant, dans un souci d'égalité entre les organismes complémentaires et les caisses d'assurance maladie, les dispositions relatives au prolongement d'adhésion de contrat pour une période d'un an, **le rapporteur** ayant émis un avis défavorable à leur adoption.

Elle a ensuite examiné un amendement de Mme Muguette Jacquaint, prévoyant la possibilité, pour les personnes ayant choisi les caisses d'assurance maladie pour leur complémentaire, d'une prise en charge à tarif préférentiel par les organismes complémentaires, à l'expiration du droit aux prestations.

Mme Muguette Jacquaint a insisté sur la nécessité de mettre en place un lissage en cas de sortie du mécanisme et d'impliquer, à ce stade, dans une logique partenariale les mutuelles et les compagnies d'assurances,

y compris pour ceux qui ont opté pour l'autre solution pour leur couverture complémentaire.

La commission a *rejeté* cet amendement.

Article 6-2 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989

Cet article vise les bénéficiaires de la CMU qui étaient affiliés à un organisme complémentaire avant d'entrer dans le dispositif de la CMU. Ils pourront obtenir de plein droit soit la résiliation de la garantie souscrite auprès de cet organisme, et en choisir un autre ou préférer leur caisse d'assurance maladie, soit exiger du même organisme qu'il gère pour leur compte leur couverture complémentaire CMU dans les conditions prévues par la loi. Ainsi une mutuelle, un institut de prévoyance ou une société d'assurance sera obligée de participer au dispositif de la CMU même si elle n'est pas inscrite sur la liste prévue à l'article L. 861-7 nouveau. Elle est donc tenue de garder son ancien affilié dans les conditions de la CMU, ce qui n'a pas pour effet de l'inscrire *de facto* sur ladite liste vis-à-vis des tiers.

Dans le cas où la personne disposait, avant de bénéficier de la CMU, d'autres garanties que la couverture complémentaire en matière de santé, celles-ci peuvent être reconduites auprès du même organisme mais aux conditions de droit commun. Cette disposition apparaît tout à fait logique dès lors que les autres garanties visées (invalidité, assurance vie, retraite...) dépassent le champ du présent projet de loi.

Le dernier alinéa du présent paragraphe prévoit que les dispositions précédentes - possibilité de résiliation ou de prolongation de la couverture complémentaire initiale du bénéficiaire de la CMU - ne s'appliquent pas aux garanties existant dans le cadre d'un accord obligatoire d'entreprise. Ce dernier ne peut être modifié par le dispositif de la présente loi en raison même de son caractère obligatoire. Il faut cependant souligner que ces accords concernent essentiellement de grandes entreprises pour lesquelles on peut penser que très peu de salariés rempliront les conditions de ressources de la CMU.

*

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur prévoyant que la couverture maladie universelle ne constituait pas un motif de rupture des contrats existants et de résiliation des garanties qu'ils offrent.

En conséquence, un amendement de Mme Gilberte Marin-Moskovitz prévoyant que les personnes bénéficiaires de la couverture

maladie universelle pourraient obtenir la résiliation immédiate des contrats souscrits est *devenu sans objet*.

Elle a ensuite *adopté* :

- un amendement de précision du rapporteur,
- un amendement de Mme Muguette Jacquaint prévoyant le remboursement des cotisations ou primes afférentes aux contrats rompus, au prorata de la durée contractuelle restant à courir.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Denis Jacquat appliquant aux accords collectifs obligatoires d'entreprise les mêmes règles qu'aux autres contrats.

Le **paragraphe II** complète l'article 9 de la loi 89-1009 du 31 décembre 1989 précitée pour tenir compte de la dispense d'avance de frais des bénéficiaires de la CMU visés à l'article L. 861-1 nouveau du code de la sécurité sociale. Cet article 9 prévoit en effet que le montant des remboursements ou indemnisations pris en charge par les couvertures complémentaires ne peuvent dépasser le montant des frais restant à la charge de la personne concernée.

Dans le cas des bénéficiaires de la CMU, en application de la règle de dispense d'avance de frais, cette règle s'applique avant que cette dispense ne soit effectuée, ce qui relève d'une simple logique comptable.

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur.

La commission a *adopté* l'article 21 ainsi modifié.

Article 22

(Article L. 162-5-2 du code de la sécurité sociale)

Tarifs pratiqués par les médecins conventionnés en faveur des bénéficiaires de la CMU

Cet article complète le paragraphe II de l'article L. 162-5-2 du code de la sécurité sociale relatif au contenu de l'annexe à la ou aux conventions passées entre les caisses d'assurance maladie et les médecins généralistes et spécialistes. Il prévoit l'impossibilité, pour les médecins conventionnés, quel que soit leur secteur (I et II), de pratiquer un dépassement de tarif de leurs honoraires, rémunérations et frais accessoires à l'égard des bénéficiaires de la CMU. Cette impossibilité pourra toutefois être levée exceptionnellement

« *en cas d'exigence particulière du patient* ». Il peut s'agir, par exemple, du supplément d'honoraires pour les visites à domicile ou de nuit.

Cette disposition suppose que les médecins pourront vérifier que leur patient est bien bénéficiaire de la CMU. Cette vérification pourra se faire soit au moyen de la carte d'assuré social, où figurerait une mention du type « ALD », actuellement portée sur la carte d'assuré des personnes souffrant d'une affection de longue durée leur permettant de bénéficier, pour les soins relatifs à cette maladie, d'une couverture à 100 %, soit au moyen de la carte informatisée Sesam-Vitale. Une carte spécifique pour les bénéficiaires de la CMU pourrait aussi être créée mais elle présenterait l'inconvénient de stigmatiser les personnes concernées.

*

La commission a *rejeté* un amendement de suppression de cet article présenté par M. Jean-Luc Prével.

Elle a *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur, puis l'article 22 ainsi modifié.

Article 23

(Article L. 165-1 nouveau du code de la sécurité sociale)

Accords entre les organismes d'assurance maladie, les organismes complémentaires et les distributeurs de dispositifs médicaux à usage individuel

Le titre actuel du chapitre V du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est actuellement consacré à l'« *appareillage* ». Le présent article lui substitue le titre plus adéquat de « *dispositifs médicaux à usage individuel* » et crée un article nouveau mettant en place un dispositif ayant pour objet de réduire les tarifs des dispositifs médicaux à usage individuel. Il convient de rappeler, ainsi que le précise l'article L. 665-3 du code de la santé publique, que l'on entend par dispositif médical « *tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine (...) destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont la fonction voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens* ».

Plus concrètement, il s'agit de produits destinés à des fins de diagnostic, de prévention ou de traitement d'une maladie, d'une blessure ou d'un handicap. Ils peuvent aussi être destinés à l'étude, au remplacement ou à la modification de l'anatomie ou d'un processus physiologique, voire à la maîtrise de la conception (diverses prothèses, « pacemaker », stérilet...).

- Le premier alinéa de l'article L. 165-1 nouveau donne la faculté aux organismes d'assurance maladie ainsi qu'aux organismes complémentaires de conclure, ensemble ou

individuellement, avec les distributeurs de dispositifs médicaux à usage individuel des accords nationaux ou régionaux sur les prix maximum et les modalités de dispenses d'avance de frais pouvant être pratiqués. Ce dispositif est donc facultatif ; toutefois la forte contrainte posée au troisième alinéa du présent article lui donne un caractère très incitatif. Il pourra donc s'agir d'accords avec tout distributeur de ces dispositifs, tels que le pharmacien, mais aussi l'opticien pour une paire de lunettes ou le vendeur spécialisé de chaise roulante, au profit de l'ensemble des assurés. Les accords ont de fait pour objectif de fixer des prix maximum ainsi que les modalités de paiement direct entre les caisses, les organismes complémentaires et les distributeurs pour permettre aux assurés d'être dispensés de l'avance de frais.

On peut se demander cependant comment pourront se concilier des accords locaux avec des accords nationaux. Il en résultera vraisemblablement des situations inégales par région ou département en fonction de l'existence, ou de l'inexistence, de tels accords.

- Le deuxième alinéa définit le contenu obligatoire de ces accords qui devront au moins comporter des dispositions spécifiques en faveur des bénéficiaires de la CMU. Pour les dispositifs médicaux visés par la liste prévue à l'article L. 861-3 nouveau, crée par l'article 20 du présent projet, pour lesquels un arrêt interministériel aura fixé un tarif maximum de remboursement, les accords devront prévoir :

- soit l'engagement du distributeur de proposer, dans la gamme d'une catégorie de dispositifs, un produit dont le prix sera inférieur ou égal au tarif précité ;

- soit la fixation pour une catégorie de dispositifs du tarif maximal qui sera facturé au bénéficiaire de la CMU.

On peut penser que seuls certains dispositifs médicaux feront l'objet de ces accords. La lunetterie fait partie des priorités sanitaires des personnes qui devraient bénéficier de la CMU. La dernière enquête du CREDES⁵ sur la santé et la protection sociale en France en 1997 montre, en effet, que le port de lunettes est beaucoup plus élevé dans les ménages de cadre supérieur (56 %) que dans les ménages d'ouvrier non qualifié où il concerne un tiers des personnes alors que sur l'ensemble de la population, 41 % des hommes et 51 % des femmes portent des lunettes. Une autre priorité pourrait être donnée aux prothèses auditives. La même enquête indique que moins de 6 % des personnes de 65 ans ou plus portent une prothèse auditive alors que 21 % de ces personnes souffrent de surdité. Le facteur économique - le coût de ces prothèses - ainsi que l'absence de diagnostic précoce font en effet obstacle à une meilleure prise en charge des personnes aux revenus modestes.

Le présent article assure donc la traduction de l'article L. 861-3 précité au niveau des tarifs pratiqués par les distributeurs de dispositifs médicaux à usage individuel en faveur des futurs bénéficiaires de la CMU. Les auteurs du projet de loi espèrent que la dynamique ainsi créée en faveur de prix plus bas sera étendue à l'ensemble de la population.

- Le troisième alinéa dispose qu'en l'absence d'accord entre les caisses d'assurance maladie, les organismes complémentaires et les distributeurs de dispositifs médicaux à usage individuel, ou lorsque les accords passés ne rempliront pas les objectifs déterminés par l'alinéa précédent, l'Etat se substituera aux parties. Il fixera alors les prix ou les plafonds de coût pour les dispositifs de la liste précitée de manière unilatérale sous la forme d'arrêtés qui s'imposeront aux distributeurs. Ces derniers sont donc fortement incités à la négociation avec les caisses et les organismes complémentaires.

⁵ Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé - Résultats de l'enquête publiés en février 1999.

Toutefois, on peut s'interroger sur la portée de ces arrêtés : s'ils sont pris à l'échelon national, se substitueront-ils aux éventuels accords passés au niveau local pour une catégorie de dispositifs médicaux, même si ces accords locaux prévoient des dispositions plus favorables ? Les arrêtés nationaux seront-ils pris seulement dans les zones géographiques où aucun accord n'aura été conclu ? L'autorité administrative locale, en l'occurrence le préfet, aura-t-elle autorité pour prendre l'initiative de tels accords sans que soit définie une approche nationale ?

Par ailleurs, il convient de souligner le caractère quelque peu imprécis des circonstances d'intervention unilatérale de l'Etat lorsque qu'il estime que les accords existants ne répondent pas aux objectifs visés par le présent article.

Enfin, des interrogations subsistent sur la conformité de ce dispositif à l'égard du droit européen. Pourrait en effet se poser le problème du respect des principes de libre circulation des biens et de libre prestation des services par les accords tarifaires nationaux ou locaux prévus par le présent article.

Le quatrième et dernier alinéa prévoit qu'en cas d'infraction à ces arrêtés, c'est-à-dire en cas de non-respect des prix ou des plafonds qui pourront être fixés par l'Etat, des fonctionnaires pourront être habilités par le ministre chargé de l'économie et disposer des larges pouvoirs d'enquêtes prévus par le titre VI de l'ordonnance n° 86-1243 du 1^{er} décembre 1986 relative à la liberté des prix et de la concurrence.

*

La commission a *rejeté* un amendement de suppression de cet article présenté par M. Jean-Luc Prével, ainsi qu'un amendement de M. Denis Jacquat excluant les organismes d'assurance maladie du champ d'application de cet article.

Elle a *adopté* un amendement de Mme Muguette Jacquaint prévoyant que les accords comporteraient notamment des dispositions relatives à la qualité des soins, **le rapporteur** ayant souligné que le texte n'était pas limitatif mais que la référence à la qualité des soins était utile.

Du fait de cette adoption, un amendement de M. André Aschieri, dont l'objet était similaire, a été *retiré* par son auteur au profit de l'amendement de Mme Muguette Jacquaint.

M. Denis Jacquat a *retiré* un amendement supprimant le principe d'un arrêté ministériel en cas d'absence d'accord.

Mme Muguette Jacquaint a *retiré* un amendement prévoyant que les accords sont soumis à l'approbation de l'Agence de sécurité sanitaire, après que **le rapporteur** eut fait remarquer que l'Agence n'avait pas de compétence en ce domaine.

La commission a *adopté* l'article 23 ainsi modifié.

Article 24

(Article L. 162-9 du code de la sécurité sociale)

Tarifs pratiqués par les chirurgiens-dentistes conventionnés en faveur des bénéficiaires de la CMU

Cet article complète l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale en ce qui concerne la convention passée entre les caisses d'assurance maladie et les chirurgiens dentistes. Il prévoit que pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale, les tarifs, honoraires et frais accessoires dus aux chirurgiens-dentistes, lorsqu'ils sont susceptibles de faire l'objet d'un dépassement, seront plafonnés par la convention pour les bénéficiaires de la CMU. A défaut de disposition conventionnelle, ces plafonds seront fixés par arrêté interministériel, ce qui constitue, pour les caisses et les chirurgiens-dentistes, une forte incitation à négocier.

Ce dispositif traduit donc le contenu de la couverture complémentaire CMU tel qu'il a été défini par l'article L. 861-3 nouveau, créé à l'article 20 du présent projet, qui a prévu des remboursements minima spécifiques pour les bénéficiaires de la CMU se situant au-delà des tarifs de responsabilité de droit commun pour les soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dento-faciale.

*

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prével supprimant cet article.

Elle a *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur puis l'article 24 ainsi modifié.

CHAPITRE 2

Dispositions financières

Article 25

(Article L. 861-10, L. 861-11, L. 861-12, L. 861-13, L. 861-14, L. 861-15, L. 861-16, L. 861-17 nouveaux du code de la sécurité sociale)

Création du fonds de financement de la protection complémentaire

Le présent article, volet essentiel du texte, prévoit les modalités de financement de l'assurance complémentaire, dont la gestion est confiée à un fonds, unique, créé sous la forme d'un établissement public administratif.

Article L. 861-10 du code de la sécurité sociale

Création du fonds de financement

Cet article du code de la sécurité sociale crée le « fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie » et en fixe le statut. Par similitude avec le dispositif retenu par la loi n° 93-936 du 22 juillet 1993, relative aux pensions de retraite et à la sauvegarde de la protection sociale, qui a instauré le fonds de solidarité vieillesse (FSV), le présent article retient la forme juridique d'établissement public de l'Etat (articles L. 135-1 et R. 135-1 du code de la sécurité sociale pour le FSV), à caractère administratif – ce qui s'impose : le fonds n'a pas une activité commerciale et, *a fortiori*, il n'exerce pas une mission industrielle. Le fonds aura donc des règles de fonctionnement et des personnels relevant d'un statut de droit public. L'article L.861-10 renvoie au décret le soin de fixer :

- la composition du conseil d'administration, dont il est simplement précisé qu'il est composé de « représentants de l'Etat », ce qui est aussi le cas pour le conseil d'administration du FSV. Même si une telle précision relève du domaine du règlement plutôt que de celui de la loi, le texte du projet implique que le président du fonds soit un « représentant de l'Etat » alors que l'article R. 135-2 ne comporte pas une telle mention s'agissant du conseil d'administration du FSV. En toute hypothèse, les modalités concrètes de la composition des organes dirigeants d'un établissement public relèvent du pouvoir réglementaire ;

- la composition du conseil de surveillance « comprenant notamment des membres du Parlement, des représentants d'associations..., des représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie et des représentants des organismes de prestation sociale complémentaire ». A titre de comparaison, le conseil de surveillance du FSV - qui n'inclut pas de représentants d'associations – est composé de 23 membres dont quatre parlementaires (article R. 135-6 du code de la sécurité sociale), et il est conforme à la tradition que deux députés et deux sénateurs soient présents dans ce type d'organes. Toutefois, cette comparaison trouve ses limites : le FSV n'a pas vocation à gérer des prestations avec d'autres partenaires, en particulier des partenaires privés. Au contraire, la logique partenariale qui prévaut en ce qui concerne le présent projet doit conduire à faire entrer dans la composition du conseil d'administration l'ensemble des parties prenantes à la couverture complémentaire. Si cela était fait, ou pourrait, dès lors, supprimer le conseil de surveillance dont l'existence ne se justifie que pour permettre la représentation des organismes concernés : mutuelles, sociétés d'assurance, secteur associatif...

- les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds. Il convient de lire cette mention dans son acception la plus large : le dispositif légal, identique pour le FSV, a fondé des dispositions réglementaires sur :

- * le défraiement des membres du conseil d'administration ;
- * la fréquence minimale de ses réunions (deux fois par an) ;
- * la fixation de ses missions ;
- * le principe de l'approbation de certaines décisions par les autorités de tutelle. Alors que pour le FSV, celles-ci sont à la fois le ministre chargé de la sécurité sociale et celui du budget, on peut se demander, compte tenu de la nature du fonds, si celui-ci doit ici tenir le même rôle ou si la présence d'un représentant de « Bercy » au sein du conseil d'administration ne constitue pas, en soi, une garantie suffisante ;
- * les conditions de nomination et le rôle dévolu au directeur ;
- * l'existence d'un agent comptable et la définition de son rôle. La nature juridique d'établissement public administratif et la présence de l'agent comptable impliquent la compétence de la Cour des comptes ;
- * la communication d'informations au Fonds par les caisses.

On le voit donc, la notion même de « conditions de fonctionnement et de gestion » a reçu une application très large.

Il faut, en outre, observer que la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a prévu, s'agissant du FSV, la possibilité pour celui-ci de recruter « à titre dérogatoire des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale », alors qu'une disposition similaire ne figure pas dans le présent article.

*

La commission a examiné un amendement du rapporteur visant, dans une optique partenariale, à compléter la composition du conseil d'administration en l'ouvrant à l'ensemble des parties intéressées : membres du Parlement, représentants d'associations œuvrant dans le domaine social, représentants des régimes obligatoires d'assurances maladie, des mutuelles et des assurances et, de ce fait, à supprimer le conseil de surveillance.

Le rapporteur a souligné qu'il n'est pas conforme à la logique partenariale que ce conseil d'administration ne soit composé que de représentants du Gouvernement. Il convient par ailleurs de supprimer le conseil de surveillance qui n'interviendra que comme un « théâtre d'ombre ».

M. Denis Jacquat a observé que, lorsqu'il avait lui-même eu la charge de présider un conseil de surveillance d'une caisse nationale, il avait relevé que les pouvoirs publics ne permettaient pas toujours à cette institution de fonctionner dans des conditions optimales. Pour autant, ces organismes sont souvent très actifs. D'autres parlementaires ont également noté l'existence du phénomène d'obstruction au travail de ce type d'organisme.

M. Bruno Bourg-Broc s'est interrogé sur les modalités exactes de composition du conseil d'administration et sur le nombre des membres prévus.

Le rapporteur a indiqué qu'un décret pris en application de la loi portant création de la couverture maladie universelle permettrait de déterminer de manière précise ces modalités concrètes, qui ne relèvent pas du domaine de la loi et a souligné l'intérêt qu'il y a à créer un lieu dans lequel puissent se rencontrer les différents acteurs, en particulier tous les « tiers payeurs ».

La commission a *adopté* cet amendement.

La commission a ensuite examiné un amendement du rapporteur prévoyant qu'un fonds d'accompagnement pourra être créé pour la protection complémentaire des personnes situées juste au-dessus du plafond d'accès à l'assurance complémentaire gratuite.

Le rapporteur a indiqué que, pour atténuer l'effet de seuil, il convenait d'ouvrir un dispositif d'accompagnement à la couverture complémentaire permettant aux organismes complémentaires de créer, au sein du fonds de financement de la couverture complémentaire, un fonds en faveur de la couverture complémentaire des personnes dont les ressources se trouvent juste au-dessus de ce seuil. Ce fonds pourrait être alimenté par les contributions volontaires des organismes complémentaires. Il appartiendrait au conseil d'administration du fonds de financement d'en définir les modalités d'intervention.

Cet amendement, de grande importance, permet d'inciter fortement les acteurs complémentaires à traiter la question de la couverture complémentaire des personnes se situant au-dessus du seuil. Les acteurs complémentaires auront la charge de vérifier que l'ensemble de ces personnes sont effectivement couvertes. Dans le cas contraire, les débats sur la question des seuils risquent de se poser de manière récurrente d'année en année. Cet amendement a donc une valeur de message adressé à l'attention des acteurs complémentaires qui disposent, pour certains d'entre eux, on le sait, de moyens financiers importants. Alors que les régimes de base enregistrent régulièrement des déficits, bon nombre de régimes complémentaires accumulent, quant à eux, des excédents qu'ils placent sur les marchés financiers. Ils pourraient donc développer une dimension de solidarité de leurs activités. Il y va de leur propre intérêt.

Le président Jean Le Garrec a relevé que l'amendement présenté par le rapporteur allait dans le bon sens puisqu'il permettait de consolider la capacité des acteurs complémentaires à offrir un service de qualité aux assurés.

Mme Mugette Jacquaint a considéré que cette question des seuils était d'une importance majeure pour permettre à tous de bénéficier d'une couverture complémentaire de bonne qualité. Les acteurs complémentaires, qui disposent d'un matelas financier appréciable, peuvent

indéniablement contribuer davantage à l'effort de solidarité. D'une manière générale, il aurait été intéressant de proposer qu'une taxation des revenus financiers serve à financer la CMU.

M. Marcel Rogemont s'est interrogé sur la place des mutuelles dans le dispositif proposé : ces mutuelles, qui paraissaient plutôt favorables à la mise en place d'un fonds entre elles, accepteront-elles de contribuer au fonctionnement d'un fonds de caractère universel, peu motivant ? Le texte, en effet, prévoit l'unicité du fonds.

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia s'est interrogée sur la question de savoir si l'amendement propose que chaque mutuelle crée son propre fonds ou si l'ensemble des mutuelles participent à un fonds commun.

Après avoir souligné qu'il s'agissait bien d'un fonds unique, **le rapporteur** a expliqué qu'il n'était nullement question d'écarter de cette démarche l'une ou l'autre des familles d'acteurs complémentaires, même si telle ou telle catégorie de ces acteurs pouvait en effet décider de fournir un effort plus conséquent en la matière. L'amendement proposé a le mérite essentiel de poser le débat et d'inciter ces acteurs à aborder de façon déterminée la question des seuils.

Après que **M. Denis Jacquat** eut noté que les fonds d'action sociale de différents organismes – tels que la Mutualité sociale agricole par exemple – étaient souvent dépourvus de moyens financiers suffisants et ne pouvaient dès lors intervenir efficacement faute de moyens, **le rapporteur** a proposé de modifier son amendement en supprimant les mots « d'action sociale ». En effet, le fonds devant être créé pourrait plus logiquement s'intituler « fonds pour l'accompagnement à la protection complémentaire des personnes ».

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia a exprimé son accord de principe sur l'adoption de l'amendement sous la condition qu'il puisse être encore amélioré.

Le président Jean Le Garrec a indiqué que cet amendement important pourrait être précisé et complété au fil des lectures.

La commission a *adopté* l'amendement

Article L. 861-11 du code de la sécurité sociale

Dépenses du fonds

Cet article du code de la sécurité sociale énumère les dépenses du fonds :

a) versement aux organismes de sécurité sociale d'un montant équivalent à la charge que représente, pour eux, la couverture complémentaire (article L. 861-4 a du code de la sécurité sociale). Il s'agira donc d'un calcul forfaitaire tenant compte du coût moyen que représente un affilié multiplié par le nombre de personnes prises en charge.

b) versement aux mutuelles et aux assurances des sommes qui leur sont dues en application de l'article L. 861-15, commenté ci-dessous.

c) frais de gestion administrative du fonds.

Article L. 861-12 du code de la sécurité sociale

Recettes du fonds

Cet article du code de la sécurité sociale énumère les recettes du fonds :

a) versement dus par les mutuelles et les assurances de la contribution de 1,75 % prévue par l'article L.861-13, commenté ci-dessous,

b) dotation d'équilibre de l'Etat.

Deux remarques peuvent ici être faites :

- S'agissant d'une énumération limitative, le recours à toute autre ressource, comme l'emprunt ou les produits de placement est prohibé.

- Rien n'indique que l'équilibre du fonds doit, en toute hypothèse, être assuré et que la subvention « d'équilibre » aboutit systématiquement à l'équilibre financier du fonds. Une telle disposition figure, en revanche, s'agissant des règles régissant le FSV. En effet, le dernier alinéa de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale dispose que : « *Si le montant des recettes (ainsi) définies est inférieur aux dépenses visées à l'article L. 135-2, le Gouvernement soumet au Parlement les dispositions nécessaires pour assurer l'équilibre financier du fonds* ». Cette formule d'ailleurs n'est pas exempte de tout reproche juridique : les « dispositions » en cause pourraient ne pas relever du domaine de la loi et on voit mal le Gouvernement « soumettre » au Parlement des mesures sur lesquelles il ne serait pas appelé à émettre un vote. En revanche, s'il s'agit du dépôt d'un projet de loi, cette disposition s'apparente alors à une injonction, dont la constitutionnalité est alors douteuse. Toutefois, en dépit de ces remarques, il faut souligner que le grand mérite de cette formule est qu'elle contraint le FSV à l'équilibre financier, ce que le présent texte ne prévoit pas s'agissant du fonds de financement.

Il convient donc, en toute hypothèse, de mentionner dans la loi le principe même de l'équilibre financier du fonds. En effet, la subvention budgétaire d'équilibre ne peut être fixée qu'en fonction d'une estimation du produit de la contribution due par les mutuelles et les compagnies d'assurance, probablement au moyen de crédits évaluatifs. Or ce produit peut varier en fonction de nombreux éléments, parmi lesquels l'activité d'assurance maladie complémentaire de ces entreprises. La subvention ne peut donc qu'être fixée *ex-ante*, et devra donner lieu, si le principe d'équilibre financier est impératif, à une régularisation *ex-post*. Aussi il

paraît indispensable que ce principe figure bien dans la loi, de manière à rendre cette régularisation systématique.

*

La commission a *rejeté* un amendement présenté par M. Jean-Luc Prével tendant à modifier les conditions de gestion de la couverture complémentaire.

La commission a *rejeté* trois amendements présentés, l'un par M. Denis Jacquat, les deux autres par M. Jean-Luc Prével, tendant à modifier les ressources du fonds, en supprimant la contribution des organismes complémentaires et la dotation budgétaire de l'Etat.

La commission a ensuite *rejeté* deux amendements respectivement présentés par MM. Denis Jacquat et Jean-Luc Prével, tendant à financer le fonds exclusivement par une dotation budgétaire de l'Etat.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Jacqueline Fraysse tendant à instituer, au profit du fonds, une cotisation sociale sur les revenus financiers des entreprises.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur complétant l'article L. 861-12 du code de la sécurité sociale en précisant que le solde des dépenses et des recettes du fonds doit être nul.

Article L. 861-13 du code de la sécurité sociale

Contribution due par les organismes de la protection complémentaire

Cet article du code de la sécurité sociale établit une contribution assise sur les activités « santé » des mutuelles et des compagnies d'assurance. Bien que son versement puisse être diminué du fait de l'activité de ces entreprises au titre de la couverture complémentaire qu'elles assurent, et, donc, que la participation de ces entreprises aux mécanismes de la loi leur permette de s'exonérer, totalement ou partiellement, de leur obligation, cette « contribution » paraît constitutive d'une imposition de toute nature, dans la mesure où la loi en fixe le taux, l'assiette et les modalités de recouvrement. Le I du présent article du code de la sécurité sociale prévoit que la contribution est due par les mutuelles – y compris la MSA – et par l'ensemble des compagnies d'assurance et qu'elle est assise sur la totalité des cotisations – hors taxes – que celles-ci perçoivent des affiliés au titre de la protection complémentaire en matière de santé, activité réalisée en France. Le versement de la contribution est trimestriel, son taux est de 1,75 %.

Une ambiguïté paraît exister s'agissant de la prise en compte, à ce titre, des contrats ou parties de contrats portant sur l'invalidité ou le versement d'indemnités journalières, que le débat devrait permettre de lever.

Les personnes prises en charge au titre de la CMU par ces organismes ouvrent à leur profit la possibilité de déduction du montant de la contribution, à concurrence de 1 500 francs par an et par personne prise en charge (375 francs par trimestre). Toute personne prise en charge par un organisme d'assurance ou de mutuelle, au titre de la couverture complémentaire, donne donc lieu à une réduction de l'impôt dû par l'entreprise.

*

La commission a *rejeté* deux amendements, de MM. Denis Jacquat et Jean-Luc Prével, tendant à supprimer cet article qui instaure une contribution de 1,75 % à la charge des mutuelles et compagnies d'assurance.

Mme Mugnette Jacquaint a présenté un amendement tendant à faire porter les prélèvements sur les réserves spéculatives plutôt que sur la part du chiffre d'affaires consacrée à la santé.

Le rapporteur a souligné que cette suggestion n'était pas dénuée d'intérêt mais que la notion de réserve facultative, visée par l'amendement, n'était pas stable, tant que la réflexion en cours sur la transposition de la directive européenne n'était pas achevée.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné en discussion commune :

- deux amendements de MM. Denis Jacquat et Bernard Accoyer renvoyant au décret le soin de fixer la somme déductible, par les organismes complémentaires, de leur contribution ;

- un amendement de M. Denis Jacquat portant cette somme de 375 francs à 600 francs.

Le rapporteur a convenu qu'il n'était pas nécessaire de fixer ce montant dans la loi.

La commission a *adopté* le premier amendement de M. Denis Jacquat, l'amendement de M. Bernard Accoyer et le deuxième amendement de M. Denis Jacquat *devenant sans objet*.

Article L. 861-14 du code de la sécurité sociale

Recouvrement de la contribution

Cet article du code de la sécurité sociale fixe les conditions de versement des sommes dues par les entreprises assujetties au titre du paiement de la cotisation, et, inversement, du reversement par le fonds des

sommes dues aux entreprises qui prennent en charge des personnes au titre de la couverture complémentaire.

Les organismes compétents ne sont pas définies avec une grande précision : il s'agit des organismes chargés du recouvrement des cotisations « territorialement compétents, désignés par décret ». L'une au moins de ces mentions est superflète : si l'on peut comprendre qu'il soit dérogé au principe de la compétence territoriale des URSSAF, s'agissant de relations financières avec des entreprises qui peuvent excéder un cadre départemental, seule une désignation dérogatoire des organismes alors concernés devrait intervenir. Il est donc inutile que le décret confirme une compétence de droit commun. Mais le dispositif est rendu plus complexe encore par le quatrième alinéa, lequel prévoit que l'ACOSS peut être désignée pour remplir les missions de perception de la cotisation et de réversion des sommes dues aux organismes assurantiels. Il serait, sans nul doute, plus cohérent de prévoir :

- que la compétence de principe est territoriale

- et que, par dérogation à ce principe, un arrêté peut confier cette compétence à d'autres organismes ou à l'ACOSS.

Le recouvrement a lieu par trimestre, selon les principes qui régissent la perception de la CSG et les cotisations, le défaut de paiement étant susceptible d'entraîner des indemnités de retard (article R. 243-18 du code de la sécurité sociale) et le contrôle étant fait par les URSSAF (article L. 136-5 du code de la sécurité sociale).

*

La commission a *rejeté* deux amendements de conséquence de MM. Jean-Luc Prél et Denis Jacquat tendant à supprimer cet article.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur tendant à préciser qu'il ne peut y avoir qu'une seul organisme chargé du recouvrement des cotisations et qu'à défaut de compétence territoriale, celle-ci peut être dévolue à un autre organisme y compris l'ACOSS, par un arrêté.

Article L. 861-15 du code de la sécurité sociale

Remboursement de contribution

Cet article du code de la sécurité sociale prévoit le principe du remboursement de la différence éventuelle entre la contribution due par une entreprise assurantielle et la déduction due à celle-ci lorsqu'elle prend en charge la couverture complémentaire, si cette déduction est supérieure au montant dû. Ici encore, le principe de trimestrialisation a été retenu, le

versement se faisant au plus tard le dernier jour du mois suivant la demande. Les destinataires des versements sont les organismes demandeurs.

*

La commission a *rejeté* deux amendements de conséquence présentés respectivement par M. Denis Jacquat et M. Jean-Luc Prél, tendant à supprimer l'article.

Article L. 861-16 du code de la sécurité sociale

Contrôle des organismes de gestion

Cet article du code de la sécurité sociale fixe :

- les principes du contrôle, par le fonds, des dépenses réalisées par les caisses et par les organismes d'assurance au titre de la couverture complémentaire,

- l'obligation faite aux organismes d'assurance de désigner un responsable, chargé des obligations déclaratives et du versement des sommes dues,

- le principe de communication des informations nécessaires à l'établissement de l'impôt par les organismes prestataires. Il convient cependant d'observer que l'absence de communication n'est pas assortie, dans le texte, de sanctions en cas de défaut de communication ou de communication tardive.

*

La commission a *rejeté* trois amendements de conséquence de M. Jean-Luc Prével et deux amendements de cohérence de M. Denis Jacquat.

Article L. 861-17 du code de la sécurité sociale

Création d'associations de gestion

Cet article du code de la sécurité sociale prévoit la possibilité pour les entreprises et mutuelles concernées par le texte de cet article, de constituer des associations agréées par l'Etat pour gérer en commun les obligations et droits liés à la cotisation :

- le versement de la contribution
- la perception des remboursements
- la communication des données permettant d'établir le montant de l'impôt dû.

Dans cette hypothèse, basée sur le volontariat, c'est l'association qui gère ces obligations au lieu et place des organismes qui y adhèrent. La souplesse ainsi offerte aux organismes en cause est, naturellement, positive. Elle justifie, par exemple, que les organismes chargés du recouvrement ne soient pas désignés uniquement en fonction d'une compétence territoriale.

En conclusion, il convient d'ajouter que le contrôle du Parlement sera total sur le nouvel organisme créé par le présent article et sur les conditions de perception de la cotisation et de reversement des sommes dues aux mutuelles et aux compagnies d'assurances. Outre la présence de parlementaires dans le conseil d'administration du fonds, souhaitée par le rapporteur, l'inclusion de son activité dans le champ de compétences de la Commission des comptes de la sécurité sociale et de la Cour des comptes, il convient de rappeler que le fonds est un « organisme créé pour concourir au financement » d'un régime obligatoire de base, et donc, à ce titre, que la loi de financement doit en prévoir les recettes (article L.O. 111-3-I, 2° du code de la sécurité sociale) et autoriser le recours éventuel à l'emprunt (même référence, 5°), que le présent texte, en toute hypothèse, paraît exclure dès lors que le principe de l'équilibre financier du fonds sera clairement affirmé.

*

La commission a *rejeté* un amendement de conséquence de M. Jean-Luc Prével.

La commission a *adopté* l'article 25 ainsi modifié.

CHAPITRE 3

Dispositions transitoires

Article 26

Régime transitoire pour les titulaires actuels de l'aide médicale

Cet article aménage un régime de transition pour les titulaires de l'aide médicale au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, c'est-à-dire au 1^{er} janvier 2000. Ces personnes bénéficieront automatiquement de la couverture complémentaire CMU, telle qu'elle est définie à l'article L. 861-3 nouveau du code de la sécurité sociale, même si elles n'en remplissent pas tous les critères d'attribution jusqu'à ce qu'expire leur droit à l'aide médicale, qui est attribué pour une durée de un an, et en tout état de cause jusqu'au 31 mars 2000.

Ces délais permettront à ces personnes mais aussi aux caisses d'assurance maladie de mieux gérer la transition entre l'ancien régime de l'aide médicale, réformé aux articles 30 et 31 du présent projet, et celui de la CMU.

Pour informer les personnes concernées par l'un ou l'autre de ces régimes, des campagnes d'information seront menées en leur direction à l'initiative, notamment, des caisses d'assurance maladie et des conseils généraux, ainsi que le prévoit le projet de protocole d'accord avec l'Assemblée des présidents de conseils généraux (APCG).

Rien n'est cependant expressément prévu pour désigner l'organisme gestionnaire de la couverture complémentaire de ces personnes pendant cette période transitoire.

*

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur tendant à repousser l'échéance inscrite dans l'article 26 du projet du 31 mars au 30 juin 2000.

En conséquence, un amendement présenté par Mme Muguette Jacquaint prévoyant le maintien de la prise en charge des personnes tant qu'elles remplissent les conditions fixées par le département est *devenu sans objet*.

La commission a *adopté* l'article 26 ainsi modifié.

Article 27

Habilitation des caisses d'assurance maladie à la mise en place d'un fichier informatisé de données nominatives

Afin de mettre en œuvre l'article précédent et de procéder au basculement du régime de l'aide médicale à celui de la CMU, les organismes d'assurance-maladie sont habilités à constituer un fichier informatisé de données nominatives, dans le respect des règles posées par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, couramment appelée « loi informatique et libertés ». Ils recueilleront à cet effet les informations actuellement détenues par l'Etat et les départements.

Il faut cependant souligner qu'une grande partie de ces informations étaient déjà détenues par les caisses d'assurance-maladie puisqu'elles géraient, pour le compte de l'Etat, l'aide médicale des sans domicile fixe ainsi que les remboursements des soins aux professionnels de santé pour les titulaires de l'aide médicale départementale, en accord avec les conseils généraux.

*

La commission a *rejeté* un amendement de suppression de l'article présenté par M. Denis Jacquat et un amendement de M. Bernard Accoyer prévoyant un rapport d'application du dispositif institué par cet article.

La commission a *adopté* l'article 27 sans modification.

CHAPITRE 4

Dispositions diverses

Article 28

(chapitre 3 nouveau du titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale,
article L. 861-18 nouveau du même code)

Dispositions réglementaires pour l'application du titre II

Cet article crée un chapitre 3 au titre VI nouveau créé par le présent titre II du projet de loi. Ce chapitre, intitulé « *Dispositions d'application* », se compose d'un seul article L. 861-18 nouveau qui prévoit que l'ensemble des mesures d'application des articles contenus dans le titre II, soit les articles 20 à 27, feront l'objet de décrets en Conseil d'Etat.

*

La commission a adopté l'article 28 sans modification.

Article 29

(Article L. 371-8 à L. 371-11 du code de la sécurité sociale)

Abrogation de certaines dispositions relatives à l'aide sociale

Par coordination avec la mise en place de la CMU qui réforme l'aide médicale de l'Etat et supprime l'aide médicale départementale, les articles L. 371-8 à L. 371-11 du code de la sécurité sociale qui concernaient certaines dispositions de détail relatives aux bénéficiaires de l'aide sociale sont abrogés.

*

La commission a adopté l'article 29 sans modification.

TITRE III

REFORME DE L'AIDE MEDICALE

Article 30

(Titre III bis du code de la famille et de l'aide sociale
articles 187-1, 187-2, 187-3, 187-4, 188, 189 et 190 nouveaux)

Transfert de compétences des départements à l'Etat en matière d'aide médicale

Cet article procède à une refonte du titre III *bis* du code de la famille et de l'aide sociale consacré aux modalités de l'aide médicale. Les dispositions relatives à l'aide médicale départementale sont supprimées et ne subsistent plus, dans ce titre, que les articles relatifs à la prise en charge par l'aide médicale de l'Etat des personnes n'entrant pas dans le champ de la CMU, parce que ne satisfaisant pas à la condition de résidence stable et régulière. Il s'agit d'une part, des étrangers en situation irrégulière et d'autre part, des personnes non résidentes accueillies pour des raisons humanitaires.

Les étrangers en situation régulière relèvent des règles de droit commun de la CMU.

Il est rappelé que l'aide médicale de l'Etat couvrait précédemment les personnes accueillies pour des raisons humanitaires et celles sans domicile fixe. Ces dernières bénéficieront désormais de la CMU sauf s'il s'agit d'étrangers en situation irrégulière.

Article 187-1 du code de la famille et de l'aide sociale

Personnes prises en charge au titre de l'aide médicale de l'Etat

Cet article définit le champ des personnes susceptibles d'être éligibles à l'aide médicale de l'Etat.

1. Il s'agit tout d'abord des étrangers résidents en situation irrégulière qui relevaient jusqu'ici, le cas échéant, de l'aide médicale départementale, dans des conditions de mise en œuvre qui n'étaient pas toujours satisfaisantes.

Il faut rappeler que cette exception au principe de la régularité du séjour répond à l'obligation de porter secours en cas de besoin urgent ou pour des raisons humanitaires à tout individu en situation de détresse.

Le plafond de ressources en-deçà duquel le droit à l'aide médicale sera ouvert est identique à celui retenu pour bénéficier d'une couverture médicale gratuite, inscrit à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale. L'aide médicale couvre également les ayants droit définis, selon le droit commun, par référence aux articles L. 161-14 et L. 313-3 du même code.

De façon plus générale, à l'exception du transfert de compétences des départements à l'Etat, les règles de l'aide médicale applicables aux étrangers en situation irrégulière ne sont pas modifiées. L'aide médicale permet comme précédemment de couvrir les soins hospitaliers, y compris les consultations externes et, pour les personnes justifiant d'une résidence ininterrompue en France depuis au moins trois ans, également les soins de ville (cf. art. 31-I). Toutefois cette dernière disposition sera désormais applicable dans les départements d'outre-mer puisque la condition de trois ans de résidence n'est plus limitée à la France métropolitaine.

2. Le deuxième alinéa vise à donner une base légale à la prise en charge ponctuelle par l'Etat, sur décision du ministre chargé de l'action sociale, de certaines personnes présentes sur le territoire national et ceci pour des raisons humanitaires.

En réalité, ces dispositions recouvrent deux hypothèses :

- des opérations humanitaires liées à des conflits par lesquelles des personnes gravement malades ou blessées sont accueillies collectivement en France ;

- des cas individuels de Français n'ayant plus de liens avec la France ? rapatriés en raison d'un conflit ou d'une pathologie grave ne pouvant être soignée sur place.

*

Mme Mugette Jacquaint a présenté un amendement supprimant l'attribution de l'aide médicale aux étrangers en situation irrégulière en conséquence de l'amendement tendant à les faire bénéficier de la CMU.

Le rapporteur a souligné l'incompatibilité de la mesure proposée avec les conditions de résidence stable et régulière pour bénéficier de la CMU adoptées à l'article 3 du projet.

La commission a *rejeté* cet amendement.

Mme Gilberte Marin-Moskovitz a présenté un amendement proposant que les étrangers en situation irrégulière se voient reconnaître un droit aux soins que nécessite leur état plutôt qu'un simple accès à ceux-ci, conformément, comme l'a précisé **son auteur**, à la rédaction actuelle de cette disposition dans le code de la famille et de l'aide sociale.

Après que **le rapporteur** eut indiqué qu'il n'y était pas hostile, cet amendement a été *adopté* par la commission.

M. André Aschieri a *retiré* un amendement tendant à introduire la notion de prévention dans le champ des dépenses prises en charge par l'aide médicale, après que **le rapporteur** eut indiqué que cette proposition était satisfaite par les deux amendements identiques suivants, l'un du rapporteur, l'autre de Mme Gilberte Marin-Moskovitz.

La commission a *adopté* ces deux amendements.

Un amendement de M. André Aschieri, prévoyant que la liste des étrangers en situation irrégulière accédant à l'aide médicale sera couverte par le secret médical et que l'anonymat des personnes sera préservé a été *retiré* par son auteur, après que **le rapporteur** eut indiqué que la rédaction de cet amendement était inadaptée.

Article 187-2 du code de la famille et de l'aide sociale

Dépenses prises en charge au titre de l'aide médicale de l'Etat

Cet article énumère les dépenses de soins prises en charge par l'aide médicale. A l'exception de la prise en charge des cotisations d'assurance personnelle par l'aide médicale qui n'a plus d'objet la liste de ces dépenses n'est pas modifiée.

Il est fait référence aux prestations figurant à l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale (soins ambulatoires, frais de transport, IVG, examens médicaux prénuptiaux ...) et à l'article L. 331-2 du même code (prestations en nature de l'assurance maternité).

Sont ainsi pris en charge, totalement ou éventuellement, partiellement pour les personnes accueillies à titre humanitaire, les frais correspondant aux prestations de l'assurance maladie-maternité auxquelles s'ajoute le forfait hospitalier. Cette prise en charge est assortie de la dispense d'avance de frais.

Les règles de l'aide médicale sont alignées sur celles de l'assurance maladie notamment par référence aux tarifs de responsabilité des organismes d'assurance-maladie.

*

La commission a examiné un amendement de M. André Aschieri prévoyant que les vaccinations pour les populations étrangères en situation irrégulière sont prises en charge par l'aide médicale de l'Etat.

Mme Muguette Jacquaint a estimé qu'il serait difficile d'écarter cet amendement qui s'inscrit dans une logique de prévention retenue à l'article précédent.

Après que **le rapporteur** eut admis la logique de cet amendement et indiqué qu'il était irrecevable au regard de l'article 40 de la Constitution, la commission l'a *adopté*.

Article 187-3 du code de la famille et de l'aide sociale

Dépôt de la demande d'aide médicale

Cet article énumère les organismes auprès desquels peuvent être déposées les demandes d'aide médicale. Ce sont les mêmes que précédemment et les mêmes que ceux auprès desquels peut être faite une demande de RMI. Ces demandes doivent être transmises dans le délai de 8 jours.

En application de la convention qui sera signée entre l'Etat et la CNAMTS (cf. art. 31. II) les demandes sont transmises aux CPAM sauf celles relevant de l'aide humanitaire qui sont instruites par les services de l'Etat, la décision relevant du ministre chargé de l'action sociale.

Article 187-4 du code de la famille et de l'aide sociale

Election de domicile

En vertu de cet article les personnes sans domicile fixe et qui ne peuvent bénéficier de la CMU faute par ailleurs d'une résidence stable et régulière devront, comme précédemment et dans les mêmes conditions, élire domicile auprès d'une association agréée, pour pouvoir bénéficier de l'aide médicale de l'Etat.

Article 188 du code de la famille et de l'aide sociale

Admission à l'aide médicale

Cet article confie au représentant de l'Etat dans le département le soin de se prononcer sur l'admission à l'aide médicale des étrangers en situation irrégulière. Cette compétence relevait précédemment du président du conseil général.

Il est rappelé qu'en application du deuxième alinéa de l'article 187-1, en cas d'aide médicale attribuée pour raison humanitaire, la décision relève du ministre chargé de l'action sociale.

Cet article précise que la décision d'admission des étrangers en situation irrégulière peut être déléguée au directeur de la CPAM. Cette possibilité était auparavant une clause pouvant figurer dans les conventions de gestion signées entre les départements ou l'Etat et les caisses d'assurance maladie. Le caractère constitutionnel d'une délégation, par voie conventionnelle d'une compétence légalement attribuée au représentant de l'Etat ou d'une collectivité locale, avait été soulevée au moment du vote de cette disposition et dans le doute la commission des affaires culturelles familiales et sociales de l'Assemblée Nationale avait souhaité limiter la délégation aux cas d'admission de plein droit à l'aide médicale (cf. art. 31. II). Le principe de la délégation est désormais inscrit dans la loi.

L'admission est accordée, comme auparavant, pour un an. Toutefois, il n'a pas paru nécessaire de reconduire la possibilité d'une dérogation à cette durée, dans des cas définis par voie réglementaire, pour prévoir une période plus courte.

Enfin, le principe d'une admission immédiate au bénéfice de l'aide médicale pour les demandeurs dont la situation l'exige est également reconduite. Cette disposition, très important, permet l'ouverture de droits sans délais, par exemple en cas d'hospitalisation.

*

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Muguette Jacquaint transférant la compétence pour accorder l'admission à l'aide médicale de l'Etat du préfet au directeur de la caisse primaire d'assurance maladie.

Article 189 du code de la famille et de l'aide sociale

Obligation alimentaire

Cet article reprend les règles dérogatoires au droit commun de l'aide sociale instaurées pour la mise en jeu de l'obligation alimentaire dans

le cas de l'aide médicale. Ces règles avaient été posées par la loi n° 92-722 du 29 juillet 1992 afin de faciliter l'accès aux soins des bénéficiaires de plein droit de l'aide médicale.

La mise en jeu de l'obligation alimentaire s'opère donc selon un mécanisme qui intervient a posteriori :

- l'appréciation du droit à l'aide médicale se fait à partir des charges et des ressources du demandeur, à l'exclusion des créances alimentaires éventuelles dont il est susceptible de bénéficier ;

- les dépenses engagées peuvent être ultérieurement recouvrées auprès des personnes tenues à la dette alimentaire.

Contrairement au droit commun de l'aide sociale (art. 144 du code de la famille et de l'aide sociale) où ce mécanisme joue, *a priori*, la subsidiarité de l'aide médicale par rapport aux créances alimentaires s'exerce, postérieurement, au moyen d'un recouvrement des prestations prises en charge.

*

La commission a examiné un amendement de suppression de cet article présenté par M. André Aschieri.

M. André Aschieri a estimé que la mise en jeu de l'obligation alimentaire aura comme effet que les personnes concernées risquent de renoncer aux soins pour en éviter les conséquences sur leurs proches.

Le rapporteur a observé que cet amendement supprimait le régime dérogatoire de l'obligation alimentaire existant en matière d'aide médicale et aboutissait donc à rendre applicable les règles de droit commun de l'aide sociale, ce qui va à l'encontre de l'objectif recherché.

L'amendement a été *retiré* par son auteur.

Article 190 du code de la famille et de l'aide sociale

Dispositions financières

Le premier alinéa de cet article opère le transfert de la prise en charge des personnes visées par le présent titre des départements à l'Etat.

Le deuxième alinéa reprend une disposition du code de la famille et de l'aide sociale autorisant le créancier, en l'occurrence l'Etat, à exercer des poursuites contre le tiers responsable du dommage ayant conduit au paiement des prestations d'aide médicale.

*

La commission a *adopté* l'article 30 ainsi modifié.

Article 31

Dispositions de coordination

Cet article tire les conséquences dans le code de la famille et de l'aide sociale et dans le code de la sécurité sociale de la suppression de l'aide médicale départementale.

• **Paragraphe I** - Modification du code de la famille et de l'aide sociale :

- Le 1° supprime la référence au président du conseil général dans l'article 124-2 qui établit les compétences en matière d'aide médicale.

- Le 2° et le 3° suppriment la référence qui subsistait dans certains articles du code aux régimes communaux spéciaux d'aide médicale qui ont été supprimés par la loi n° 92-722 du 29 juillet 1992.

- Le 4° modifie les dispositions de l'article 186 relatives à l'aide médicale des personnes de nationalité étrangère pour tenir compte de la création de la CMU.

Les règles relatives à la prise en charge des soins délivrés aux étrangers en situation irrégulière ne sont pas modifiées autrement que par leur transfert à l'Etat.

- Le 5° est une disposition de coordination.

• **Paragraphe II** - Modification du chapitre II du titre VIII du livre 1^{er} du code de la sécurité sociale : Dispositions relatives aux bénéficiaires de l'aide médicale :

Ce chapitre prévoyait la possibilité de signature entre les départements ou l'Etat et les organismes d'assurance maladie, de conventions de gestion de l'aide médicale par les caisses primaires :

- conventions relatives au remboursement des soins des assurés sociaux bénéficiaires de l'aide médicale (art. L. 182-1 et L. 182-2) ;

- conventions confiant aux CPAM la gestion de l'aide médicale du département (art. L. 182-3) et de l'aide médicale de l'Etat (art. L. 182-4) :

réception des demandes, contrôle des ressources, instruction des dossiers, décision d'admission ou de refus.

La convention nationale pour la gestion de l'aide médicale de l'Etat a été signée le 9 mai 1995 par le ministère concerné et les représentants des caisses avec l'objectif de mettre en place un interlocuteur unique pour les personnes relevant de l'aide médicale de l'Etat.

Ce chapitre ne comprend désormais plus qu'un article relatif à la passation de la convention de gestion pour l'aide médicale de l'Etat.

Il reprend le dispositif précédant sous réserve de certaines modifications :

- suppression de la mention de la délégation aux directeurs des caisses de la compétence d'admission à l'aide médicale, puisque cette possibilité de délégation est désormais inscrite dans le nouvel article 188 du code de la famille et de l'aide sociale, afin de lui donner un fondement juridique plus solide et suppression consécutive de la limitation de la délégation de gestion aux admissions plein droit à l'aide médicale (cf. article 30) ;

- passation de la convention avec la seule CNAMTS et non plus avec la Caisse centrale de secours mutuels agricoles et la Caisse nationale de l'assurance maladie-maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles car ceci n'a plus d'objet ;

- suppression de l'alinéa précisant que la convention détermine les modalités de versement des frais de gestion aux organismes d'assurance maladie en raison de la nature réglementaire de cette disposition.

Enfin la nouvelle rédaction donnée à ce chapitre abroge l'article L. 182-5 relatif à la transmission de données informatiques nécessaires à l'établissement de l'aide médicale entre les caisses et les collectivités publiques. En effet les caisses primaires assurant à la fois l'ouverture du droit et la gestion de l'aide médicale cette disposition destinée à permettre l'échange de données quand ces deux compétences relèvent d'autorités différentes n'a plus d'utilité.

*

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur.

Un amendement de M. André Aschieri visant à garantir que l'aide médicale à domicile demeure attribuée aux personnes de nationalité étrangère a été *retiré* par son auteur, après que **le rapporteur** eut estimé qu'il était satisfait par le dispositif proposé par le projet de loi.

La commission a *adopté* l'article 31 ainsi modifié.

TITRE V

ENTREE EN VIGUEUR

Article additionnel avant l'article 38

Interdiction de prendre en compte des résultats des études génétiques pour la décision d'attribuer une protection complémentaire

La commission a examiné un amendement du rapporteur prévoyant que les organismes de protection sociale complémentaire ne doivent pas tenir compte des résultats de l'étude génétique des caractéristiques d'une personne demandant à bénéficier d'une couverture complémentaire.

Le rapporteur a indiqué que les lois bioéthique du 1^{er} juillet 1994 disposent que l'étude génétique des caractéristiques d'une personne ne peut être entreprise qu'à des fins médicales ou de recherche scientifique. Devant l'incertitude juridique entourant la possible utilisation des tests génétiques et l'exemple de certains pays où des assureurs s'intéressent à des tests portant sur diverses pathologies, il est proposé de prohiber dans la loi l'utilisation des résultats de ces tests par tous les organismes de protection complémentaires et d'interdire à ces derniers de poser des questions relatives à ces tests avant que ne soient conclus ces contrats ainsi que pendant la durée de ceux-ci.

Ce dispositif reprend une partie du contenu du moratoire décidé en 1994 par les sociétés d'assurances et récemment prolongé par leur fédération nationale jusqu'au début de l'année 2004, en en renforçant certaines dispositions (interdiction de toute question sur les tests pendant la durée des contrats) et en les étendant à tous les organismes de protection complémentaire. Il convient en effet de s'assurer qu'aucune sélection ne pourra être faite à partir de ces tests génétiques afin de protéger les droits de la personne.

Mme Catherine Génisson a estimé que cet amendement, s'il est tout à fait légitime au fond, n'avait pas sa place dans le projet de loi sur la couverture maladie universelle, ou qu'il relevait éventuellement de son titre IV.

M. Alfred Recours a également considéré que le dispositif proposé ne concernait pas seulement la couverture maladie universelle.

Le président Jean Le Garrec a estimé souhaitable d'adopter cet amendement en l'état, tout en conservant la possibilité de l'insérer au titre IV du projet de loi au cours du débat.

La commission a *adopté* cet amendement.

Avant l'article 38

La commission a *rejeté* un amendement de M. Germain Gengenwin, prévoyant que les redevances de la location-gérance ne sont soumises à cotisation que si les sommes excèdent un certain plafond fixé par décret.

Un amendement de M. André Aschieri prévoyant que la cotisation au régime d'assurance maladie des élus locaux indemnisés non affiliés à un régime obligatoire est prise en charge par la collectivité concernée a été *retiré* par son auteur.

Un amendement de M. François Goulard prévoyant les conditions du réexamen par les partenaires sociaux de la mise en place d'une couverture de prévoyance complémentaire a été *retiré* par M. Denis Jacquat.

La commission a examiné un amendement de M. François Goulard supprimant les frais d'assiette perçus par le ministère de l'économie et des finances à l'occasion du prélèvement de la CSG.

M. Denis Jacquat a rappelé que cet amendement avait été adopté à l'unanimité, tant par l'Assemblée nationale que par le Sénat, lors de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, mais qu'il avait été subrepticement supprimé par la loi de finances rectificative pour 1998.

M. Alfred Recours a considéré que cet amendement, dont il a assumé la paternité, relevait de la loi de financement de la sécurité sociale mais ne concernait pas la couverture maladie universelle.

La commission a *rejeté* cet amendement.

Elle a ensuite *rejeté* un amendement de M. Yves Bur, prévoyant que le Gouvernement présentera au Parlement un rapport en annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale sur l'harmonisation du taux de remboursement de tous les régimes de sécurité sociale.

Un amendement du rapporteur prévoyant que le Gouvernement présentera, tous les deux ans, un rapport d'évaluation de la présente loi a été *retiré* par son auteur.

Un amendement de M. André Aschieri prévoyant un rapport du Gouvernement sur le bilan des situations de précarité a été *retiré* par son auteur.

Article 38

Entrée en vigueur de la loi

Cet article pose, dans son premier alinéa, le principe de l'entrée en vigueur de la présente loi au 1^{er} janvier 2000 sauf exceptions précisées dans les alinéas suivants :

1°) Les dispositions prévues au paragraphe III et IV de l'article 7, qui concernent les enfants d'ayants-droit, prendront effet le 1^{er} octobre 2000 afin de prendre en compte l'année universitaire en cours ;

2°) Le produit de la taxe sur les véhicules terrestres à moteur, initialement réparti entre les différentes caisses d'assurance maladie pour tenir compte des coûts de l'assurance personnelle sera versé à la seule Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), ainsi que le prévoit l'article 12, à compter du recouvrement des cotisations recouvrées en 2001. Il existe en effet une année de décalage entre l'année n où est réparti le coût de l'assurance personnelle et l'année $n + 1$ où est connu le montant du recouvrement de cette taxe. Il faut donc répartir en l'an 2000 le produit de la taxe entre tous les régimes pour compenser le coût de l'assurance personnelle en 1999 ;

3°) L'autorisation donnée à la CNAMTS à l'article 27 de créer un fichier informatisé de données nominatives des anciens titulaires de l'aide médicale s'applique dès la publication de la loi, afin d'accélérer la mise en place de ce fichier ;

4°) Pour éviter toute ambiguïté, il est aussi précisé que l'article 9 qui concerne certaines modalités de financement du Fonds de solidarité vieillesse et le 2°) de l'article 11 relatif à la fraction des droits de consommation sur les tabacs versée au profit des caisses d'assurance maladie, entrent en vigueur dès le 1^{er} janvier 2000. Les montants financiers concernés seront donc versés dès cette date même s'ils proviennent de taxes ou de droits prélevés l'année précédente ;

5°) La même ambiguïté est levée s'agissant des changements intervenant dans les financements de la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) prévus à l'article 10 pour tenir compte de la suppression de l'assurance personnelle au profit de la CNAMTS. S'agissant d'une simple opération de trésorerie d'un régime à l'autre, il est précisé que ce changement interviendra bien dès le 1^{er} janvier 2000 ;

6°) Enfin, l'ensemble des mesures de modernisation sanitaire et sociale prévues par le titre IV entreront en vigueur dès la publication de la présente loi, ces mesures étant totalement indépendantes du dispositif de la CMU.

*

La commission a *rejeté* un amendement de suppression de cet article présenté par M. Jean-Luc Prével.

La commission a *adopté* l'article 38 sans modification.

Titre du projet

La commission a *rejeté* un amendement de M. Bernard Accoyer tendant à intituler le projet de loi « portant diverses mesures d'ordre sanitaire et social dont la création d'une couverture maladie universelle ».

La commission a ensuite **adopté** l'ensemble du projet de loi ainsi modifié.

En conséquence et sous réserve des amendements qu'elle propose, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales demande à l'Assemblée nationale d'adopter le projet de loi n° 1419.

TABLEAU COMPARATIF

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Code de la sécurité sociale</p> <p style="text-align: center;">LIVRE 1^{ER}</p> <p style="text-align: center;">Généralités. Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base</p> <p style="text-align: center;">TITRE 1^{ER}</p> <p style="text-align: center;">Généralités</p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE 1^{ER}</p> <p style="text-align: center;">Organisation de la sécurité sociale</p> <p>Art. L. 111-1.- L'organisation de la sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale.</p> <p>.....</p> <p>Cette garantie s'exerce par l'affiliation des intéressés et de leurs ayants droit à un régime obligatoire, ou,</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">TITRE PRÉLIMINAIRE</p> <p style="text-align: center;">De la couverture maladie universelle</p> <p style="text-align: center;">Article 1^{er}</p> <p><i>La protection de la santé et l'égal accès à la prévention et aux soins constituent un impératif national et une priorité des politiques sociales. A ces fins, il est créé une couverture maladie universelle qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie, et aux personnes les plus défavorisées le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais.</i></p> <p style="text-align: center;">TITRE I^{ER}</p> <p style="text-align: center;">Dispositions relatives aux régimes obligatoires</p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE 1^{ER}</p> <p style="text-align: center;">Dispositions générales</p> <p style="text-align: center;">Article 2</p> <p>I.- Le quatrième alinéa de l'article L. 111-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé : « Cette garantie s'exerce par l'affiliation des intéressés et le rattachement de leurs</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">TITRE PRÉLIMINAIRE</p> <p style="text-align: center;">De la couverture maladie universelle</p> <p style="text-align: center;">Article 1^{er}</p> <p>Il est créé, pour les résidents de la France métropolitaine, des départements d'outre-mer et de la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon, une couverture...</p> <p>...personnes dont les revenus sont les plus faibles le droit à une protection...</p> <p style="text-align: center;">...frais</p> <p style="text-align: center;">Amendement n° 48</p> <p style="text-align: center;">TITRE I^{ER}</p> <p style="text-align: center;">Dispositions relatives aux régimes obligatoires</p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE 1^{ER}</p> <p style="text-align: center;">Dispositions générales</p> <p style="text-align: center;">Article 2</p> <p>Sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>à défaut, par leur rattachement au régime de l'assurance personnelle.</p>	<p>ayants droit à un ou plusieurs régimes obligatoires. »</p>	
<p>LIVRE VII Régimes divers - Dispositions diverses TITRE IV Assurance personnelle - Assurance volontaire</p>		
<p>CHAPITRE 1^{ER} Assurance personnelle SECTION 1 Généralités</p>	<p>II.- Le chapitre 1^{er} du titre IV du livre VII du même code, relatif à l'assurance personnelle, est abrogé. Toutefois, les dispositions de l'article L. 741-11 demeurent en vigueur pour la répartition du solde des opérations de recettes et de dépenses de l'assurance personnelle afférent à l'exercice 1999.</p>	
<p>Art. L. 741-1.- Toute personne résidant en France et n'ayant pas droit à un titre quelconque aux prestations en nature d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité relève du régime de l'assurance personnelle.</p>		
<p>La gestion de l'assurance personnelle est assurée par le régime général de sécurité sociale. Les conditions dans lesquelles les autres régimes de sécurité sociale peuvent, pour le compte du régime général, participer à cette gestion sont définies par décret.</p>		
<p>L'adhésion peut intervenir à tout moment.</p>		
<p>La condition de résidence mentionnée au présent article est définie par décret en Conseil d'Etat.</p>		
<p>Art. L. 741-2.- Les travailleurs salariés qui, tout en continuant à relever en cette qualité d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité, ne remplissent pas les conditions de montant de cotisations ou de durée du travail exigées pour recevoir les prestations en nature de cette assurance, peuvent adhérer pendant les périodes en cause à l'assurance personnelle et bénéficier sans délai des prestations auxquelles elle donne droit.</p>		
<p>Dans ce cas, les parts patronale et salariale de la cotisation d'assurance maladie-maternité versées pour le</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>compte de l'assuré au titre des prestations en nature de l'assurance obligatoire viennent en déduction de la cotisation due au titre de l'assurance personnelle et sont transférées au régime de l'assurance personnelle dans des conditions fixées par décret.</p>		
<p>SECTION 2 Affiliation</p>		
<p>Art. L. 741-3-1.- Les personnes admises au bénéfice de l'aide médicale et les personnes à leur charge qui n'ont pas droit à un titre quelconque aux prestations en nature d'un régime obligatoire d'assurance maladie-maternité sont obligatoirement affiliées au régime de l'assurance personnelle dans la mesure où elles remplissent les conditions d'affiliation prévues au présent chapitre.</p>		
<p>TITRE IV Assurance personnelle - Assurance volontaire</p>	<p>Dans l'intitulé du titre IV du livre VII, les mots : « assurance personnelle » sont supprimés.</p>	
<p>LIVRE III Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général</p>	<p>Article 3</p>	<p>Article 3</p>
<p>TITRE VIII Dispositions relatives à diverses catégories de personnes rattachées au régime général – dispositions d'application du livre III</p>	<p>I.- Il est créé, au titre VIII du livre III du code de la sécurité sociale, un chapitre préliminaire intitulé : « Personnes affiliées au régime général du fait de leur résidence en France », comprenant les articles L. 380-1 à L. 380-4.</p> <p>II.- Les articles L. 380-1 et L. 380-2 du même code sont ainsi rédigés :</p> <p>« 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.</p>	<p>I.- Non modifié</p> <p>II.- Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 380-1.- Toute... ...métropolitaine, dans un département d'outre-mer ou dans la collectivité territoriale de Saint-Pierre et Miquelon de façon... ...maternité</p>
		<p>Amendement n° 49</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
—	« Un décret en Conseil d'Etat précise la condition de résidence mentionnée au présent article.	Alinéa sans modification
	« <i>Art. L. 380-2.</i> - Les personnes affiliées au régime général dans les conditions fixées à l'article L. 380-1 sont redevables d'une cotisation lorsque leurs ressources dépassent un plafond fixé par décret.	« <i>Art. L. 380-2.</i> - Alinéa sans modification
	« Cette cotisation est fixée en pourcentage du montant des revenus, définis selon les modalités fixées au 1° du V de l'article 1417 du code général des impôts, qui dépasse le plafond mentionné au premier alinéa. Un décret détermine le taux et les modalités de calcul de cette cotisation ainsi que les obligations déclaratives incombant aux assujettis.	Alinéa sans modification
	« La cotisation est recouvrée selon les dispositions des sections 2 à 4 du chapitre 3 et du chapitre 4 du titre IV du livre II du présent code, sous réserve des adaptations prévues par décret en Conseil d'Etat. »	Alinéa sans modification
TITRE VI DU LIVRE 1 ^{ER}	Article 4	Article 4
Dispositions relatives aux prestations et aux soins – contrôle médical – tutelle aux prestations sociales	Il est créé, après l'article L. 161-2 du code de la sécurité sociale, un article L. 161-2-1 ainsi rédigé :	Alinéa sans modification
CHAPITRE 1 ^{ER}	« <i>Art. L. 161-2-1.</i> - 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,	« <i>Art. L. 161-2-1.</i> - Alinéa sans modification
SECTION 1 Bénéficiaires SOUS - SECTION 2 Assurances maladie – maternité - décès		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>_____</p> <p><i>Art. L. 161-15-1.- Abrogé par ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996.</i></p> <p>Art. L. 161-15-2.- Toute personne pour laquelle il ne peut être immédiatement établi qu'elle relève à un titre quelconque d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité ou du régime de l'assurance personnelle est affiliée provisoirement au régime de l'assurance personnelle prévu aux articles L. 741-1 et suivants, sous réserve qu'elle remplisse la condition de résidence prévue pour ce régime.</p> <p>Par dérogation aux dispositions</p>	<p>_____</p> <p>l'organisme compétent pour affilier la personne en cause au régime dont elle relève.</p> <p>« 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.</p> <p>« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.»</p> <p>Article 5</p> <p>Les articles L. 161-15-1 et L.161-15-2 du même code sont ainsi rédigés :</p> <p>« Art. L. 161-15-1.- Une personne ne peut perdre le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité que si elle cesse de remplir la condition de résidence mentionnée à l'article L. 380-1 ou si elle est présumée absente dans les conditions prévues par l'article 112 du code civil.</p> <p>« Art. L. 161-15-2.- Si une personne relève d'un régime d'assurance maladie autre que celui au titre duquel les prestations sont servies, l'organisme qui les sert ne peut les interrompre tant que l'organisme compétent ne s'est pas substitué à lui ; il les garde à sa charge jusqu'à cette date. »</p>	<p>_____</p> <p>« 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. »</p> <p>Amendement n° 50</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Article 5</p> <p>Sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>de l'article L. 741-9, les intéressés bénéficient provisoirement à compter de la date de leur affiliation, pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit au sens de l'article L. 313-3 et de l'article L. 161-14, des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité servies par le régime général.</p>	<p>Article 6</p> <p>I.- Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p>Article 6</p> <p>I.- Alinéa sans modification</p>
<p>Dès que le régime d'affiliation dont relève la personne est déterminé, il est procédé à une régularisation de sa situation pour la période de son affiliation provisoire à l'assurance personnelle. Dans le cas où l'intéressé relève d'un régime distinct de l'assurance personnelle, les prestations servies pendant la période d'affiliation provisoire sont remboursées par ce régime au régime de l'assurance personnelle. Dans le cas contraire, il est maintenu au régime de l'assurance personnelle, les cotisations correspondant à la période d'affiliation provisoire étant dues à compter du premier jour de cette affiliation, compte tenu des droits éventuels de l'intéressé à leur prise en charge.</p>	<p>1° Le dernier alinéa de l'article L. 161-2 est abrogé ;</p>	<p>1° Alinéa sans modification</p>
<p>Des dispositions réglementaires fixent les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de régularisation.</p>		<p>« 1° bis° Au premier alinéa de l'article L. 161-8, le mot : « déterminée » est remplacé par les mots : « d'un an ».</p>
<p>Art. L. 161-2.- Les conditions de durée minimale d'immatriculation ou d'affiliation exigées pour percevoir les prestations en nature de l'assurance maladie et maternité sont supprimées dans tous les régimes obligatoires.</p>		
<p>.....</p> <p>Les dispositions du présent article ne dérogent pas aux dispositions qui subordonnent au paiement préalable des cotisations l'ouverture du droit aux prestations.</p>		
<p>Art. L. 161-8 .- Les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever, soit en qualité d'assuré, soit en qualité d'ayant droit, du régime</p>		

Textes en vigueur

général ou des régimes qui lui sont rattachés, bénéficient, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, du maintien de leur droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès pendant une période déterminée.

SECTION 3 DU TITRE VIII DU
LIVRE III
Étudiants

Art. L. 381-7.- Les étudiants ou élèves mentionnés à l'article L. 381-4, leurs conjoints ou enfants à charge, au sens de l'article L. 313-3, ont droit aux prestations en nature :

Les prestations sont fournies sur justification du versement régulier des cotisations.

SECTION 4
**Ministres des cultes et membres des
congrégations et collectivités
religieuses (assurance maladie et
assurance maternité)**

SOUS-SECTION 1
Dispositions générales

Art. L. 381-12.- Les ministres des cultes et les membres des congrégations et collectivités religieuses, ainsi que les personnes titulaires de la pension de vieillesse ou de la pension d'invalidité instituées par le chapitre 1er du titre II du livre VII qui ne relèvent pas, à titre obligatoire, d'un autre régime d'assurance maladie, relèvent du régime général de sécurité sociale.

Les personnes mentionnées au premier alinéa du présent article ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité, à condition d'être à jour de la cotisation personnelle prévue à l'article L. 381-17.

CHAPITRE 2

Texte du projet de loi

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

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

**Propositions de la
Commission**

Amendement n° 51

2° Alinéa sans modification

3° Alinéa sans modification

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p align="center">Personnes rattachées au régime général pour l'ensemble des risques et charges : artistes auteurs</p>		
<p align="center">SECTION 5 Prestations</p>		
<p>Art. L. 382-9.- Pour bénéficier du règlement des prestations des assurances maladie et maternité, l'assuré doit être à jour de ses cotisations.</p>	<p>4° Au premier alinéa de l'article L. 382-9, après les mots : « des prestations », sont insérés les mots : « en espèces » ;</p>	<p>4° Alinéa sans modification</p>
<p align="center">LIVRE VI Régimes des travailleurs non salariés TITRE 1^{ER} Assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles CHAPITRE 5 Champ d'application du régime - Prestations SECTION 1 Généralités SOUS-SECTION 4 Droit aux prestations</p>		
<p>Art. L. 615-8.- Pour bénéficier du règlement des prestations pendant une durée déterminée, l'assuré doit être à jour de ses cotisations annuelles dans des conditions fixées par décret. Le défaut de versement des cotisations ne suspend le bénéfice des prestations qu'à l'expiration d'un délai de trente jours à compter de la date d'échéance. Cependant, en cas de paiement plus tardif, il peut, dans un délai déterminé, faire valoir ses droits aux prestations, mais le règlement ne peut intervenir que si la totalité des cotisations dues a été acquittée avant l'expiration du même délai.</p>	<p>5° Au premier alinéa de l'article L. 615-8 , les mots : « Pour bénéficier du règlement des prestations » sont remplacés par les mots : « Pour bénéficier, le cas échéant, du règlement des prestations en espèces » ;</p>	
<p align="center">LIVRE VII Régimes divers - Dispositions diverses TITRE II Régimes divers de non-salariés et assimilés CHAPITRE 2 Régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (maladie, maternité, décès)</p>		

Textes en vigueur

SECTION 3
Prestations

Art. L. 722-6.- En cas de maladie, maternité et décès, les praticiens et auxiliaires médicaux mentionnés à l'article L. 722-1 ont droit et ouvrent droit, selon les dispositions des articles L. 313-3, L. 331-1 et L. 361-4 aux prestations prévues par le 1° de l'article L. 321-1 et par les articles L. 331-2 et L. 361-1.

.....
Les prestations ne sont accordées que si les cotisations échues ont été versées par l'assuré avant l'ouverture du risque.

Code rural
LIVRE VII
Dispositions sociales
TITRE II
Mutualité sociale agricole
CHAPITRE III-1
Assurances maladie, invalidité et maternité des personnes non salariées
SECTION 4
Assujettissement et organisation

Art. 1106-12.- Les chefs d'exploitation ou d'entreprise sont tenus de faire procéder à l'immatriculation à l'assurance tant d'eux-mêmes que de toutes personnes vivant sur leur exploitation ou entreprise et entrant dans le champ d'application du présent chapitre, et ils sont tenus de verser les cotisations dues en vertu du présent chapitre.

.....
Le défaut de versement des cotisations n'exclut les assurés du bénéfice de l'assurance qu'à l'expiration d'un délai de six mois à compter de la mise en demeure faite par lettre recommandée avec accusé de réception. La mise en demeure devra, à peine de nullité, rappeler les termes du présent alinéa.

Texte du projet de loi

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

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

Propositions de la Commission

6° Alinéa sans modification

II.- Non modifié

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Nonobstant l'application des dispositions de l'alinéa précédent, le chef d'exploitation ou d'entreprise dont l'exploitation ou l'entreprise fait l'objet d'une liquidation judiciaire et qui ne remplit plus les conditions pour relever d'un régime d'assurance maladie obligatoire peut bénéficier, à compter du jugement de liquidation judiciaire, des dispositions de l'article L 161-8 du code de la sécurité sociale.</p>	Article 7	<p><i>L'absence de la cotisation prévue à l'article 3 de la présente loi, lorsqu'elle est le fait de la mauvaise foi du bénéficiaire, peut conduire, dans des conditions déterminées par un décret, à la suspension du versement des prestations en nature de l'assurance maladie à l'assuré social ; toutefois, cette sanction n'affecte pas les ayants droit de la personne convaincue de mauvaise foi.</i></p>
Code de la sécurité sociale	Article 7	Amendement n° 52
SOUS-SECTION 2 DE LA SECTION 1 DU CHAPITRE IER DU TITRE VI DU LIVRE IER	Article 7	Article 7
Assurance maladie-maternité	I.- Aux première et deuxième phrases de l'article L. 161-14-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « enfant majeur ayant droit d'un assuré social » sont remplacés par les mots : « enfant ayant droit d'un assuré social en vertu des 2° et 3° de l'article L. 313-3, qui a atteint l'âge de seize ans ».	Sans modification
Art. L. 161-14-1.- L'enfant majeur ayant droit d'un assuré social peut demander, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, à être identifié de façon autonome au sein du régime dudit assuré social et à bénéficier à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité de ce régime. Toutefois, cette identification et ce remboursement à titre personnel sont obligatoires pour l'enfant majeur ayant droit d'un assuré social poursuivant des études dans les établissements, écoles ou classes mentionnés à l'article L. 381 4.	II.- L'article L. 161-14-1 du même code est complété par deux alinéas ainsi rédigés : « Sauf refus exprès de leur part,	

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

**Propositions de la
Commission**

SOUS-SECTION 4 DE LA SECTION 1 DU
CHAPITRE 5 DU TITRE ^{1ER} DU LIVRE VI
Droit aux prestations

Art. L. 615-11.- Par dérogation aux dispositions de l'article L 615-10 ci-dessus, les enfants qui n'ont pas atteint un âge limite et qui poursuivent leurs études dans des établissements ouvrant droit, en application des articles L. 381-3 et suivants, au bénéfice de l'assurance maladie-maternité des étudiants perdent la qualité d'ayants droit à titre de membre de la famille.

SECTION 3 DU CHAPITRE 1^{ER} DU TITRE
VIII DU LIVRE III
Étudiants

Art. L. 381-9.- Pour le service des prestations énumérées à l'article L. 381-7, il est fait appel à des sections ou correspondants locaux dont le rôle est assumé par des mutuelles ou sections de mutuelles d'étudiants régies par le code de la mutualité, dans les conditions définies par décret en Conseil d'Etat.

Les sections ou correspondants locaux visés au premier alinéa sont également compétents pour le service des prestations aux personnes

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

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

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

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>mentionnées à l'article L. 161-14-1 qui sont élèves ou étudiants dans les établissements, écoles ou classes énumérés à l'article L. 381-4, à l'exclusion des enfants majeurs ayants droit des ressortissants des régimes spéciaux de sécurité sociale autres que ceux dont relèvent les fonctionnaires civils de l'Etat, les magistrats, les ouvriers de l'Etat et les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers.</p>	<p>IV.- Au deuxième alinéa de l'article L. 381-9 du même code, les mots : « à l'exclusion des enfants majeurs ayants droit des ressortissants des régimes spéciaux », sont remplacés par les mots : « à l'exclusion des enfants ayants droit des ressortissants du régime des travailleurs non salariés des professions non agricoles et des régimes spéciaux ».</p>	<p>Article 8</p> <p>Sans modification</p>
	<p>Article 8</p> <p>Il est inséré, au chapitre préliminaire du titre VIII du livre III du même code, un article L. 380-3 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 380-3.- Les dispositions de l'article L. 380-1 ne s'appliquent pas aux personnes suivantes :</p> <p>« 1° Les membres du personnel diplomatique et consulaire en poste en France, les fonctionnaires d'un Etat étranger et personnes assimilées, ainsi que les membres de leur famille qui les accompagnent ;</p> <p>« 2° Les personnes qui sont venues en France pour suivre un traitement médical ou une cure ;</p> <p>« 3° Les personnes résidant en France qui, au titre d'une activité professionnelle exercée par elles-mêmes ou par un membre de leur famille sur le territoire d'un Etat étranger, ont la faculté d'être affiliées au régime d'assurance maladie de cet Etat, si cette affiliation leur permet d'obtenir la couverture des soins reçus sur le territoire français ;</p> <p>« 4° Les agents retraités d'une organisation internationale qui ne sont pas également titulaires d'une pension française, ainsi que les membres de leur famille, dès lors qu'ils sont couverts dans des conditions analogues à celles du régime général français d'assurance maladie et maternité par le régime propre à l'organisation dont ils</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">LIVRE VIII</p> <p style="text-align: center;">Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées</p> <p style="text-align: center;">TITRE 1^{ER}</p> <p style="text-align: center;">Allocations aux personnes âgées</p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE 4</p> <p style="text-align: center;">Allocation spéciale</p> <p style="text-align: center;">SECTION 4</p> <p style="text-align: center;">Mode de gestion, organisation et alimentation du service de l'allocation spéciale vieillesse</p>	<p>relevaient quand ils étaient en activité.»</p>	<p style="text-align: center;">CHAPITRE 2</p> <p style="text-align: center;">Dispositions financières</p>
<p>Art. L. 814-5.- Les dépenses entraînées par l'attribution de l'allocation spéciale, par l'action sociale prévue à l'article L 814-7 et par la prise en charge, au titre de l'article L 741-4, des cotisations d'assurance personnelle des titulaires de l'allocation spéciale sont à la charge du service de l'allocation spéciale vieillesse, géré par la Caisse des dépôts et consignations sous la surveillance d'une commission dont la composition est fixée par décret.</p>	<p style="text-align: center;">SECTION 1</p> <p style="text-align: center;">Transferts financiers</p> <p style="text-align: center;">Article 9</p> <p>I.- A l'article L. 814-5 du code de la sécurité sociale, les mots : « Les dépenses entraînées par l'attribution de l'allocation spéciale, par l'action sociale prévue par l'article L. 814-7 et par la prise en charge, au titre de l'article L. 741-4, des cotisations d'assurance personnelle des titulaires de l'allocation spéciale » sont remplacés par les mots : « Les dépenses entraînées par l'attribution de l'allocation spéciale et par l'action sociale prévue par l'article L. 814-7 ».</p>	<p style="text-align: center;">SECTION 1</p> <p style="text-align: center;">Transferts financiers</p> <p style="text-align: center;">Article 9</p> <p>Sans modification</p>
<p style="text-align: center;">TITRE III DU LIVRE I^{ER}</p> <p style="text-align: center;">Dispositions communes relatives au financement</p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE 5</p> <p style="text-align: center;">Fonds de solidarité vieillesse</p> <p style="text-align: center;">SECTION 1</p> <p style="text-align: center;">Opérations de solidarité</p>	<p>II.- Au 2° du premier alinéa de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, le taux : « 60 % » est remplacé par le taux : « 55 % ».</p>	
<p>Art. L. 135-3.- Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées à l'article L. 135-2 sont constituées par :</p> <p>2° Le produit des droits prévus aux articles 402 bis, 438 et 520 A du code général des impôts ainsi qu'une fraction fixée à 60 p 100 du produit du droit de consommation prévu à l'article 403 du même code, à l'exception du produit de ce droit de consommation</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>perçu dans les départements de la Corse et du prélèvement effectué au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles selon les dispositions de l'article 1615 bis du même code ;</p> <p>Art. L. 161-15.- Les ayants droit de l'assuré décédé, s'ils ne bénéficient pas de l'assurance maladie et maternité à un autre titre, continuent à bénéficier, pendant une période dont la durée est fixée par décret en Conseil d'Etat, des prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie et maternité dont l'assuré relevait au moment du décès. Cette durée est prolongée jusqu'à ce que le dernier enfant à charge ait atteint un âge fixé par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>.....</p>	Article 10	Article 10
<p>A l'expiration des périodes de maintien de droits prévues aux premier et deuxième alinéas, lorsqu'elles ont ou ont eu à leur charge au sens de l'article L. 313-3 un nombre d'enfants fixé par décret en Conseil d'Etat, les personnes visées aux deux premiers alinéas qui ne bénéficient pas de l'assurance maladie et maternité à un autre titre sont obligatoirement affiliées au régime général de sécurité sociale en ce qui concerne la couverture des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité. Les cotisations afférentes sont prises en charge par le régime des prestations familiales dans les conditions prévues à l'article L. 381-2.</p>	I.- La dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 161-15 et la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 381-2 du code de la sécurité sociale sont supprimées.	Sans modification
<p>CHAPITRE 1^{ER} DU TITRE III DU LIVRE III</p> <p>Personnes rattachées au régime général pour certains risques ou charges</p> <p>SECTION 2</p> <p>Bénéficiaires de l'allocation de parent isolé</p>		
<p>Art. L. 381-2.- Les personnes bénéficiaires de l'allocation de parent isolé qui ne bénéficient pas de l'assurance maladie et maternité à un autre titre sont obligatoirement affiliées au régime général de sécurité sociale en ce qui concerne la couverture des</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>prestations en nature de l'assurance maladie et maternité. Les cotisations afférentes sont prises en charge par le régime des prestations familiales.</p>	<p>II.- Le II de l'article L. 245-16 du même code est ainsi rédigé :</p>	
<p>..... LIVRE II Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses TITRE IV Ressources CHAPITRE 5 Ressources autres que les cotisations SECTION 5 Prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et les produits de placement</p>	<p>« II.- Le produit des prélèvements mentionnés au I est versé, pour la moitié de son montant à la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, pour 28 % de son montant à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et pour 22 % de son montant à la caisse nationale des allocations familiales. »</p>	Article 11
<p>CHAPITRE 1^{ER} Généralités SECTION 1 Assurances sociales SOUS-SECTION 1 Assurances maladie, maternité, invalidité et décès</p>	Article 11	Article 11
<p>Art. L. 241-2.- Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont également constituées par des cotisations assises sur :</p>	<p>Le dernier alinéa de l'article L. 241-2 du même code est ainsi rédigé :</p>	Alinéa sans modification
<p>..... 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</p>	<p>« Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont en outre constituées par : « 1° Une fraction du produit du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts, dans les conditions fixées par la loi de</p>	Alinéa sans modification « 1° Une...

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
—	Article 13 I.- Le montant de la dotation générale de décentralisation et, s'il y a lieu, celui du produit des impôts affectés aux départements pour compenser, dans les conditions prévues par les articles L. 1614-1 à L. 1614-4 du code général des collectivités territoriales, l'accroissement net de charges résultant des transferts de compétences entre l'Etat et les collectivités territoriales, sont réduits, pour chaque département, d'un montant égal aux dépenses consacrées à l'aide médicale en 1997, diminué de 5 % et revalorisé en fonction des taux de croissance annuels de la dotation globale de fonctionnement fixés pour 1998, 1999 et 2000. Cette réduction est fixée, pour chaque département, par arrêté conjoint des ministres chargés des collectivités territoriales et du budget, après avis de la commission mentionnée à l'article L. 1614-3 du code général des collectivités territoriales. II.- Les dépenses visées au I du présent article sont constituées par les dépenses inscrites au titre de l'aide médicale dans les chapitres des comptes administratifs des départements de 1997 relatifs à l'aide sociale ou à l'insertion, à l'exclusion des charges des services communs réparties entre services utilisateurs III.- L'article 38 de la loi n° 88-1088 du 1 ^{er} décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion est ainsi modifié :	Article 13 Sans modification
Loi n° 88-1088 du 1^{er} Décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion TITRE III De l'insertion CHAPITRE 1 ^{ER} Le dispositif départemental d'insertion et de lutte contre la pauvreté et l'exclusion		
Art. 38.- Pour le financement des actions inscrites au programme départemental d'insertion et des		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>dépenses de structure correspondantes, le département est tenu d'inscrire annuellement, dans un chapitre individualisé de son budget, un crédit au moins égal à 20 p 100 des sommes versées, au cours de l'exercice précédent, par l'Etat dans le département au titre de l'allocation de revenu minimum d'insertion. Les dépenses résultant de la prise en charge, pour les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion, de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de sécurité sociale peuvent être imputées sur ce crédit à concurrence de 3 p 100 desdites sommes en métropole et 3,75 p 100 dans les départements d'outre-mer.</p>	<p>1° Dans la première phrase, les mots : « un crédit au moins égal à 20 % des sommes versées » sont remplacés par les mots : « un crédit au moins égal, pour la métropole, à 17 % des sommes versées et, pour les départements d'outre-mer, à 16,25 % des sommes versées » ;</p> <p>2° La seconde phrase est supprimée.</p>	
<p>Code de la sécurité sociale</p>	<p>SECTION 2</p>	<p>SECTION 2</p>
<p>CHAPITRE 3 DU TITRE IV DU LIVRE II Recouvrement - Sûretés - Prescription - Contrôle SECTION 2 Sûretés</p>	<p>Article 14</p>	<p>Article 14</p>
<p>Art. L. 243-4.- Le paiement des cotisations est garanti pendant un an à dater de leur date d'exigibilité, par un privilège sur les biens meubles du débiteur, lequel privilège prend rang concurrentement avec celui des gens de service et celui des ouvriers établis respectivement par l'article 2101 du code civil et les articles 50 et 51 de la loi n° 67-563 du 13 juillet 1967.</p>	<p>I.- L'article L. 243-4 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé : « <i>Art. L. 243-4.-</i> Le paiement des cotisations et des majorations et pénalités de retard est garanti pendant un an à compter de leur date d'exigibilité, par un privilège sur les biens meubles du débiteur, lequel privilège prend rang concurrentement avec celui des gens de service et celui des salariés établis respectivement par l'article 2101 du code civil et les articles 128 et 129 de la loi n° 85-98 du 25 janvier 1985. »</p>	<p>I.- Non modifié</p>
<p>Depuis le 1er janvier 1956, le privilège prévu à l'alinéa ci-dessus en tant qu'il portait sur les immeubles est transformé en hypothèque légale en exécution des prescriptions applicables en matière de publicité foncière.</p>		
<p>TITRE V DU LIVRE VI</p>	<p>II.- L'article L. 652-3 du même code est ainsi rédigé :</p>	<p>II.- Alinéa sans modification</p>
<p>Dispositions communes à l'assurance maladie, maternité et à l'assurance vieillesse CHAPITRE 2 Dispositions diverses</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 652-3.- Les organismes d'assurance maladie-maternité et les caisses d'assurance vieillesse des professions non salariées non agricoles peuvent, après avoir mis en demeure les redevables de régulariser leur situation, recouvrer les cotisations, majorations de retard et pénalités dues en faisant opposition, à concurrence de leur montant, sur les fonds détenus pour le compte des débiteurs par tous tiers détenteurs, ce nonobstant les dispositions de la section 2 du chapitre III de la loi n° 91-650 du 9 juillet 1991 portant réforme des procédures civiles d'exécution.</p>	<p>« Art. L. 652-3.- Lorsqu'ils sont munis d'un titre exécutoire au sens de l'article 3 de la loi n° 91-650 du 9 juillet 1991 portant réforme des procédures civiles d'exécution, les organismes d'assurance maladie et maternité et les caisses d'assurance vieillesse des professions non salariées non agricoles habilités à décerner la contrainte définie à l'article L. 244-9 peuvent, au moyen d'une opposition, enjoindre aux tiers dépositaires, détenteurs ou redevables de sommes appartenant ou devant revenir au débiteur, de verser aux lieu et place de celui-ci, auxdits organismes, les fonds qu'ils détiennent ou qu'ils doivent à concurrence des cotisations et des majorations et pénalités de retard bénéficiant du privilège prévu à l'article L. 243-4 ou ayant donné lieu à une inscription de privilège dans les conditions prévues à l'article L. 243-5.</p> <p>« L'opposition est notifiée au tiers détenteur et au débiteur par le directeur de l'un des organismes mentionnés à l'alinéa précédent. Elle affecte, dès réception par le tiers, les sommes faisant l'objet du titre exécutoire au paiement desdites cotisations et majorations et pénalités de retard, quelle que soit la date à laquelle les créances, même conditionnelles ou à terme, que le débiteur possède à l'encontre du tiers deviennent exigibles. L'opposition emporte l'effet d'attribution immédiate prévu à l'article 43 de la loi du 9 juillet 1991 précitée à concurrence des sommes pour lesquelles elle est pratiquée. Lorsqu'une personne est simultanément destinataire de plusieurs oppositions établies au nom du débiteur, elle doit, en cas d'insuffisance des fonds, exécuter ces demandes en proportion de leurs montants respectifs.</p> <p>« L'opposition peut être contestée devant le juge de l'exécution dans le mois de sa notification au débiteur. Le paiement est différé pendant ce délai, et le cas échéant jusqu'à ce qu'il soit statué, sauf si le juge autorise le paiement pour la</p>	<p>« Art. L. 652-3.- Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« L'opposition l'exécution, par le débiteur ou par le tiers détenteur, dans le mois suivant sa notification. Le paiement ...</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>CHAPITRE 2 DU TITRE IV DU LIVRE II Assiette, taux et calcul des cotisations SECTION 5 Cotisations des employeurs et travailleurs indépendants</p>	<p>somme qu'il détermine.</p> <p>« Sont en outre applicables les articles 24, 44 et 47 de la loi du 9 juillet 1991 précitée.</p> <p>« Les présentes dispositions ne sont pas applicables aux sommes dues par le tiers détenteur au titre des rémunérations qui ne peuvent être saisies que dans les conditions et selon la procédure prévues par les articles L. 145-1 et suivants du code du travail.</p> <p>« Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'Etat. »</p>	<p>... détermine. Amendement n° 54 Alinéa sans modification Alinéa sans modification Alinéa sans modification</p>
<p>Art. L. 242-11.- Les cotisations d'allocations familiales des employeurs et travailleurs indépendants sont calculées conformément aux dispositions de l'article L. 131-6.</p>	<p>III.- Le premier alinéa de l'article L. 242-11 de même code est complété par la phrase suivante : « Les dispositions de l'article L. 652-3 sont applicables au recouvrement de ces cotisations par les organismes visés à l'article L. 213-1. »</p>	<p>III.- Non modifié</p>
<p>TITRE III DU LIVRE 1^{ER} Dispositions communes relatives au financement CHAPITRE 6 Contribution sociale généralisée SECTION 1 De la contribution sociale sur les revenus d'activité et sur les revenus de remplacement</p>	<p>IV.- Au V de l'article L. 136-5 du même code, le 2° devient le 3° et il est inséré un 2° ainsi rédigé :</p> <p>« 2° Des dispositions de l'article L. 652-3 pour ce qui concerne le recouvrement, par les organismes visés à l'article L. 213-1, de la contribution prévue à l'article L. 136-3, et par les caisses de mutualité sociale agricole, de la contribution prévue à l'article L. 136-4 ; ».</p>	<p>IV.- Non modifié</p>
<p>Code rural</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—————</p> <p style="text-align: center;">LIVRE VII Dispositions sociales TITRE II Mutualité sociale agricole CHAPITRE V Contentieux</p>	<p style="text-align: center;">—————</p> <p>V.- Le premier alinéa de l'article 1143-2 du code rural est ainsi rédigé : « Les caisses de mutualité sociale agricole sont chargées du recouvrement des cotisations et des majorations et pénalités de retard dues au titre des régimes de protection sociale agricole dont elles assurent l'application. »</p>	V.- Non modifié
<p>.....</p> <p>3° L'opposition, nonobstant les dispositions des articles 557 et suivants du code de procédure civile, faite à concurrence des cotisations et des pénalités dues sur les fonds détenus pour le compte des débiteurs par tous tiers détenteurs.</p>	<p>VI.- Le 3° du deuxième alinéa de l'article 1143-2 du code rural est abrogé.</p>	VI.- Non modifié
<p>Les organismes visés à l'article 1106-9 sont chargés des mêmes missions et disposent des mêmes voies et moyens que les caisses de mutualité sociale agricole en ce qui concerne le recouvrement des cotisations prévues aux articles 1106-6 et suivants, ainsi que des pénalités de retard.</p>	<p>VII.- Au troisième alinéa de l'article 1143-2 du code rural, les mots : « ainsi que des pénalités de retard » sont remplacés par les mots : « ainsi que des majorations et pénalités de retard ».</p>	VII.- Non modifié
<p>.....</p> <p>Art. 1143-5.- Les articles L 243-4 et L 243-5 du code de la sécurité sociale sont applicables au paiement des cotisations dues aux régimes légaux de protection sociale agricole. Ils sont également applicables, à défaut de dispositions particulières, aux institutions mentionnées à l'article 1050 du présent code.</p>	<p>VIII.- A l'article 1143-5 du code rural, après les mots : « au paiement des cotisations » sont ajoutés les mots : « des majorations et pénalités de retard ».</p>	VIII.- Non modifié
	<p>IX.- Dans le code rural, il est créé un article 1143-7 ainsi rédigé : « Art. 1143-7.- Lorsqu'elles sont munies d'un titre exécutoire, au sens de l'article 3 de la loi n° 91-650 du 9 juillet 1991 portant réforme des procédures civiles d'exécution, à l'encontre des employeurs de main-d'oeuvre agricole ou des personnes physiques non salariées agricoles, les caisses de mutualité sociale agricole habilitées à</p>	IX.- Non modifié

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la
Commission

décerner la contrainte définie à l'article 1143-2 peuvent, au moyen d'une opposition, enjoindre aux tiers dépositaires, détenteurs ou redevables de sommes appartenant ou devant revenir au débiteur, de verser aux lieu et place de celui-ci, auxdits organismes, les fonds qu'ils détiennent ou qu'ils doivent à concurrence des cotisations et des majorations et pénalités de retard au titre des régimes de protection sociale agricole bénéficiant du privilège ou ayant donné lieu à une inscription de privilège, en application de l'article 1143-5.

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

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

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

« Les présentes dispositions ne sont pas applicables aux sommes dues par le tiers détenteur au titre des rémunérations qui ne peuvent être saisies que dans les conditions et selon

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>SOUS-SECTION 2 DE LA SECTION 1 DU CHAPITRE 1^{ER} DU TITRE 6 DU LIVRE 1^{ER} Assurances maladie-maternité-décès</p>	<p>la procédure prévues par les articles L. 145-1 et suivants du code du travail. « Les organismes visés à l'article 1106-9 disposent de la même procédure d'opposition à tiers détenteur et sous les mêmes conditions que les caisses de mutualité sociale agricole pour le recouvrement des cotisations prévues aux articles 1106-6 et suivants ainsi que des majorations et pénalités de retard. « Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'Etat. »</p>	<p>CHAPITRE 3 Dispositions diverses</p>
<p>Art. L. 161-8 .- Les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever, soit en qualité d'assuré, soit en qualité d'ayant droit, du régime général ou des régimes qui lui sont rattachés, bénéficient, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, du maintien de leur droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès pendant une période déterminée.</p>	<p>Article 15 I.- Au premier alinéa de l'article L. 161-8 du code de la sécurité sociale, les mots : « pendant une période déterminée » sont remplacés par les mots : « pendant des périodes qui peuvent être différentes selon qu'il s'agit de prestations en nature ou de prestations en espèces ».</p>	<p>Article 15 Sans modification</p>
<p>Le délai mentionné à l'alinéa précédent s'applique également aux autres régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité. Toutefois, si pendant cette période, l'intéressé vient à remplir en qualité d'assuré ou d'ayant droit les conditions pour bénéficier d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité, le droit aux prestations du régime auquel il était rattaché antérieurement est supprimé.</p>	<p>II.- Au deuxième alinéa du même article, les mots : « Le délai mentionné à l'alinéa précédent s'applique également » et les mots : « si pendant cette période » sont remplacés respectivement par les mots : « Les périodes mentionnées à l'alinéa précédent s'appliquent également » et les mots : « si pendant ces périodes ».</p>	
<p>SECTION 3 DU CHAPITRE 1^{ER} DU TITRE 8 DU LIVRE 3 Étudiants</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 381-4 .- Sont affiliés obligatoirement aux assurances sociales les élèves et les étudiants des établissements d'enseignement supérieur, des écoles techniques supérieures, des grandes écoles et classes du second degré préparatoires à ces écoles, qui, n'étant ni assurés sociaux, ni ayants droit d'assuré social, ne dépassent pas un âge limite. Cet âge limite peut être reculé, notamment en raison de l'appel et du maintien sous les drapeaux .</p>	<p>Article 16</p> <p>I.- A l'article L. 381-4 du même code, les mots : « qui, n'étant ni assurés sociaux, ni ayants droit d'assuré social, » sont remplacés par les mots : « qui, n'étant pas assurés sociaux ou ayants droit d'assuré social à un titre autre que celui prévu à l'article L. 380-1, ».</p>	<p>Article 16</p> <p>Sans modification</p>
<p>SECTION 4 DU CHAPITRE 1^{ER} Ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses (assurance maladie et assurance maternité)</p>	<p>II.- Le premier alinéa de l'article L. 381-12 du même code est complété par la phrase suivante : « Ils ne peuvent être affiliés au titre de l'article L. 380-1. »</p>	<p>Article 17</p> <p>Sans modification</p>
<p>SOUS-SECTION 1 Dispositions générales</p>	<p>Article 17</p> <p>L'article L. 380-4 du même code est ainsi rédigé : « Art. L. 380-4.- Les pupilles de l'Etat sont affiliés au régime général au titre du présent chapitre. »</p>	<p>Article 18</p> <p>Sans modification</p>
<p>Art. L. 381-12.- Les ministres des cultes et les membres des congrégations et collectivités religieuses, ainsi que les personnes titulaires de la pension de vieillesse ou de la pension d'invalidité instituées par le chapitre 1er du titre II du livre VII qui ne relèvent pas, à titre obligatoire, d'un autre régime d'assurance maladie, relèvent du régime général de sécurité sociale.</p>	<p>Sont résiliés de plein droit, à</p>	

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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

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

Article 19

Article 19

Sans modification

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

II.- Les personnes relevant des dispositions de l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale, affiliées au régime de l'assurance personnelle à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, dont les prestations d'assurance maladie et maternité sont servies par un organisme de protection sociale agricole au titre de sa participation à la gestion de l'assurance personnelle, continuent de bénéficier du service de ces prestations. Ce service est assuré par cet organisme pour le compte du régime général dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.

TITRE II

Dispositions relatives à la protection complémentaire en matière de santé

TITRE II

Dispositions relatives à la protection complémentaire en matière de santé

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
LIVRE VIII	CHAPITRE 1 ^{ER}	CHAPITRE 1 ^{ER}
Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées	Dispositions générales	Dispositions générales
	Article 20	Article 20
	I.- L'intitulé du livre VIII du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « protection complémentaire en matière de santé ».	I.- Non modifié
	II.- Il est créé, au livre VIII du même code, un titre VI intitulé : « Protection complémentaire en matière de santé », et comprenant trois chapitres.	II.- Non modifié
	III.- Le chapitre 1 ^{er} du titre VI du livre VIII du même code, intitulé : « Dispositions générales », comprend les articles L. 861-1 à L. 861-9 ainsi rédigés :	III.- Alinéa sans modification
	« Art. L. 861-1.- Les personnes résidant en France dans les conditions prévues par l'article L. 380-1, dont les ressources sont inférieures à un plafond déterminé par décret, révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix, ont droit à une couverture complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. Ce plafond varie selon la composition du foyer et le nombre de personnes à charge.	« Art. L. 861-1.- Les personnes résidant en France <i>métropolitaine, dans un département d'outre-mer ou dans la collectivité territoriale de Saint-Pierre et Miquelon</i> dans les conditions ...
	« 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.	... charge Amendement n° 55 Alinéa sans modification
	« Les personnes mineures ayant atteint l'âge de seize ans, dont les liens avec la vie familiale sont rompus, peuvent bénéficier à titre personnel, à leur demande, sur décision de l'autorité administrative, de la protection complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. Une action	Alinéa sans modification

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

en récupération peut être exercée par l'organisme prestataire à l'encontre des parents du mineur bénéficiaire lorsque ceux-ci disposent de ressources supérieures au plafond mentionné au premier alinéa.

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

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

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

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

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

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

« 3° Des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et pour les

« Art. L. 861-2.- Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa supprimé

Amendement n° 56

« Art. L. 861-3.- Les personnes ... droit à la prise

professionnelles :

Amendement n° 57

« 1° Alinéa sans modification

« 2° Alinéa sans modification

« 3° Alinéa sans modification

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, dans des limites fixées par arrêté interministériel.

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

« Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 sont dispensées de l'avance de frais pour les dépenses prises en charge par les régimes obligatoires des assurances maladie et maternité et celles prévues au présent article. Les modalités de la dispense d'avance de frais sont déterminées par décret.

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

« a) Soit auprès des organismes d'assurance maladie, gestionnaires de ces prestations pour le compte de l'Etat ;

« b) Soit par adhésion à une mutuelle régie par le code de la mutualité, ou par souscription d'un contrat auprès d'une institution de prévoyance régie par le livre IX du présent code ou par le livre VII du code rural, ou d'une entreprise régie par le

« L'arrêté ...

dispositifs et la limite du montant ... charge.

Amendement n° 58

« Les personnes ...

... article. *Les personnes ayant souscrit un acte d'adhésion, transmis à leur caisse d'assurance maladie, formalisant leur engagement auprès d'un médecin référent dans une démarche qualité fondée sur la continuité et la coordination des soins, bénéficient de la procédure de dispense d'avance de frais pour les frais des actes, réalisés par ce médecin ou par les médecins spécialistes qui se déclarent correspondant de ce médecin, pour eux-mêmes ou leurs ayants droits. Pour l'application de cette dispense d'avance de frais, un décret détermine les modalités de paiement des professionnels et établissements de santé.* »

Amendements n°s 59 et 60

« Art. L. 861-4.-

Alinéa sans modification

« a) Soit...

... l'Etat dans les conditions prévues au chapitre 2 du présent titre.

Amendement n° 61

« b) Alinéa sans modification

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

code des assurances, dans les conditions prévues au chapitre 2 du présent titre.

« Art. L. 861-5.- La demande d'attribution de la protection complémentaire, accompagnée de l'indication du choix opéré par le demandeur en application de l'article L. 861-4, est faite auprès de la caisse du régime d'affiliation du demandeur.

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

« En cas d'urgence sanitaire ou sociale, le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé est attribué, dès le dépôt de la demande, aux personnes présumées remplir les conditions prévues aux articles L. 380-1 et L. 861-1.

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

« Art. L. 861-6.- La prise en charge prévue au a) de l'article L. 861-4 est assurée par l'organisme qui sert au bénéficiaire les prestations en nature des assurances maladie et maternité, qui ne peut refuser cette prise en charge.

« Art. L. 861-5.-
Alinéa sans modification

« La décision

... décision *doit être notifiée au demandeur dans un délai maximal fixé par décret* et peut...

...sociale.

Amendement n° 62

« Lorsque la situation du demandeur l'exige, le bénéfice...

... L. 861-1.

Amendement n° 63

Alinéa sans modification

« Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 ayant choisi d'obtenir le bénéfice des prestations définies à l'article L. 861-3 auprès de l'un des organismes visés au b) de l'article L. 861-4 versent une cotisation d'adhésion dont le montant est fixé par décret en Conseil d'Etat.

« L'ouverture et le maintien du droit à la protection complémentaire ne sont pas subordonnés au versement de cette cotisation. »

Amendement n° 64

Alinéa sans modification

Elle prend effet à la date de la décision de l'autorité administrative

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la
Commission

prévue au second alinéa de l'article L. 861-5 du code de la sécurité sociale.

Amendement n° 66

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

« Les organismes mentionnés au b) de l'article L. 861-4 apportent également leur concours aux intéressés et sont également habilités, avec l'accord du demandeur, à transmettre la demande et les documents correspondants à l'organisme compétent. »

Amendement n° 65

Alinéa sans modification

« L'autorité

... participants, en particulier aux associations, services sociaux, organismes à but non lucratif et établissements de santé visés à l'article L. 861-5. »

Amendement n°67

« En cas...

...prévues aux articles L. 861-3 et L. 861-8,...

...d'Etat. »

Amendement n° 68

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

« L'autorité administrative établit et diffuse la liste des organismes participants.

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

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—————</p> <p>Loi n° 89-1009 du 31 Décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques</p> <p style="text-align: center;">TITRE I^{ER}</p> <p>Dispositions communes aux opérations mises en œuvre par les entreprises régies par le code des assurances, par les institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale et de la section 4 du chapitre II du titre II du livre VII du code rural et par les mutuelles relevant du code de la mutualité</p>	<p style="text-align: center;">—————</p> <p>« Art. L. 861-8.- Pour les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 qui ont choisi d'adhérer à une mutuelle ou de souscrire un contrat auprès d'une institution de prévoyance ou d'une entreprise d'assurance, l'adhésion ou le contrat prend effet dès réception, par l'organisme, du document attestant l'ouverture de leur droit et le choix qu'elles ont fait. Les organismes en cause ne peuvent opposer de refus à la conclusion d'un contrat ou à une demande d'adhésion.</p> <p>« Art. L. 861-9.- Pour la détermination du droit aux dispositions de l'article L. 861-3 et le contrôle des déclarations de ressources effectué à cette fin, les organismes d'assurance maladie peuvent demander toutes les informations nécessaires aux organismes d'indemnisation du chômage qui sont tenus de les leur communiquer. Les informations demandées doivent être limitées aux données strictement nécessaires à l'accomplissement de cette mission. Les personnes intéressées sont informées de la possibilité de ces échanges d'informations.»</p> <p style="text-align: center;">Article 21</p> <p>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 :</p> <p>« Art. 6-1.- A l'expiration de son droit aux prestations définies à l'article</p>	<p style="text-align: center;">—————</p> <p>« Art. L. 861-8.- Pour...</p> <p>...entreprise d'assurance <i>inscrite sur la liste prévue à l'article L. 861-7...</i></p> <p>...d'adhésion.</p> <p>Amendement n° 69</p> <p>« Art. L. 861-9.- Pour...</p> <p>... communiquer. Les informations...</p> <p>...de cette mission, <i>dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.</i> Les personnes d'informations. »</p> <p>Amendement n° 70</p> <p style="text-align: center;">Article 21</p> <p>I.- Alinéa sans modification</p> <p>« Art. 6-1.- Alinéa sans modification</p>

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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

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

« 1° Soit la résiliation totale de la garantie initialement souscrite ;

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

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

« Art. 6-2.- Alinéa sans modification

« 1° *Alinéa supprimé*
« La modification ...
... application de l'article L. 861-1 et de l'article L. 861-3 ...

... commun.
Amendements n°s 71 et 72
« 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.

Amendement n° 73
Alinéa sans modification

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. 9.- Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.</p> <p>.....</p>	<p>II.- A la fin du premier alinéa de l'article 9 de la loi du 31 décembre 1989 précitée, sont ajoutés les mots : « et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale ».</p>	<p>II.- A la ...</p> <p>... l'article L. 861-3 du.. ... sociale ».</p> <p>Amendement n° 74</p>
<p>Code de la sécurité sociale</p>		
<p>CHAPITRE II DU TITRE VI DU LIVRE I^{ER}</p>		
<p>Dispositions générales relatives aux soins</p>		
<p>SECTION 1 Médecins</p>		
<p>SOUS-SECTION 1</p>		
<p>Dispositions relatives aux relations conventionnelles</p>		
<p>Art. L. 162-5-2.-</p> <p>.....</p>	<p>Article 22</p>	<p>Article 22</p>
<p>II - L'annexe annuelle fixe également les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux médecins par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la ou les conventions.</p> <p>.....</p>	<p>Le premier alinéa du II de l'article L. 162-5-2 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :</p> <p>« Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires fixés par l'annexe annuelle ne peuvent donner lieu à dépassement pour les actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé, sauf en cas d'exigence particulière du patient. »</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>« Ces tarifs ne peuvent ...</p> <p>... patient. »</p> <p>Amendement n° 75</p>
<p>CHAPITRE V DU TITRE VI DU LIVRE I^{ER}</p>		
<p>Appareillage</p>	<p>Article 23</p>	<p>Article 23</p>
	<p>Le chapitre V du titre VI du livre I^{er} du même code est intitulé : « Dispositifs médicaux à usage individuel », et comprend un article L. 165-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 165-1.- Les organismes d'assurance maladie, ainsi que les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance,</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>“ Art. L. 165-1.- Les ...</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 162-9.- Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux sont définis par des conventions nationales conclues entre la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie et une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de chacune de ces professions.</p>	<p>peuvent conclure des accords, à l'échelon local ou national, avec les distributeurs de dispositifs médicaux à usage individuel, notamment en ce qui concerne les prix maximum pratiqués et les modalités de dispense d'avance de frais.</p>	<p>... la qualité, les prixfrais.</p>
<p>2°) les tarifs des honoraires et frais accessoires dus aux chirurgiens-</p>	<p>« Ces accords doivent comporter des dispositions adaptées à la situation des bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé. A ce titre, pour les dispositifs médicaux à usage individuel figurant sur la liste mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 861-3, ces accords prévoient soit l'obligation pour les distributeurs de proposer un dispositif à un prix n'excédant pas le montant des frais pris en charge défini par l'arrêté mentionné à l'article L. 861-3, soit le montant maximal pouvant être facturé aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé.</p>	<p>Amendement n° 76 Alinéa sans modification</p>
	<p>« En l'absence d'accord ou lorsque les dispositions de l'accord ne répondent pas aux conditions définies à l'alinéa précédent, un arrêté fixe les obligations mentionnées à l'alinéa précédent s'imposant aux distributeurs.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
	<p>« Les dispositions du titre VI de l'ordonnance n° 86-1243 du 1^{er} décembre 1986 relative à la liberté des prix et de la concurrence sont applicables aux infractions prévues par cet arrêté. »</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
	<p>Article 24</p>	<p>Article 24</p>
	<p>Le 2° du deuxième alinéa de l'article L. 162-9 du même code est</p>	<p>Le ...</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention ;	complété par un membre de phrase ainsi rédigé : “ si elle autorise un dépassement pour les soins visés au 3° de l'article L. 861-3, la convention nationale intéressant les chirurgiens-dentistes fixe le montant maximal applicable aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé ; à défaut de convention, ou si la convention ne prévoit pas de dispositions spécifiques aux bénéficiaires de cette protection, un arrêté interministériel détermine la limite applicable à ces dépassements pour les intéressés ; ”.	...maximal de ce dépassement applicable ...
LIVRE VIII	CHAPITRE 2	CHAPITRE 2
Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale – Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées	Dispositions financières	Dispositions financières
	Article 25	Article 25
	Le chapitre 2 du titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale est intitulé : “ Dispositions financières ”, et comprend les articles L. 861-10 à L. 861-17 ainsi rédigés :	Alinéa sans modification
	« Art. L. 861-10.- Il est créé un fonds dont la mission est de financer la couverture des dépenses de santé prévue à l'article L. 861-3.	« Art. L. 861-10.- Alinéa sans modification
	« Ce fonds, dénommé : « fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie », est un établissement public national à caractère administratif. Un décret fixe la composition du conseil d'administration, constitué de représentants de l'Etat, ainsi que la composition du conseil de surveillance, comprenant notamment des membres du Parlement, des représentants d'associations œuvrant dans le domaine	« Ce fonds, administratif. Un d'administration, qui comprend le domaine social,

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

économique et social en faveur des populations les plus démunies, des représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie et des représentants des organismes de protection sociale complémentaire. Ce décret fixe également les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds.

de représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie, des mutuelles et des assurances. Ce décret ...

... fonds

Amendement n° 78

« Au sein de ce fonds, les organismes mentionnés au b) de l'article L. 861-4 peuvent créer un fonds d'accompagnement à la protection complémentaire des personnes dont les ressources sont supérieures au plafond prévu à l'article L. 861-1. Les modalités d'intervention de ce fonds sont déterminées par le conseil d'administration prévu à l'alinéa précédent.

Amendement n° 79

« Art. L. 861-11.- Alinéa sans modification

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

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

Alinéa sans modification

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

Alinéa sans modification

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

Alinéa sans modification

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

« Art. L. 861-12.- Alinéa sans modification

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

Alinéa sans modification

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

Alinéa sans modification

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

Amendement n° 80

« Art. L. 861-13.- I.- Non modifié

Les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le livre IX du présent code ou par le livre VII du code

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

rural, et les entreprises régies par le code des assurances sont assujetties à une contribution à versements trimestriels, assise sur le montant hors taxes des cotisations et primes afférentes à la protection complémentaire en matière de santé, recouvrées au cours d'un trimestre civil au titre de leur activité réalisée en France.

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

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

« Art. L. 861-14.- Les sommes dues en application de l'article L. 861-13 sont versées par les organismes débiteurs aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale territorialement compétents désignés par arrêté ministériel, au plus tard le dernier jour du premier mois de chaque trimestre civil au titre des cotisations et primes recouvrées au cours du trimestre civil précédent.

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

« Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime

« II.- Non modifié

« III.- Les organismes

..., au produit d'une somme déterminée par décret par le nombre ...

... L. 861-4.

Amendement n° 81

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

Amendement n° 82

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

général reversent les sommes encaissées en application du premier alinéa au fonds mentionné à l'article L. 861-10.

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

« *Art. L. 861-15.* - Lorsque le montant de la contribution due en application du I et du II de l'article L. 861-13 est inférieur au montant de la déduction découlant de l'application du III du même article, les organismes mentionnés au I de l'article L. 861-13 demandent au fonds le versement de cette différence dans le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 861-14. Le fonds procède à ce versement au plus tard le dernier jour du mois suivant.

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

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

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

« *c)* Les organismes mentionnés au I de l'article L. 861-13 communiquent aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général les éléments nécessaires à la détermination de l'assiette de la contribution et de la déduction prévues au même article ; ils communiquent au fonds les éléments nécessaires à l'application de l'article L. 861-15 et

Alinéa supprimé

Amendement n° 83

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

l'état des dépenses et recettes relatives à la protection complémentaire mise en oeuvre au titre du *b)* de l'article L. 861-4 ;

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

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

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

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

« Le fonds et les organismes chargés du recouvrement de la contribution disposent, à l'égard des associations constituées en application du présent article, des mêmes pouvoirs de contrôle qu'à l'égard des organismes mentionnés au I de l'article L. 861-13. »

CHAPITRE 3

Article 26

Les personnes titulaires de l'aide médicale à la date d'entrée en vigueur

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

CHAPITRE 3

Dispositions transitoires

Article 26

Les personnes ...

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>TITRE VII DU LIVRE III Dispositions diverses CHAPITRE 1^{ER} Dispositions spéciales aux bénéficiaires de diverses législations de prévoyance et d'aide sociale SECTION 3 Bénéficiaires de l'aide sociale</p> <p>Art. L. 371-8 .- Le bénéfice de la législation sur l'aide sociale aux personnes âgées et sur l'aide sociale aux infirmes, aveugles et grands infirmes est maintenu aux assurés sociaux jusqu'au</p>	<p>de la présente loi bénéficient de plein droit des dispositions de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, jusqu'à l'expiration de la période d'admission à l'aide médicale et, en tout état de cause, jusqu'au 31 mars 2000.</p> <p>Article 27</p> <p>Pour l'application de l'article 26, les organismes d'assurance maladie reçoivent de l'Etat ou des départements les informations nominatives nécessaires et mettent en œuvre, dans les conditions prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, des traitements automatisés d'informations nominatives.</p> <p>CHAPITRE 4</p> <p>Dispositions diverses</p> <p>Article 28</p> <p>Le chapitre 3 du titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale est intitulé :</p> <p>« Dispositions d'application », et comprend l'article L. 861-18 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 861-18.- Des décrets en Conseil d'Etat déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent titre. »</p> <p>Article 29</p> <p>Les articles L. 371-8 à L. 371-11 du code de la sécurité sociale sont abrogés.</p>	<p>... de cause, jusqu'au 30 juin 2000.</p> <p>Amendement n° 84</p> <p>Article 27</p> <p>Sans modification</p> <p>CHAPITRE 4</p> <p>Dispositions diverses</p> <p>Article 28</p> <p>Sans modification</p> <p>Article 29</p> <p>Sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>premier paiement des arrérages de leur pension de vieillesse et d'invalidité.</p>		
<p>Art. L. 371-9.- L'assuré conserve le bénéfice des dispositions des lois sur l'aide sociale aux familles autorisés. dans la limite des cumuls.</p>		
<p>Art. L. 371-10.- Les assurés et les membres de leur famille peuvent être admis à l'aide médicale dans les conditions du chapitre VII du titre III du code de la famille et de l'aide sociale, soit pour les soins médicaux et les frais pharmaceutiques, soit pour les frais d'hospitalisation, soit pour la totalité de ces avantages.</p>		
<p>Les caisses primaires d'assurance maladie pourront présenter des recours contre les décisions des commissions d'admission à l'ai de sociale, dans les formes et délais prévus par le chapitre Ier du titre III du code de la famille et de l'aide sociale.</p>		
<p>Art. L. 371-11.- Les prestations dues par les caisses primaires d'assurance maladie pour les assurés bénéficiaires de la présente section sont les mêmes et d'un même montant que celles prévues pour les autres assurés.</p>		
<p>Elles sont versées à la collectivité publique d'aide sociale Toutefois, les frais d'hospitalisation sont payés directement par les caisses aux établissements hospitaliers ou aux établissements de soins privés agréés par la sécurité sociale.</p>		
	TITRE III	TITRE III
	Réforme de l'aide médicale	Réforme de l'aide médicale
	Article 30	Article 30
	Le titre III <i>bis</i> du code de la famille et de l'aide sociale est ainsi rédigé :	Sans modification
Code de la famille et de l'aide sociale		
TITRE III <i>BIS</i>		
Aide médicale	« Aide médicale de l'Etat »	Intitulé sans modification

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">CHAPITRE 1</p> <p style="text-align: center;">Conditions générales d'admission</p> <p>Art. 187-1. - Sous réserve des dispositions de l'article 186, toute personne résidant en France a droit, pour elle-même et les personnes à sa charge au sens des articles L 161-14 et L 313-3 du code de la sécurité sociale, à l'aide médicale pour les dépenses de soins qu'elle ne peut supporter.</p> <p>Cette aide totale ou partielle est attribuée en tenant compte des ressources du foyer du demandeur, à l'exclusion de certaines prestations à objet spécialisé, ainsi que de ses charges. Un barème départemental peut être défini par le règlement départemental d'aide sociale pour l'admission de plein droit à l'aide médicale des personnes prises en charge par le département en vertu de l'article 190-1. Un barème établi par voie réglementaire peut déterminer les conditions d'admission de plein droit à l'aide médicale des personnes prises en charge par l'Etat en vertu de l'article 190-1. Les demandes auxquelles ces barèmes ne permettent pas de faire droit sont examinées dans les conditions prévues par l'article 189-6.</p> <p>Art. 187-2. - I - Sont admises de plein droit à l'aide médicale pour la prise en charge des cotisations d'assurance personnelle prévue par le 3° de l'article 188-1 :</p> <p>1° Les personnes qui bénéficient du revenu minimum d'insertion institué par la loi n° 88-1088 du 1er décembre 1988 ;</p> <p>2° Les personnes âgées de dix-sept à vingt-cinq ans qui satisfont</p>	<p style="text-align: center;">« Art. 187-1.- Tout étranger résidant en France sans remplir les conditions fixées par l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale et dont les ressources ne dépassent pas le plafond mentionné à l'article L. 861-1 de ce code peut accéder, pour lui-même et les personnes à sa charge au sens des articles L. 161-14 et L. 313-3 de ce code, aux soins que nécessite son état.</p> <p>« En outre, toute personne qui, ne résidant pas en France, est présente sur le territoire français, et dont l'état de santé le justifie, peut, par décision individuelle prise par le ministre chargé de l'action sociale, bénéficier de l'aide médicale de l'Etat dans les conditions prévues par l'article 187-3. Dans ce cas, la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article 187-2 peut être partielle.</p> <p style="text-align: center;">« Art. 187-2.- La prise en charge, assortie de la dispense d'avance des frais, concerne :</p> <p>« 1° Les frais définis aux 1°, 2°, 4° et 6° de l'article L. 321-1 et à l'article L. 331-2 du code de la sécurité sociale par application des tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie ;</p> <p>« 2° Le forfait journalier, institué par l'article L. 174-4 du même</p>	<p style="text-align: center;">« Art. 187-1.- Tout ...</p> <p>... de ce code <i>a droit</i> , pour lui-même ...</p> <p>... de ce code, <i>à la prévention et</i> aux soins que nécessite son état.</p> <p style="text-align: center;">Amendements n°s 85 et 86</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« 1° Les frais définis aux 1°, 2°, 4°, 6° et 7° de l'article ...</p> <p>...de l'assurance maladie ;</p> <p style="text-align: center;">Amendement n° 87</p> <p>Alinéa sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>aux conditions de ressources et de résidence en France fixées par cette loi pour l'attribution du revenu minimum d'insertion.</p>	code.	
<p>3° Les personnes titulaires de l'allocation de veuvage qui n'ont pas droit à un titre quelconque aux prestations en nature d'un régime obligatoire d'assurance maladie-maternité.</p>		
<p>II. - En outre, les personnes mentionnées au 1° et au 3° du I bénéficient de plein droit de l'aide médicale pour la part laissée à leur charge, en application des articles L 322-2 et L 741-9 du code de la sécurité sociale, ainsi que pour le forfait journalier, institué par l'article L 174-4 du même code.</p>		
<p>III. - Les règles relatives à l'obligation alimentaire ne sont pas mises en jeu pour les prestations d'aide médicale prises en charge au titre du présent article.</p>		
<p>IV. - La prise en charge de plein droit des cotisations d'assurance personnelle au titre du I ci-dessus prend fin, sous réserve des dispositions de l'article L 741-10 du code de la sécurité sociale, quand le droit à l'allocation de revenu minimum d'insertion cesse d'être ouvert ou quand les personnes âgées de dix-sept à vingt-cinq ans cessent de remplir les conditions de ressources ou de résidence mentionnées au 2° du I ci-dessus. Elle est, toutefois, maintenue jusqu'à ce qu'il ait été statué sur la prise en charge de droit commun des cotisations d'assurance personnelle dans les conditions déterminées au présent titre.</p>	<p>« Art. 187-3.- La demande d'aide médicale de l'Etat peut être déposée auprès :</p>	Alinéa sans modification
	<p>« 1° D'un organisme d'assurance maladie ;</p>	Alinéa sans modification
	<p>« 2° D'un centre communal ou</p>	Alinéa sans modification

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
Art. 188-1.- Sont pris en charge, totalement ou partiellement, au titre de l'aide médicale :	<p>intercommunal d'action sociale du lieu de résidence de l'intéressé ;</p> <p>« 3° Des services sanitaires et sociaux du département de résidence ;</p> <p>« 4° Des associations ou organismes à but non lucratif agréés à cet effet par décision du représentant de l'Etat dans le département.</p> <p>« L'organisme auprès duquel la demande a été déposée établit un dossier conforme au modèle fixé par arrêté du ministre chargé de l'action sociale et le transmet, dans un délai de huit jours, à la caisse d'assurance maladie qui en assure l'instruction par délégation de l'Etat.</p> <p>« Toutefois, les demandes présentées par les personnes pouvant bénéficier de l'aide médicale en application du deuxième alinéa de l'article 187-1 sont instruites par les services de l'Etat.</p> <p>« <i>Art. 187-4.-</i> Les personnes mentionnées au premier alinéa de l'article 187-1 qui se trouvent, au moment de la demande d'aide médicale de l'Etat, sans domicile fixe, doivent, pour bénéficier de cette aide, élire domicile auprès d'un organisme agréé à cet effet par le représentant de l'Etat dans le département.</p>	Alinéa sans modification Alinéa sans modification Alinéa sans modification Alinéa sans modification Alinéa sans modification
1° Les frais définis aux 1°, 2°, 4° et 6° de l'article L 321-1 et à l'article L 331-2 du code de la sécurité sociale par application des tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie ;		
2° Le forfait journalier, institué par l'article L 174-4 du même code ;		
3° Les cotisations à l'assurance personnelle mentionnées aux articles L 741-4 et L 741-5 du même code, dans les conditions fixées par l'article L 741-3-1 de ce code.		
Art. 188-2.- Le règlement départemental d'aide sociale, mentionné par l'article 34 de la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions	« <i>Art. 188.-</i> L'admission à l'aide médicale de l'Etat des personnes relevant du premier alinéa de l'article 187-1 est prononcée par le représentant de l'Etat dans le département, qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des	Alinéa sans modification

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>et l'Etat, peut prévoir des dispositions plus favorables et, en particulier, la prise en charge de cotisations d'un régime complémentaire d'assurance maladie.</p>	<p>travailleurs salariés.</p> <p>« Cette admission est accordée pour une période d'un an.</p>	Alinéa sans modification
<p>Art. 188-3.- La prise en charge au titre de l'aide médicale des dépenses mentionnées à l'article 188-1 est subordonnée à la condition que l'intéressé fasse valoir ses droits aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité ainsi qu'aux garanties auxquelles il peut prétendre auprès d'une mutuelle, d'une entreprise d'assurances ou d'une institution de prévoyance mentionnée à l'article L 732-1 du code de la Sécurité sociale ou à l'article 1050 du code rural.</p>	<p>« Les demandeurs dont la situation l'exige sont admis immédiatement au bénéfice de l'aide médicale de l'Etat.</p>	Alinéa sans modification
<p>Les dispositions de l'alinéa précédent peuvent être rendues applicables par le règlement départemental d'aide sociale pour les prestations versées en application de l'article 188-2.</p>	<p>« Art. 189.- Les prestations prises en charge par l'aide médicale de l'Etat peuvent être recouvrées auprès des personnes tenues à l'obligation alimentaire à l'égard des bénéficiaires de cette aide. Les demandeurs d'une admission au bénéfice de l'aide médicale de l'Etat sont informés du recouvrement possible auprès des personnes tenues à l'obligation alimentaire à leur égard des prestations prises en charge par l'aide médicale. Les dispositions de l'article 144 ne sont pas applicables.</p>	Alinéa sans modification
<p>Les organismes mentionnés à l'article 189-1 assistent le demandeur dans les démarches qu'il engage pour faire valoir les droits définis au premier alinéa</p>	<p>« Art. 190.- Les dépenses d'aide médicale sont prises en charge par l'Etat.</p>	Alinéa sans modification
<p>Art. 188-4.- Sous réserve des conventions mentionnées au 2° de l'article L 182-1 du code de la Sécurité sociale, les dépenses prises en charge au titre de l'aide médicale sont payées directement aux prestataires de soins ou de services par la collectivité à laquelle incombe cette aide en application de l'article 190-1.</p>	<p>« Lorsque les prestations d'aide médicale ont pour objet la réparation d'un dommage ou d'une lésion imputable à un tiers, l'Etat peut poursuivre contre le tiers responsable le remboursement des prestations mises à sa charge. »</p>	Alinéa sans modification
<p>Art. 189-1.- La demande d'aide médicale au choix du demandeur est déposée :</p>		
<p>1° Soit auprès du centre communal ou intercommunal d'action sociale du lieu de résidence de l'intéressé ;</p>		

Textes en vigueur

2° Soit auprès des services sanitaires et sociaux du département de résidence ;

3° Soit auprès des associations ou organismes à but non lucratif agréés à cet effet par décision conjointe du président du conseil général et du représentant de l'Etat dans le département ;

4° Soit auprès des organismes d'assurance maladie lorsque cette procédure est prévue par une convention conclue en application de l'article L 182-1 du code de la sécurité sociale.

L'organisme devant lequel la demande a été déposée établit un dossier conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de l'action sociale.

Art. 189-2.- Le président du centre communal ou intercommunal d'action sociale de la commune de résidence de l'intéressé transmet, à tout moment, au président du conseil général, les éléments d'information dont il dispose sur les ressources et la situation de famille du demandeur ou du bénéficiaire de l'aide médicale.

L'intéressé est tenu informé des éléments le concernant qui ont été transmis en application du présent article.

Art. 189-3.- Les personnes qui se trouvent, au moment de la demande d'aide médicale, sans résidence stable et qui n'ont pas élu domicile en application de l'article 15 de la loi n° 88-1088 du 1er décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion doivent, pour bénéficier de cette aide, élire domicile auprès d'un organisme spécialement agréé par décision du représentant de l'Etat dans le département.

Les conditions d'agrément ainsi que les modalités selon lesquelles les organismes peuvent recevoir l'élection de domicile sont fixées par voie réglementaire.

L'organisme auprès duquel une

Texte du projet de loi

**Propositions de la
Commission**

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

**Propositions de la
Commission**

personne se trouvant sans résidence stable dépose sa demande doit apporter son concours à l'intéressé pour l'accomplissement des démarches permettant l'élection de domicile.

Art. 189-4.- I. - Sous réserve des dispositions du III de l'article 187-2, les prestations prises en charge par l'aide médicale peuvent être recouvrées auprès des personnes tenues à l'obligation alimentaire à l'égard des bénéficiaires de cette aide.

II. - Les demandeurs d'une admission au bénéfice de l'aide médicale sont informés du recouvrement possible auprès des personnes tenues à l'obligation alimentaire à leur égard des prestations prises en charge par l'aide médicale.

III. - Les dispositions de l'article 144 ne sont pas applicables.

Art. 189-5.- Les dossiers de demande d'aide médicale établis par les organismes mentionnés à l'article 189-1 sont transmis dans les huit jours du dépôt de celle-ci au président du conseil général ou, dans le cas prévu à l'article 183-3, au préfet, qui en assure l'instruction.

Art. 189-6.- Sous réserve des dispositions du 5° de l'article 35 de la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 précitée, l'admission à l'aide médicale est prononcée par le président du conseil général ou, pour les personnes mentionnées à l'article 189-3, par le représentant de l'Etat qui a reçu le dossier. Elle est accordée pour une période d'un an, sans préjudice de la révision de la décision en cas de modification de la situation de l'intéressé.

L'admission peut être prononcée pour des périodes plus courtes, dans les cas définis par voie réglementaire.

Art. 189-7.- Sont immédiatement admis au bénéfice de l'aide médicale :

1° Les demandeurs dont la

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

**Propositions de la
Commission**

situation l'exige ;

2° Les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion.

Art. 189-8.- Lorsque postérieurement à une décision d'admission à l'aide médicale il apparaît que l'intéressé relève d'une autre collectivité publique, le président du conseil général ou, pour les personnes mentionnées à l'article 189-3, le représentant de l'Etat dans le département notifie sa décision à l'autorité administrative compétente dans un délai de trois mois à compter de la demande.

Si cette notification n'est pas faite dans le délai requis, les frais engagés restent à la charge de la collectivité publique qui a prononcé l'admission.

Art. 190-1.- Sous réserve des dispositions du 5° de l'article 35 de la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 précitée, les dépenses d'aide médicale sont prises en charge :

1° Par le département où réside l'intéressé au moment de la demande d'admission à l'aide médicale ;

2° Par l'Etat, pour les personnes dépourvues de résidence stable, et ayant fait élection de domicile auprès d'un organisme agréé conformément aux dispositions de l'article 189-3.

En cas d'admission dans un établissement de santé ou dans un établissement social ou médico-social, les dépenses sont prises en charge par le département où l'intéressé résidait antérieurement à cette admission ou, s'il était dépourvu de résidence stable lors de cette admission, par l'Etat.

Art. 190-2.- Dans la limite des prestations allouées, l'Etat ou le département qui assure des frais en application des dispositions du 1° de l'article L 182-1 du code de la sécurité sociale sont subrogés dans les droits du bénéficiaire de l'aide médicale vis-à-vis des organismes d'assurance maladie et des organismes mentionnés au premier alinéa de l'article 188-3.

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Lorsque les prestations d'aide médicale ont pour objet la réparation d'un dommage ou d'une lésion imputable à un tiers, l'Etat ou le département peuvent poursuivre contre le tiers responsable le remboursement des prestations mises à leur charge.</p>	<p>I.- Le code de la famille et de l'aide sociale est ainsi modifié :</p>	<p>I.- Alinéa sans modification</p>
<p>Art. 190-3.- Des avances sur recettes d'aide médicale sont accordées par le département aux établissements de santé de court et moyen séjour lorsque les recettes attendues au titre de l'aide médicale dépassent un seuil fixé par décret</p>	<p>1° Au deuxième alinéa de l'article 124-2 les mots : « le président du conseil général ou » sont supprimés ;</p>	<p>1° Alinéa sans modification</p>
<p>Code de la famille et de l'aide sociale</p>	<p>Article 31</p>	<p>Article 31</p>
<p>TITRE III Aide sociale</p>	<p>Article 31</p>	<p>Article 31</p>
<p>Art. 124-2.- Les prestations légales d'aide sociale, éventuellement améliorées dans les conditions prévues par l'article 34 de la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 précitée, sont attribuées par la commission mentionnée à l'article 126 selon une procédure fixée par décret en Conseil d'Etat. Toutefois, les prestations d'aide sociale à l'enfance, les prestations relatives à la lutte contre la tuberculose mentionnées aux articles L 214 et suivants du code de la santé publique et les prestations mentionnées à l'article 181-1 du présent code sont attribuées par le président du conseil général. Il en est de même des prestations mentionnées à l'article 39 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, dans les conditions prévues par cette loi. Les prestations mentionnées aux articles 156, 181-2 et 185 du présent code sont attribuées par le représentant de l'Etat.</p>	<p>I.- Le code de la famille et de l'aide sociale est ainsi modifié :</p>	<p>I.- Alinéa sans modification</p>
<p>Les prestations d'aide médicale sont attribuées par le président du conseil général ou par le représentant de l'Etat dans le département dans les conditions fixées par le titre III bis du présent code.</p>	<p>1° Au deuxième alinéa de l'article 124-2 les mots : « le président du conseil général ou » sont supprimés ;</p>	<p>1° Alinéa sans modification</p>
<p>Art . 145.- En cas de carence de</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>l'intéressé, le représentant de l'Etat ou le président du conseil général peut demander en son lieu et place à l'autorité judiciaire la fixation de la dette alimentaire et le versement de son montant au département, à charge pour celui-ci de le reverser au bénéficiaire, augmenté le cas échéant de la quote-part de l'aide sociale.</p>	<p>2° Le deuxième alinéa de l'article 145 est abrogé ;</p>	<p>2° Alinéa sans modification</p>
<p>Les mêmes droits appartiennent aux maires des villes ayant conservé un régime spécial d'aide médicale.</p>	<p>3° Aux articles 146 et 149, le membre de phrase : « ou par la commune lorsqu'elle bénéficie d'un régime spécial d'aide médicale » est abrogé ;</p>	<p>3° A l'article 146, les mots : « ou par la commune lorsqu'elle bénéficie d'un régime spécial d'aide médicale » sont supprimés.</p>
<p>Art. 146.- Des recours sont exercés par le département, par l'Etat, si le bénéficiaire de l'aide sociale n'a pas de domicile de secours, ou par la commune lorsqu'elle bénéficie d'un régime spécial d'aide médicale :</p>	<p>« 3° bis A l'article 149, les mots : « L'Etat, le département ou la commune, lorsque celle-ci bénéficie d'un régime spécial d'aide médicale, sont remplacés par les mots : « L'Etat ou le département ».</p>	
<p>Art. 149.- L'Etat, le département ou la commune, lorsque celle-ci bénéficie d'un régime spécial d'aide médicale, sont, dans la limite des prestations allouées, subrogés dans les droits de l'allocataire en ce qui concerne les créances pécuniaires de celui-ci contre toute personne physique ou morale en tant que ces créances ne sont ni incessibles, ni insaisissables et que la subrogation a été signifiée au débiteur.</p>	<p>4° L'article 186 est ainsi modifié :</p>	<p>4° Alinéa sans modification</p>
<p>Art. 186.- Les personnes de nationalité étrangère bénéficient dans les conditions prévues aux titres II, III et III bis</p>	<p>a) Le 3° est ainsi rédigé :</p>	<p>a) Alinéa sans modification</p>
<p>3° De l'aide médicale en cas de soins dispensés par un établissement de santé ou de prescriptions ordonnées à cette occasion, y compris en cas de consultation externe ;</p>	<p>« 3° De l'aide médicale de l'Etat :</p>	<p>« 3° Alinéa sans modification</p>
<p>« a) Pour les soins dispensés par un établissement de santé ou pour</p>	<p>« a) Alinéa sans modification</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>4° De l'aide médicale à domicile, à condition qu'elles justifient soit d'un titre exigé des personnes de nationalité étrangère pour séjourner régulièrement en France, soit d'une résidence ininterrompue en France métropolitaine depuis au moins trois ans ;</p>	<p>les prescriptions ordonnées à cette occasion, y compris en cas de consultation externe ; Pour les soins de ville, lorsque ces personnes justifient d'une résidence ininterrompue en France depuis au moins trois ans ;</p>	« b) Alinéa sans modification
<p>5° Des allocations aux personnes âgées et aux infirmes prévues aux articles 158 et 160, à condition qu'ils justifient d'une résidence ininterrompue en France métropolitaine depuis au moins quinze ans avant soixante-dix ans. Pour tenir compte de situations exceptionnelles, il peut être dérogé aux conditions fixées au 4° et à l'alinéa ci-dessus par décision du ministre chargé de l'action sociale. Les dépenses en résultant sont à la charge de l'Etat</p>	<p>b) Le 5° devient le 4° ;</p> <p>c) Au dernier alinéa, les mots : “aux conditions fixées au 4°” sont remplacés par les mots : “aux conditions fixées au b) du 3°” ;</p>	b) Alinéa sans modification c) Alinéa sans modification
<p>Art. 195.- Sous réserve de l'application de l'article 201, les recours formés contre les décisions prises en vertu des articles 190-1, 193 et 194 du code de la famille et de l'aide sociale relèvent en premier et dernier ressort de la compétence de la commission centrale d'aide sociale instituée par l'article 129. Les décisions de la commission centrale d'aide sociale peuvent faire l'objet d'un recours en cassation devant le Conseil d'Etat</p>	<p>5° A l'article 195, la mention de l'article 190-1 est supprimée.</p>	5° Alinéa sans modification
<p>Code de la sécurité sociale TITRE VIII DU LIVRE IER Dispositions diverses - Dispositions d'application CHAPITRE 2 Dispositions relatives aux bénéficiaires de l'aide médicale</p>	<p>II.- Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	II.- Non modifié
<p>Art. L. 182-1.- Dans chaque département, la ou les autorités compétentes en vertu de la loi n° 83-663</p>	<p>1° L'article L.182-1 est ainsi rédigé: « Art. L.182-1.- Une convention conclue entre, d'une part, l'Etat et, d'autre part, la Caisse nationale de</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>du 22 juillet 1983 peuvent, en accord avec le ou les organismes d'assurance maladie et après consultation des syndicats signataires de la convention médicale, prévoir dans une convention que :</p>	<p>l'assurance maladie des travailleurs salariés prévoit les conditions dans lesquelles les caisses primaires d'assurance maladie exercent, au nom de l'Etat, les compétences dévolues à ce dernier pour l'attribution des prestations d'aide médicale prévues en application de l'article 188 du code de la famille et de l'aide sociale.</p>	
<p>1° Soit :</p>	<p>« Elle fixe les conditions dans lesquelles lesdites prestations sont payées aux prestataires de soins ou de services par les caisses primaires d'assurance maladie et sous leur contrôle, sur la base des tarifs de responsabilité de ces organismes. Elle détermine les modalités du versement par l'Etat des sommes dues à ce titre à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, ainsi qu'au titre des frais de gestion. » ;</p>	
<p>a) Les assurés sociaux bénéficiaires de l'aide médicale sont soumis au contrôle de l'aide médicale. Les conditions de prise en charge de leurs soins sont déterminées par le règlement départemental d'aide médicale.</p>		
<p>b) Les organismes d'assurance maladie allouent aux services de l'aide médicale une participation représentative des dépenses engagées en faveur des assurés sociaux bénéficiaires de l'aide médicale.</p>		
<p>2° Soit :</p>		
<p>a) Tout ou partie des prestations prises en charge par l'assurance maladie est intégralement payé aux prestataires de soins ou de services par les organismes d'assurance maladie et sous leur contrôle, sur la base des tarifs de responsabilité de ces organismes ou dans la limite des tarifs prévus par le règlement départemental d'aide médicale.</p>		
<p>b) Les collectivités publiques d'aide sociale remboursent aux organismes d'assurance maladie, pour chaque assuré social bénéficiaire de l'aide médicale, la part des frais incombant à l'aide médicale.</p>		
<p>c) Des avances de trésorerie sont accordées aux organismes d'assurance maladie par les collectivités publiques d'aide sociale.</p>		
<p>Art. L. 182-2.- La convention prévue au 1° de l'article L 182-1 est établie dans le respect du droit du</p>	<p>2° Les articles L.182-2 à L.182-5 sont abrogés.</p>	

Textes en vigueur

malade au libre choix de son établissement de soins.

Art. L. 182-3.- Pour les prestations prises en charge de plein droit par l'aide médicale, par application de barèmes établis en vertu de l'article 187-1 du code de la famille et de l'aide sociale ou des dispositions de l'article 187-2 dudit code, la convention conclue en application du 2° de l'article L. 182-1 peut prévoir que les organismes d'assurance maladie exercent au nom du département les compétences qui lui sont attribuées, en matière d'aide médicale, en vertu du titre III bis du code de la famille et de l'aide sociale. Dans ce cas, les dispositions de la convention prévues à cet effet doivent être conformes à une convention-type établie par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après consultation de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse centrale de secours mutuels agricoles et de la Caisse nationale de l'assurance maladie-maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles. Cette convention-type détermine notamment les modalités du versement des avances de trésorerie et des frais de gestion par les départements aux organismes d'assurance maladie.

Les conventions associant plusieurs régimes peuvent prévoir la désignation, parmi eux, d'un organisme unique chargé soit de centraliser les règlements des dépenses de soins des assurés sociaux bénéficiaires de l'aide médicale, effectués en application du 2° de l'article L. 182-1, soit d'assurer la gestion de l'aide médicale, soit d'effectuer l'ensemble de ces missions.

Lorsqu'il est fait usage de la faculté mentionnée au premier alinéa, le directeur du ou des organismes d'assurance maladie est substitué au président du conseil général pour l'application des articles 189-6 et 189-7 du code de la famille et de l'aide sociale

Art. L. 182-4.- Pour les prestations prises en charge de plein

Texte du projet de loi

**Propositions de la
Commission**

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

**Propositions de la
Commission**

droit par l'aide médicale, par application du barème fixé par voie réglementaire prévu par l'article 187-1 du code de la famille et de l'aide sociale ou des dispositions de l'article 187-2 dudit code, une convention conclue entre, d'une part, l'Etat et, d'autre part, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse centrale de secours mutuels agricoles et la Caisse nationale de l'assurance maladie-maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles peut préciser les conditions dans lesquelles les organismes d'assurance maladie exercent au nom de l'Etat les compétences dévolues à celui-ci, en matière d'aide médicale, en vertu des dispositions du titre III bis du code de la famille et de l'aide sociale.

Cette convention détermine les modalités de versement de frais de gestion aux organismes d'assurance maladie

Des organismes chargés d'assurer la gestion de l'aide médicale pour l'ensemble des régimes peuvent être désignés par les directeurs des organismes signataires des conventions

La convention mentionnée au premier alinéa prévoit les conditions dans lesquelles les directeurs des organismes d'assurance maladie exercent les attributions dévolues au représentant de l'Etat pour l'application des articles 189-6 et 189-7 du code de la famille et de l'aide sociale

Art. L. 182-5.- Lorsqu'elles sont conservées sur un support informatique, les données strictement nécessaires à l'attribution de l'aide médicale peuvent faire l'objet de transmissions entre les organismes susvisés dans les conditions prévues à l'article 15 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Un décret fixera les modalités d'information des bénéficiaires qui feront l'objet d'un contrôle défini dans le présent article.

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

TITRE V

TITRE V

Entrée en vigueur

Entrée en vigueur

Article additionnel

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

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

Amendement n° 89

Article 38

Article 38

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

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

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

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

4° Les dispositions de l'article 9 et du 2° de l'article 11 sont applicables aux versements effectués au profit respectivement du fonds mentionné à l'article L. 135-1 et de la caisse nationale de l'assurance maladie des

Sans modification

Textes en vigueur

—

Texte du projet de loi

—

travailleurs salariés à compter du 1^{er} janvier 2000 ;

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

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

Propositions de la Commission

—

AMENDEMENTS NON ADOPTES PAR LA COMMISSION

Article premier

Amendements présentés par M. Denis Jacquat :

- Supprimer cet article.
- Rédiger ainsi cet article :

« La protection de la santé et l'égal accès à la prévention et aux soins constituent un impératif national. A ces fins, il est créé une couverture maladie universelle qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie, et aux personnes les plus défavorisées, le droit à une aide financière pour leur permettre de bénéficier d'une protection complémentaire. »

(Devenu sans objet)

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Rédiger ainsi la dernière phrase de cet article :

« A ces fins, il est créé une couverture maladie universelle qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie et aux personnes les plus défavorisées, le droit à une aide financière pour leur permettre de bénéficier d'une protection complémentaire, ainsi que le droit à la dispense d'avance de frais. »

Amendement présenté par Mme Gilberte Marin-Moskovitz :

Dans la dernière phrase de cet article, substituer aux mots : « les plus défavorisées », les mots : « dont les revenus sont les plus faibles ».

(Devenu sans objet)

Amendements présentés par M. Yves Bur :

• Dans la dernière phrase de cet article, substituer aux mots : « le droit », les mots : « l'accès ».

• Dans la dernière phrase de cet article, après les mots : « protection complémentaire et », insérer les mots : « sous certaines conditions ».

(Devenu sans objet)

Article 3

(article L. 380-2 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par M. André Aschieri :

Substituer aux deux premiers alinéas de cet article les quatre alinéas suivants :

« Article L. 380-2.- Les personnes affiliées au régime général dans les conditions fixées à l'article L. 380-1 ne sont redevables d'une cotisation que lorsque leurs ressources dépassent un montant de 3 800 francs par mois par unité de consommation. Ce seuil est révisé chaque année selon les modalités prévues à l'article L. 861-1 du même code.

« La cotisation au-delà du seuil des revenus mentionné au premier alinéa, entre ce seuil et le SMIC, est fixé à 10 % des revenus. Un décret détermine les obligations déclaratives incombant aux assujettis.

« L'aggravation des charges publiques qui pourraient résulter de l'application des dispositions prévues ci-dessus est compensée par une augmentation à due concurrence des droits de consommation sur les tabacs prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts. »

Amendement présenté par Mme Muguette Jacquaint :

I.- Dans le premier alinéa de cet article, substituer aux mots : « stable et régulière », le mot : « durable ».

II.- Il est créé une taxe additionnelle sur les profits.

(article L. 380-2 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par M. Yves Bur :

Après les mots : « fixé par », rédiger ainsi la fin du premier alinéa de cet article : « une disposition de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000. »

(Devenu sans objet)

Amendement présenté par M. Jean-Claude Boulard, rapporteur :

Compléter le premier alinéa de cet article par les mots :

« , révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix ».

(Devenu sans objet)

Amendement présenté par M. Denis Jacquat :

Après le mot : « code », supprimer la fin du dernier alinéa de cet article.

Article 4

(article L. 161-2-1 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par Mme Gilberte Marin-Moskovitz :

Dans la première phrase du premier alinéa de cet article, substituer aux mots : « sur justification de son identité et de sa résidence stable et régulière », les mots : « sous réserve qu'elle s'engage à justifier de son identité et de sa résidence stable et régulière dans un délai fixé par décret ».

Amendement présenté par Mme Muguette Jacquaint :

Dans la première phrase du premier alinéa de cet article, substituer aux mots : « stable et régulière » le mot : « durable ».

Amendements présentés par M. André Aschieri :

- Dans la première phrase du premier alinéa de cet article, substituer aux mots : « stable et régulière », le mot : « habituelle ».

- Après le premier alinéa de cet article, insérer l'alinéa suivant :

« Les documents demandés par les Caisses Primaires d'Assurances maladie pour confirmer l'ouverture du droit sont précisés par décret. »

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Après l'avant-dernier alinéa de cet article, insérer l'alinéa suivant :

« le service des prestations prévues au premier alinéa du présent article est effectué par l'entremise des sections locales de la caisse primaire concernée. Pour l'accomplissement de cette mission, il est fait appel aux mutuelles et unions de mutuelles, dans les conditions prévues aux articles L. 211-3 et L. 211-4 du présent code. »

Article 4

Amendements présentés par M. André Aschieri :

- Compléter cet article par le paragraphe suivant :

« Après l'article L. 161-2-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 161-2-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 161-2-2.- Dans chaque caisse primaire d'assurance maladie, il est désigné par le directeur de la caisse une personne référente responsable de l'inscription des personnes mentionnées à l'article L. 161-2-1, de leur orientation, de la population inscrite dans le cadre de la couverture médicale universelle ainsi que de la centralisation des informations relative à cette population et de leur expédition vers l'administration compétente. »

Article additionnel

Après l'article 4, insérer l'article suivant :

« Toute personne relevant de la Couverture Maladie Universelle, se verra remettre avec sa notification d'admission :

« - un livret du département établi sous l'autorité préfectorale contenant les informations nécessaires pour les personnes en situation de précarité, notamment en ce qui concerne les droits d'assurance chômage, de RMI ou de diverses prestations sociales,

« - un bon donnant droit à une consultation médicale non obligatoire dans des centres de dépistage et de prévention de la sécurité sociale le plus proche de son lieu de résidence dans un délai maximum de 15 jours et valable à tout moment et pour un an,

« - un bon pour une consultation sociale non obligatoire auprès d'une assistante sociale dans un délai maximum de 8 jours et valable à tout moment et pour une année, afin d'examiner sa situation, de l'informer des droits en rapport avec sa situation et d'entamer les démarches nécessaires.

« Ces offres sont renouvelées annuellement par courrier au domicile de la personne relevant de la Couverture Maladie Universelle. »

(Retiré en commission)

Article 5

(article L. 161-15-1 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par M. Yves Bur :

Dans cet article, après les mots : « à l'article L. 380-1 », insérer les mots : « qui fera l'objet d'une vérification régulière ».

Article 6

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Supprimer le deuxième alinéa (1°) du I de cet article.

(Retiré en commission)

Article additionnel

Amendement présenté par M. André Aschieri :

Après l'article 8, insérer l'article suivant :

« Toute personne détenue pour une quelconque raison doit pouvoir bénéficier à sa demande d'une consultation médicale. Seul un docteur en médecine, comme il est inscrit dans le code de déontologie, peut se prononcer sur l'état médical de la personne détenue ainsi que sur les thérapeutiques afférentes.

« Il est inscrit dans les registres de chaque centre de détention un service médical ouvert en permanence auquel il sera fait appel en cas de demande d'un détenu. Le refus de consultation de la part de l'administration devra être inscrit dans le registre courant du centre de détention et contenir la mention : refus de consultation médicale.

« Dans tous les centres de détention la première phrase de cette disposition sera affichée de manière à être connue de tous. »

(Retiré en commission)

Article 14

Amendements présentés par MM. Denis Jacquat et Bernard Accoyer :

Supprimer cet article.

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Supprimer le II de cet article.

Amendements présentés par M. Bernard Accoyer :

- Compléter cet article par le paragraphe suivant :

« L'article L. 133-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La mise en recouvrement des créances par les caisses des travailleurs non salariés non agricoles et la mutualité sociale agricole est abandonnée lorsque le revenu des cotisants est inférieur au RMI. »

- Compléter cet article par le paragraphe suivant :

« L'article L. 133-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La mise en recouvrement des créances par les caisses des travailleurs non salariés non agricoles et la mutualité sociale agricole est abandonnée lorsque le revenu des cotisants est inférieur au SMIC mensuel brut. »

- Compléter cet article par le paragraphe suivant :

« L'article L. 133-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les organismes de sécurité sociale renoncent à la mise en recouvrement de leurs créances à l'égard des travailleurs non salariés non agricoles et des exploitants agricoles en dessous d'un montant égal à 1000 francs. »

Article 20

(article L. 861-1 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par M. André Aschieri :

Rédiger ainsi cet article :

« Article L. 861-1.— Les personnes résidant en France dans les conditions prévues par l'article L. 380-1, dont les ressources, pour une exonération de cotisations, sont inférieures au plafond mentionné à l'article L. 380-2, plafond révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix et pour une exonération partielle de cotisation entre le plafond mentionné ci-dessus et le SMIC, ont droit à une couverture complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. Ce plafond varie selon la composition du foyer et le nombre de personnes à charge. »

Amendement présenté par M. Yves Bur :

Supprimer le premier alinéa de cet article.

Amendement présenté par Mme Gilberte Marin-Moskovitz :

Dans le premier alinéa de cet article, après les mots : « par décret », insérer les mots : « qui ne saurait être inférieur au montant du seuil de pauvreté ».

Amendement présenté par Mme Muguette Jacquaint :

I.- Dans le premier alinéa de cet article, substituer aux mots : « révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix », les mots : « qui ne peut être inférieur au seuil de pauvreté tel que défini par les organismes internationaux et indexé sur l'évolution du salaire brut moyen ».

II.— Il est créé une taxe additionnelle sur les profits.

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

I.— Après les mots : « l'évolution des prix », rédiger ainsi la fin du premier alinéa de cet article :

« ont droit à une aide financière pour leur permettre de bénéficier d'une couverture complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. »

II.— La perte pour les organismes de sécurité sociale est compensée par une taxe additionnelle aux droits visés aux articles 575 et 575 A du Code général des impôts.

Amendements présentés par M. Denis Jacquat :

- Dans le premier alinéa de cet article, substituer aux mots : « la protection complémentaire », les mots : « une aide financière pour la prise en charge par une couverture complémentaire. »

- Après le premier alinéa de cet article, insérer l'alinéa suivant :

« I.- Les personnes qui ont des ressources supérieures au plafond défini au premier alinéa, peuvent déduire de leur revenu imposable leur cotisation à une couverture complémentaire à hauteur de 1 500 francs par an et par personne composant le foyer fiscal.

Les personnes non redevables de l'impôt sur le revenu bénéficient d'un avoir fiscal dans des conditions définies par décret. »

II.— La perte des recettes pour l'Etat est compensée à due concurrence par le relèvement de droits prévus aux articles 575 et 575 A du Code général des impôts.

Amendements présentés par Mme Muguette Jacquaint :

- Après le premier alinéa de cet article, insérer l'alinéa suivant :

« Les personnes dont les ressources sont supérieures au plafond fixé au premier alinéa de cet article et dans une limite déterminée par décret bénéficient, pour un tarif n'excédant pas un montant fixé par arrêté, de la prise en charge par les organismes complémentaires visés au b) de l'article L. 861-4 de l'ensemble des prestations définies à l'article L. 861-3. »

(article L. 861-2 du code de la sécurité sociale)

- I.— Dans le deuxième alinéa de cet article, après les mots : « du revenu minimum d'insertion », insérer les mots : « de l'allocation spécifique de solidarité, de l'allocation adulte handicapé, de l'allocation d'insertion, du minimum vieillesse et de l'allocation de parent isolé ».

II.— Il est créé une taxe additionnelle sur les profits.

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Après les mots : « ont droit à », rédiger ainsi la fin du deuxième alinéa de cet article : « la tranche la plus élevée de l'aide financière pour la couverture complémentaire. »

Amendement présenté par Mme Muguette Jacquaint :

- I.— Après le deuxième alinéa de cet article, insérer l'alinéa suivant :

« Les étudiants boursiers ont droit à la protection complémentaire en matière de santé. »

II.— Il est créé une taxe additionnelle sur les profits.

(Retiré en commission)

(article L. 861-3 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par M. Denis Jacquat :

Rédiger ainsi le début du premier alinéa de cet article :

« Les personnes visées à l'article L. 861-1 ont droit, en contrepartie du versement à un organisme mentionné à l'article L. 861-4 d'une cotisation dont le montant est fixé par arrêté, à la prise en charge : ... »

(Retiré en commission)

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Après les mots : « ont droit », rédiger ainsi la fin du premier alinéa de cet article :

« à une aide financière pour la prise en charge à une couverture complémentaire. »

Amendement présenté par M. Yves Bur :

Dans le premier alinéa de cet article, substituer aux mots : « sans contrepartie contributive », les mots : « une contribution minimale ».

(Devenu sans objet)

Amendement présenté par Mme Muguette Jacquaint :

I – Dans le premier alinéa de cet article, après les mots : sans partie contributive », insérer les mots : « exceptées pour celles mentionnées au second alinéa ».

II – Il est créé une taxe additionnelle sur les profits.

(Devenu sans objet)

Amendement présenté par M. Yves Bur :

Supprimer le quatrième alinéa (3°) de cet article.

(Retiré en commission)

Amendement présenté par M. André Aschieri :

Dans le quatrième alinéa (3°) de cet article, après les mots : « à usage individuel », insérer les mots : « pour les prothèses auditives, la lunetterie, l'appareillage ».

(Retiré en commission)

Amendement présenté par Mme Muguette Jacquaint :

Rédiger ainsi la première phrase du dernier alinéa de cet article, insérer la phrase suivante :

« Les personnes dont les ressources sont inférieures à un plafond fixé par décret sont dispensées d'avance de frais pour les dépenses prises en charge par les régimes obligatoires des assurances maladie et maternité. »

(article L. 861-4 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par M. Germain Gengenwin :

Supprimer cet article.

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Rédiger ainsi cet article :

« Toute couverture complémentaire comportant la prise en charge des prestations mentionnées à l'article L. 861-3 est éligible à l'aide financière prévue par l'article L. 861-1.

« Un décret en Conseil d'Etat établit un barème des revenus inférieurs au plafond mentionné à l'article L. 861-1, comportant quatre tranches. Pour la première de ces

tranches, l'aide financière s'élève à 80 % de la cotisation, pour la deuxième à 60 %, pour la troisième et la quatrième, à respectivement 40 % et 20 % dans la limite d'un montant fixé par arrêté. »

Amendement présenté par M. Bernard Accoyer :

Rédiger ainsi cet article :

« 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, ou par souscription d'un contrat auprès d'une institution de prévoyance régie par le livre IX du présent code ou par le livre VII du code rural, ou d'une entreprise régie par le code des assurances, dans les conditions prévues au chapitre 2 du présent titre ;

« b) Par défaut, dans l'hypothèse exposée au deuxième alinéa de l'article L. 861-6, auprès des organismes d'assurance maladie, gestionnaires de ces prestations pour le compte de l'Etat. »

Amendement présenté par M. Denis Jacquat :

Rédiger ainsi cet article :

« 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, ou par souscription d'un contrat auprès d'une institution de prévoyance régie par le livre IX du présent code ou par le livre VII du code rural, ou d'une entreprise régie par le code des assurances, dans les conditions prévues au chapitre 2 du présent titre ;

« b) Par défaut, auprès des organismes d'assurance maladie. »

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Rédiger ainsi cet article :

« Les personnes visées à l'article L. 861-1 obtiennent le bénéfice des prestations définies à l'article L. 861-3 auprès :

« a) soit d'un organisme d'assurance maladie ;

« b) soit d'une mutuelle régie par le code de la mutualité, d'une institution de prévoyance ou d'une entreprise régie par le code des assurances, dans les conditions prévues au chapitre 2 du présent titre. »

Amendement présenté par M. Denis Jacquat :

Supprimer le deuxième alinéa (a) de cet article.

(Retiré en commission)

(article L. 861-5 du code de la sécurité sociale)

Amendements présentés par MM. Denis Jacquat et Jean-Luc Prél :

Supprimer cet article.

Amendements présentés par Mme Muguette Jacquaint :

- Compléter le premier alinéa de cet article par la phrase suivante : « Le formulaire de la demande d'adhésion ou le contrat est établi d'après un modèle défini par décret en Conseil d'Etat. »

- Après la première phrase du deuxième alinéa de cet article, insérer la phrase suivante : « Elle doit être notifiée au demandeur dans un délai maximum de huit jours. »

(Devenu sans objet)

Amendement présenté par Mme Gilberte Marin-Moskovitz :

Après la dernière phrase du deuxième alinéa de cet article, insérer la phrase suivante :

« Elle doit être notifiée au demandeur dans un délai maximum de huit jours. »

(Retiré en commission)

Amendements présentés par Mme Muguette Jacquaint :

Rédiger ainsi le début de l'avant-dernier alinéa de cet article :

« Quand la situation du demandeur l'exige, le bénéficiaire ... (le reste sans changement). »

(Retiré en commission)

Amendement présenté par Mme Gilberte Marin-Moskovitz :

Compléter le dernier alinéa de cet article par la phrase suivante :

« Au terme de cette période, la protection est maintenue, sauf décision contraire notifiée par l'autorité compétente désignée au deuxième alinéa du présent article. »

(Retiré en commission)

Amendement présenté par M. Bernard Accoyer :

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« Les organismes visés au b) de l'article L. 861-4 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 et à recueillir la décision. »

(Devenu sans objet)

(article L. 861-6 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Supprimer cet article.

Amendement présenté par M. Bernard Accoyer :

« Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« Cette prise en charge s'impose à cet organisme, dans l'hypothèse constatée par décision de son conseil d'administration soumise à l'approbation de l'autorité préfectorale dans les conditions fixées par décret, d'une offre insuffisante dans le cadre de sa circonscription des intervenants mentionnés au a) de l'article L. 861-4 pour assurer la prise en charge de la protection complémentaire de la couverture maladie universelle. »

(article L. 861-7 du code de la sécurité sociale)

Amendements présentés par M. Jean-Luc Prél :

- Supprimer cet article.
- Rédiger ainsi cet article :

« Les organismes mentionnés au b) de l'article L. 861-4 qui souhaitent servir les prestations définies à l'article L. 861-3 aux personnes visées à l'article L. 861-1 établissent une déclaration auprès de l'autorité administrative. Le modèle de cette déclaration est fixé par arrêté. L'autorité administrative établit et diffuse une liste des organismes qui ont effectué cette déclaration.

« En cas de manquement aux obligations prévues à l'article L. 861-8, l'autorité administrative retire de la liste l'organisme en cause. »

Amendement présenté par M. Denis Jacquat :

Après le mot : « organismes », rédiger ainsi la fin du deuxième alinéa de cet article :

« qui ont effectué cette déclaration. »

Amendement présenté par Mme Gilberte Marin-Moskovitz :

Compléter le deuxième alinéa de cet article par la phrase suivante :

« L'inscription sur cette liste est subordonnée à l'élaboration par ceux-ci d'un plan de formation de leur personnel en contact direct ou indirect avec le public, à la connaissance concrète des situations d'exclusion de la prévention et des soins et de leurs causes, et à la pratique du partenariat avec les personnes bénéficiant de la protection complémentaire au titre de l'article L. 861-1. »

(article L. 861-8 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Supprimer cet article.

Amendement présenté par M. Denis Jacquat :

Rédiger ainsi cet article :

« L'adhésion ou le contrat mentionné à l'article L. 861-4 prend effet dès réception par l'organisme du titre attestant de l'ouverture du droit des personnes mentionnées à l'article L. 861-4 et du choix qu'elles ont fait. Les organismes mentionnés à l'article L. 861-4 ne peuvent opposer de refus à la conclusion d'un contrat ou à une demande d'adhésion. »

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Rédiger ainsi cet article :

« Pour les personnes qui ont choisi d'obtenir le bénéfice des prestations définies à l'article L. 861-3 auprès d'un organisme mentionné au b) de l'article L. 861-4, le service de ces prestations leur est obligatoirement assuré dès réception par l'organisme du titre attestant de l'ouverture de leur droit et du choix qu'elles ont fait. »

Amendement présenté par Mme Muguette Jacquaint :

Dans la première phrase de cet article, substituer aux mots : « prend effet dès réception, par l'organisme, du document attestant l'ouverture de leur droit et choix qu'elles ont fait » les mots : « à l'organisme choisi prend effet à la date de la décision de l'autorité administrative prévue au second alinéa de l'article L. 861-5 du code de la sécurité sociale ».

(Retiré en commission)

Amendement présenté par M. Denis Jacquat :

Supprimer la dernière phrase de cet article.

(Retiré en commission)

Amendement présenté par Mme Muguette Jacquaint :

Après les mots : « ne peuvent », rédiger ainsi la fin de cet article :

« subordonner l'entrée en vigueur de cette adhésion ou de ce contrat à aucune autre condition ou formalité que la réception du document attestant l'ouverture de leurs droits. »

(Retiré en commission)

(article L. 861-8 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par Mme Gilberte Marin-Moskovitz :

Compléter cet article par la phrase suivante :

« En cas de litige avec l'organisme choisi, le demandeur peut saisir la Commission départementale de l'aide sociale dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat . »

(Retiré en commission)

(article L. 861-9 du code de la sécurité sociale)

Amendements présentés par MM. Denis Jacquat et Jean-Luc Prél :

Supprimer cet article.

Article 21

(article 6-1 de la loi n 89-1009 du 31 décembre 1989)

Amendements présentés par MM. Jean-Luc Prél et Denis Jacquat :

Supprimer cet article.

Amendement présenté par Mme Muguette Jacquaint :

I.- Après le deuxième alinéa du I de cet article, insérer l'alinéa suivant :

« Art. 6-1 bis.- A l'expiration de son droit aux prestations définies à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, toute personne ayant bénéficié de la prise en charge prévue au a) de l'article L. 861-4 peut obtenir pendant un an le bénéfice des prestations définies à l'article L. 861-3 auprès des organismes mentionnés au b) de l'article L. 861-4 pour un tarif n'excédant pas un montant fixé par arrêté et dans les conditions définies à l'article L. 861-8. Les organismes précités doivent satisfaire aux conditions fixées à l'article L. 861-8. Les organismes précités doivent satisfaire aux conditions fixées à l'article L. 861-7. »

II.- En conséquence, dans le premier alinéa, après la référence : « 6-1 », insérer la référence : « , 6-1 bis ».

(Article 6-2 de la loi n 89-1009 du 31 décembre 1989)

Amendement présenté par Mme Gilberte Marin-Moskovitz :

Dans le deuxième alinéa (1°) de cet article, après les mots : « résiliation totale », insérer les mots : « et immédiate ».

(Devenu sans objet)

Amendement présenté par M. Denis Jacquat :

Supprimer le dernier alinéa de cet article.

Article 22

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Supprimer cet article.

Article 23

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Supprimer cet article.

(article L. 165-1 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par M. Denis Jacquat :

Au début de cet article, supprimer les mots : « les organismes d'assurance maladie, ainsi que ».

Amendement présenté par M. André Aschieri :

Après le deuxième alinéa de cet article, insérer l'alinéa suivant :

« Ces accords seront contrôlés par l'autorité publique et devront obtenir l'agrément du Ministre de la protection sociale qui appréciera par une commission composée d'experts médicaux et sociaux nommée par décret que les produits visés par les accords soient de qualité satisfaisante et équivalente, tant sur le plan médical qu'esthétique, aux produits habituels du marché. Ils devront justifier chaque année de leurs décisions auprès des autorités sanitaires ; »

(Retiré en commission)

Amendement présenté par M. Denis Jacquat :

Supprimer l'avant-dernier alinéa de cet article.

(Retiré en commission)

Amendement présenté par Mme Muguette Jacquaint :

Après l'avant-dernier alinéa de cet article, insérer l'alinéa suivant :

« Les accords sont soumis à l'approbation de l'agence de sécurité sanitaire. »

(Retiré en commission)

Article 24

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Supprimer cet article.

Article 25

(article L. 861-11 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Rédiger ainsi cet article :

« Les dépenses du fonds sont constituées :

« a) par le versement aux organismes proposant la couverture complémentaire prévue à l'article L. 861-3 des dépenses résultant de l'application de l'article L. 861-4.

« b) par les frais de gestion administrative du fonds. »

Amendement présenté par M. Denis Jacquat :

Rédiger ainsi cet article :

« Les dépenses du fonds sont constituées :

« a) par le versement aux organismes mentionnés à l'article L. 861-4 d'un montant égal aux dépenses résultant de l'application de l'article L. 861-3.

« b) Par les frais de gestion administrative du fonds. »

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Rédiger ainsi cet article :

« Les dépenses du fonds sont ainsi constituées :

« a) par le versement aux organismes mentionnés au a) et au b) de l'article L. 861 4 d'un montant égal aux dépenses correspondant à l'application de cet article.

« b) Par les frais de gestion administrative du fonds. »

(article L. 861-12 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par M. Denis Jacquat :

Rédiger ainsi cet article :

« les recettes de ce fonds sont constituées par une dotation budgétaire de l'Etat. »

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Rédiger ainsi cet article :

« I.- les recettes du fonds sont constituées par une dotation budgétaire de l'Etat. »

« II.- La perte pour les organismes de Sécurité Sociale est compensée par une taxe additionnelle aux droits visés aux articles 575 et 575 A du Code général des impôts. »

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse :

Après le troisième alinéa (b) de cet article, insérer les huit alinéas suivants :

« c) Une cotisation sociale sur le revenu du capital des entreprises, sociétés et autres personnes morales, assujetties en France, à la déclaration de l'impôt sur les sociétés, au titre de l'article 206 du Code Général des Impôts, assise sur le montant net retenu pour l'établissement de l'impôt sur les sociétés,

« . des revenus de capitaux mobiliers,

« . des plus-values mentionnées aux articles 150 A et 150 bis du code général des impôts,

« . des plus-values, gains en capital et profits réalisés sur les marchés à terme d'instruments financiers et de marchandises, ainsi que sur les marchés d'options négociables.

« Pour la détermination de l'assiette de la cotisation, il n'est pas fait application des articles 209 bis, 209 11, 210 A, 210 B, 209 quinquies, 210 sexies, 214 A, 216, 220 sexies, 223 H, 223 A à U.

« Le taux de la cotisation sociale est fixé à 0,5 %.

« « La cotisation sociale est contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que l'impôt sur les sociétés.

« Une majoration de 10 p. 100 est appliquée au montant de la cotisation sociale additionnelle qui n'a pas été réglée dans les trente jours suivant la mise en recouvrement. »

(article L. 861-13 du code de la sécurité sociale)

Amendements présentés par M. Denis Jacquat et Jean-Luc Prél :

Supprimer cet article.

Amendement présenté par Mme Muguette Jacquaint :

Compléter le II de cet article par la phrase suivante : « qui peut être modulé selon les ressources des réserves facultatives de ces organismes. Cette modulation est définie par décret. »

Amendement présenté par M. Bernard Accoyer :

« Après les mots :

« en application du I et du II ci-dessus », rédiger ainsi la fin du IIIe de cet article : « un montant fixé par voie de décret, dans les conditions déterminées par ce texte ».

(Devenu sans objet)

Amendement présenté par M. Denis Jacquat :

Dans le III de cet article, substituer au mot : « 375 » le mot : « 600 ».

(Devenu sans objet)

Amendements présentés par MM. Jean-Luc Prél et Denis Jacquat :

(article L. 861-14 du code de la sécurité sociale)

- Supprimer cet article.

(article L. 861-15 du code de la sécurité sociale)

- Supprimer cet article.

(article L. 861-16 du code de la sécurité sociale)

Amendements présentés par M. Jean-Luc Prél :

- Supprimer cet article.

- Rédiger ainsi le deuxième alinéa de cet article :

« a) Le fonds est habilité à procéder à tout contrôle sur les dépenses visées au a) de l'article L. 861-12. »

- Supprimer les troisième (b) et quatrième (c) alinéa de cet article.

Amendements présentés par M. Denis Jacquat :

- Supprimer le troisième alinéa (b) de cet article.

• Dans l'avant-dernier alinéa (c) de cet article, supprimer les mots : « 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 présent article ; ils ».

(article L. 861-17 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Supprimer cet article.

Article 26

Amendement présenté par Mme Muguette Jacquaint :

I.- Après le mot : « cause », rédiger ainsi la fin de cet article :

« tant qu'elles satisfont aux conditions financières qui leur avaient ouvert leurs droits à l'aide médicale. »

II.- Il est créé une taxe additionnelle sur les profits.

(Devenu sans objet)

Article 27

Amendement présenté par M. Denis Jacquat :

Supprimer cet article.

Amendement présenté par M. Bernard Accoyer :

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« Un rapport d'application de ce dispositif sera présenté au Parlement au plus tard le 31 décembre 2001. »

Article 30

(article L. 187-1 du code de la famille et de l'aide sociale)

Amendement présenté par M. André Aschieri :

Après les mots : « L. 313-3-3 de ce code », rédiger ainsi la fin du premier alinéa de cet article : « à la prise en charge médicale dont elle a besoin, en matière de soins comme de prévention ».

(Retiré en commission)

Amendement présenté par Mme Gilberte Marin-Moskovitz :

Après les mots : « L. 313-3 de ce code », rédiger ainsi la fin du premier alinéa de cet article : « , à la prévention et aux soins qui nécessite son état ».

(Retiré en commission)

Amendement présenté par M. André Aschieri :

Après le premier alinéa de cet article, insérer l'alinéa suivant :

« la liste des personnes détenue par cet organisme sera maintenue sous le secret médical. Ceux qui se présenteront ainsi aux consultations médicales le feront anonymement ».

(Retiré en commission)

Amendements présentés par Mme Mugette Jacquaint :

- Supprimer le dernier alinéa de cet article.

(article 188 du code de la famille et de l'aide sociale)

- Dans le 1^{er} alinéa de cet article supprimer les mots : « représentant de l'Etat dans le département, qui peut déléguer ce pouvoir au ».

(article 189 du code de la famille et de l'aide sociale)

Amendement présenté par M. André Aschieri :

Supprimer cet article.

(Retiré en commission)

Article 31

Amendement présenté par M. André Aschieri :

Rédiger ainsi la fin du I de cet article :

« 4° L'article L. 186 du code de la famille et de l'aide sociale est ainsi modifié :

a) Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° De l'aide médicale d'Etat :

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

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

5° De l'aide médicale à domicile, à condition qu'elles justifient soit d'un titre exigé des personnes de nationalité étrangère pour séjourner régulièrement en France, soit d'une résidence ininterrompue depuis au moins trois ans. »

(Retiré en commission)

Articles additionnels avant l'article 38

Amendement présenté par M. Germain Gengenwin :

I.- Le troisième alinéa de l'article L. 131-6 est complété par la phrase suivante :
« Les revenus stipulés ci-dessus sont pris en compte après abattement d'un montant annuel fixé par décret . »

II.- Le dernier alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale est complété par la phrase suivante : « Les revenus stipulés ci-dessus sont pris en compte après abattement d'un montant annuel fixé par décret . »

III.- La perte de recette pour les organismes de sécurité sociale est compensée par la création d'une taxe additionnelle aux droits visées aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Amendements présentés par M. François Goulard :

• I.- Le premier alinéa du III de l'article L. 136-6 du code de sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le produit de cette contribution est versé à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sans déduction d'une retenue pour frais d'assiette et de perception. »

II.- Les droits de consommation sur les tabacs prévus à l'article 575 A du code général des impôts sont majorés à due concurrence de la perte de recettes résultant du I .

• Le premier alinéa de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale est complété par la phrase suivante :

« Un décret détermine les conditions du réexamen afin d'assurer l'égalité entre les différents intervenants de la protection complémentaire. »

Amendement présenté par M. André Aschieri :

« La cotisation au régime d'assurance maladie des élus locaux indemnisés n'ayant pas d'affiliation à un régime obligatoire est prise en charge par la collectivité concernée. »

(Retiré en commission)

Amendement présenté par le rapporteur :

« Le Gouvernement présentera au Parlement, tous les deux ans à partir de la promulgation de la présente loi, un rapport d'évaluation de l'application de la loi, en s'appuyant en particulier sur les travaux de l'Observatoire de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Les personnes en situation de précarité et les acteurs de terrain seront particulièrement associées à cette évaluation. »

(Retiré en commission)

Amendement présenté par M. Yves Bur :

Le Gouvernement présentera au Parlement lors de la discussion de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2 000 un rapport sur l'harmonisation du taux de remboursement de tous les régimes de sécurité sociale.

Amendement présenté par M. André Aschieri :

Les Ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé sont chargés d'établir un rapport annuel national, présentant un bilan de la situation et des actions menées. Ce rapport est rendu public.

(Retiré en commission)

Article 38

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prével :

Supprimer cet article.

TITRE

Amendement présenté par M. Bernard Accoyer :

Rédiger ainsi le titre du projet de loi :

« Projet de loi portant diverses mesures d'ordre sanitaire et sociale dont la création d'une couverture maladie universelle. »

LISTE DES PERSONNALITÉS AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR

- M. Faure, délégué général du Centre technique des institutions de prévoyance
- M. Rousseau, président de l'Association des directeurs des caisses d'assurance maladie
- M. Spaeth, secrétaire national de la CFDT, président de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et M. Verollet, secrétaire confédéral de la CFDT
- M. Bonnet, représentant du Groupement des Mutuelles d'assurance
- M Mallet, délégué syndical Force Ouvrière
- M. Probst, vice-président de la CFTC chargé de la protection sociale et M. Hoguet, administrateur CFTC à la CNAM
 - M. Royez, secrétaire général de la Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (FNATH)

Assemblée des présidents de conseils généraux (APCG) :

- M. Mercier, sénateur et président du Conseil général du Rhône
- M. Cazeau, sénateur et président du Conseil général de la Dordogne

- M. Regnault, président de la Confédération nationale des syndicats dentaires
- Mme Marcilhacy, Familles de France
- M. Peneau, directeur général, et M. Belmant, chargé de la mission santé, de la Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale (FNARS)
- MM. Salette et Le Deuf, de la Fédération des mutuelles étudiantes

N°1518. - RAPPORT *(au nom de la commission des affaires culturelles)* sur le projet de loi (n° 1419) portant création d'une couverture maladie universelle. Tome I : TITRES PRELIMINAIRE, PREMIER, II, III et V

