



N° 1787

ASSEMBLEE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ONZIÈME LÉGISLATURE

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

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 145 du Règlement

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES,
FAMILIALES ET SOCIALES⁽¹⁾

sur

la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

ET PRÉSENTÉ
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. Serge Blisko, Patrick Bloche, Mme Marie-Thérèse Boisseau, MM. Jean-Claude Boulard, Bruno Bourg-Broc, Mme Christine Boutin, MM. Jean-Paul Bret, Victor Brial, Yves Bur, Alain Calmat, Pierre Carassus, Pierre Cardo, Roland Carraz, Mmes Véronique Carrion-Bastok, Odette Casanova, MM. Laurent Cathala, Jean-Charles Cavaillé, Bernard Charles, Jean-Marc Chavanne, Jean-François Chossy, Mme Marie-Françoise Clergeau, MM. Yves Cochet, Georges Colombier, François Cornut-Gentille, Mme Martine David, MM. Bernard Davoine, Bernard Deflesselles, 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. 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, François Rochebloine, Marcel Rogemont, Yves Rome, 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

	Pages
PRÉFACE	5
INTRODUCTION	7
LA LOI N° 99-641 DU 27 JUILLET 1999 PORTANT CRÉATION D'UNE COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE EN 29 QUESTIONS-RÉPONSES ...	9
I.- UNE COUVERTURE DE BASE RÉELLEMENT UNIVERSELLE	9
II.- UNE COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE GRATUITE ET ÉTENDUE	15
III.- L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT	19
TABLEAU ANALYTIQUE DE LA LOI.....	23

PREFACE

La loi portant création d'une couverture maladie universelle est un texte fondamental puisqu'il a tout simplement pour objectif de garantir un accès gratuit à la santé pour les six millions de personnes qui dans notre pays, actuellement, ne sont pas soignées ou le sont mal faute de ressources suffisantes.

Grâce à l'action d'associations comme ATD-quart monde, Médecins du monde ou Médecins sans frontières, l'opinion a, depuis quelques années, découvert cette faille de notre système de protection sociale.

Plus d'un Français sur cinq renonce à se soigner pour des raisons financières. Ce renoncement, qui décroît inversement avec le revenu, concerne au premier chef les personnes en situation de précarité et plus particulièrement parmi elles, les jeunes et les femmes ; 40 % des chômeurs et des bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI) déclarent ainsi être contraints de ne pas se soigner par manque de moyens.

Plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation inacceptable. La couverture "de base" - l'assurance maladie - est d'abord incomplète, plus de 150 000 de nos concitoyens étant privés de toute protection sociale, par méconnaissance de leurs droits ou parce que les règles d'affiliation à la sécurité sociale les en écartent. Mais c'est surtout la couverture complémentaire - mutuelle, assurance santé privée - qui fait défaut : deux Français sur dix en sont dépourvus, les taux de couverture étant les plus faibles chez les inactifs (77 %) et chez les chômeurs (62 %). Or, l'absence de couverture complémentaire conduit souvent à ne pas utiliser la couverture de base. Par ailleurs, pour certains soins, au premier rang desquels les soins prothétiques et la lunetterie, les tarifs de responsabilité de la sécurité sociale et la part prise en charge par la protection complémentaire, quand elle existe, sont si faibles qu'ils découragent nombre de personnes à engager de telles dépenses, aux dépens de leur santé.

Le régime de l'assurance personnelle et l'aide médicale étaient censés combler ces lacunes mais le temps a démontré leurs limites respectives. Le premier s'est révélé trop complexe et coûteux, laissant au bord du chemin de nombreuses personnes en situation de précarité ou d'exclusion tels que les jeunes en situation de rupture familiale, les personnes sans domicile fixe ou celles ne remplissant plus les conditions d'attribution du RMI. L'aide médicale des départements, en dépit de l'élargissement de ses règles d'accès et de la simplification des procédures d'admission par la loi du 29 juillet 1992 réformant le RMI, souffre quant à

elle d'une trop forte hétérogénéité dans son contenu d'un département à l'autre, créant des situations d'inégalité inadmissibles.

La présente loi s'inscrit dans la continuité de la loi d'orientation du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions qui comprenait plusieurs mesures spécifiques pour l'accès aux soins des plus démunis. Mais dans ce domaine, l'instauration d'une couverture maladie universelle – il faut souligner la charge formidable de ce dernier mot – représente un changement d'échelle considérable.

De quoi s'agit-il en effet ? de dispositions simples mais fortes :

- affiliation immédiate au régime général sur critère de résidence pour quiconque ne peut bénéficier de la sécurité sociale en raison de son activité professionnelle,

- gratuité de la couverture de base et d'une protection complémentaire pour toutes les personnes dont les revenus sont inférieures à un certain niveau,

- tarifs de remboursement supérieurs au droit commun pour certains soins.

Bien entendu il ne faudrait pas que ces principes simples soient démentis par une organisation trop complexe. C'est pourquoi le législateur a souhaité que les formalités d'entrée dans la couverture maladie universelle (CMU) soient aisées. En outre plutôt que de céder à la facilité du guichet unique, il a fait le choix de la prise en charge en réseau. La loi est un appel à de nouvelles formes de coopération entre établissements de santé, services sociaux et l'ensemble du tissu associatif local pour informer et accompagner dans leurs démarches les personnes susceptibles de bénéficier de la couverture maladie universelle ; elle organise un partenariat inédit entre les caisses d'assurance maladie et les organismes complémentaires, partenariat qui pourrait faire école pour une qualité accrue et une meilleure prise en charge des soins remboursés au service de l'ensemble des assurés.

Avec la CMU, notre pays se dote d'un texte qui témoigne d'une volonté collective d'agir en faveur de l'égalité des droits et de lutter contre toutes les formes d'exclusion.

Jean Le Garrec
président de la commission des affaires
culturelles, familiales et sociales

INTRODUCTION

La couverture maladie universelle constitue le volet « accès aux soins » de la loi relative à la lutte contre les exclusions. Elle a pour objectif de résorber un écart qui tendait à s'accroître entre droit et réalité en matière de santé.

En effet, alors que dès 1946, le préambule de la Constitution proclame que « la Nation garantit à tous la protection de la santé », en 1996 un Français sur quatre déclarait avoir renoncé à se soigner au moins une fois dans l'année pour des raisons financières.

Face à ce constat, l'instauration d'une couverture maladie universelle doit permettre de passer du droit juridiquement affirmé à la santé, au droit, réellement exercé, de se soigner.

Cette avancée dans la mise en œuvre d'un principe constitutionnel concerne à la fois la couverture maladie de base et la couverture complémentaire.

En étendant à tous les résidents en situation régulière l'accès à un régime de base, la loi achève un processus engagé en 1945 par les fondateurs de la sécurité sociale : l'assurance maladie pour tous. Cette extension concerne 650 000 personnes.

La CMU étend également la couverture complémentaire à six millions de personnes. 16 % de la population ne disposent pas d'une telle couverture.

Cette situation est la conséquence de politiques de régulation fondées sur l'idée qu'un recul des remboursements devait entraîner un ralentissement de la consommation de soins.

En réalité, le ticket modérateur n'a jamais rien modéré et s'est transformé en ticket d'exclusion, dans la mesure où l'absence de couverture complémentaire conduit beaucoup d'assurés sociaux à ne pas pouvoir utiliser leur couverture de base.

A travers la couverture maladie universelle, il ne s'agit pas de construire un régime minima pour les exclus, mais d'inclure les exclus dans la couverture de tous.

Avec la couverture maladie universelle, il ne s'agit pas de créer une filière sanitaire des pauvres s'articulant autour de l'hôpital public et des centres de santé, mais d'ouvrir aux personnes en difficulté le système de soins de tous.

Enfin, avec la couverture maladie universelle, il ne s'agit pas seulement d'aboutir à la couverture universelle des personnes, mais également à la couverture universelle des soins.

L'extension de l'accès resterait, en effet, de portée limitée, si elle ne concernait qu'une partie des dépenses, comme en matière de prothèses dentaires ou d'optique médicale.

Par ailleurs, tout dérapage des dépenses de santé déstabiliserait l'universalité de la couverture.

La couverture de tous les soins implique donc un renforcement de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et des filières de soins.

Il s'agit d'un enjeu majeur pour la sauvegarde de la couverture maladie universelle.

Jean-Claude Boulard
rapporteur de la commission des affaires
culturelles, familiales et sociales

LA LOI N° 99-641 DU 27 JUILLET 1999 PORTANT CREATION D'UNE COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE EN 29 QUESTIONS-REponses

La couverture maladie universelle (CMU) a pour objectif d'assurer à tous une protection contre le risque maladie en accordant aux personnes dont les revenus sont les plus faibles :

- le rattachement gratuit au régime général d'assurance maladie ;
- l'obtention d'une couverture complémentaire gratuite ;
- la dispense de l'avance des frais médicaux.

I.- UNE COUVERTURE DE BASE REELLEMENT UNIVERSELLE

1- Qui peut bénéficier de la CMU ?

Lorsqu'on ne relève pas d'un des régimes obligatoires de sécurité sociale, pour bénéficier de la CMU, il faut résider en France métropolitaine ou dans un département d'outre mer de façon stable et régulière, c'est-à-dire être en possession d'un document prouvant que l'on réside légalement en France.

2- De quel régime peuvent bénéficier les personnes ne satisfaisant pas au critère de résidence régulière ?

Ces personnes ont vocation à bénéficier, à l'instar de ce qui existe aujourd'hui, de l'aide médicale (sur ce point, se reporter au **III**).

3- Les bénéficiaires de la CMU sont-ils redevables d'une cotisation ?

Ils le sont uniquement lorsque leurs revenus sont supérieurs à un plafond, qui sera fixé par décret en Conseil d'Etat et révisé chaque année en fonction de l'évolution des prix.

Toute personne dont les revenus se situeront en dessous de ce plafond, qui ne relève pas d'un régime de base et qui n'est pas déjà ayant droit d'un assuré social pourra bénéficier gratuitement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité.

4- Une personne qui n'est pas à jour de ses cotisations cesse-t-elle d'être couverte par l'assurance maladie ?

Une personne assujettie à cotisation continuera à bénéficier des prestations en nature si elle n'est pas en mesure de payer ses cotisations. La loi prévoit cependant la suspension des prestations si le bénéficiaire est de mauvaise foi.

Cette règle vaut non seulement pour ceux des bénéficiaires de la CMU qui sont assujettis à une cotisation, mais aussi pour tous les autres assurés sociaux.

5- Quelles sont les démarches à faire pour bénéficier de la CMU ?

Toute personne qui déclare auprès d'une caisse primaire d'assurance maladie ne pas bénéficier des prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité est affiliée sans délai, au régime général par une caisse primaire d'assurance maladie à sa demande et sur justification de son identité et de sa résidence stable et régulière. Il suffira donc de fournir une carte d'identité ou, pour les étrangers en situation régulière, le titre de séjour. Les services sociaux, les associations et organismes à but non lucratif agréés par le préfet du département ainsi que les établissements de santé pourront apporter leur aide aux intéressés dans les démarches nécessaires à leur affiliation ; ils seront autorisés à transmettre les documents concernant la personne intéressée (avec l'accord de celle-ci) à l'organisme compétent.

En ce qui concerne les personnes sans domicile fixe, elles doivent élire domicile soit auprès d'un organisme agréé à cet effet par le préfet, soit auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale.

6- *Que se passe-t-il si la caisse primaire s'aperçoit que le bénéficiaire de la CMU relève en réalité d'un autre régime ?*

Aussitôt qu'elle verse des prestations en nature à une personne jusque là sans droit, la caisse primaire recherche si celle-ci est susceptible de relever d'un autre régime d'assurance maladie et maternité. Si c'est le cas, la personne concernée est affiliée à la caisse dont elle relève en réalité ; la continuité du service des prestations est ainsi assurée. Dans cette position, elle continue de bénéficier des dispositions de la CMU et, notamment, de la gratuité des prestations en nature si sa situation financière le justifie.

7- *Comment perd-on le bénéfice de la CMU ?*

Une personne peut perdre le bénéfice de la CMU si elle ne remplit plus les conditions de résidence, si elle est présumée absente (au sens du code civil) ou si elle relève de par son activité d'un régime de base. Dans ce dernier cas il n'y a pas d'interruption de la couverture maladie puisque le maintien du droit aux prestations est garanti du fait d'une nouvelle affiliation à un régime d'assurance maladie maternité au titre de l'activité professionnelle.

8- *Un mineur peut-il demander la CMU ?*

Un mineur résident bénéficie de la CMU en qualité d'ayant droit d'un bénéficiaire de cette couverture ou, s'il n'est pas ayant droit, en fonction de sa situation personnelle.

De plus, la loi prévoit que tous les enfants ayants droit d'un assuré social peuvent obtenir, à leur demande, le statut d'ayant droit autonome dès l'âge de seize ans.

L'affiliation autonome leur permet de bénéficier des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité. L'intéressé consulte librement le praticien de son choix et reçoit, à son nom, les documents qui le concernent.

L'affiliation autonome peut être demandée non seulement par les ayants droit des « affiliés CMU » mais également par les ayants droit de tous les assurés sociaux.

9- Le conjoint, ou le concubin d'un assuré social peut-il bénéficier de la CMU ?

Le conjoint ou le concubin bénéficie de la CMU s'il est ayant droit d'une personne bénéficiaire de cette couverture.

De plus, la loi prévoit que le conjoint ou le concubin ainsi que l'ascendant qui est à la charge effective, totale et permanente de l'assuré social avec lequel il vit reçoit automatiquement, sauf refus exprès de sa part, le statut d'ayant droit autonome.

Ce statut permet aux personnes concernées de bénéficier des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité.

Il est applicable non seulement aux ayants droit des « affiliés CMU » mais aux ayants droit de tous les assurés sociaux.

10- Un étudiant peut-il bénéficier de la CMU ?

Les étudiants continuent à relever du régime étudiant. Ne relèvent de la CMU que les jeunes résidents ne relevant directement d'aucun régime de sécurité sociale et n'ayant pas la qualité d'ayant droit.

11- Les veuves ou veufs ont-ils droit à la CMU ?

Les veufs ou concubins résidents peuvent bénéficier de la CMU s'ils ne relèvent pas d'un régime d'assurance maladie et maternité ou s'ils n'avaient pas la qualité d'ayant droit de la personne disparue.

12- Un travailleur frontalier peut-il bénéficier de la CMU ?

Les travailleurs résidant en France et exerçant une activité professionnelle dans un Etat étranger n'ont pas vocation à bénéficier de la CMU, c'est à dire à être affiliés au régime général sur critère de résidence, s'ils ont le droit d'être affiliés à un régime d'assurance maladie de cet Etat, et que cette affiliation leur permet d'obtenir la couverture des soins reçus sur le territoire français.

La loi permet aux travailleurs frontaliers qui sont actuellement affiliés à l'assurance personnelle parce qu'ils n'ont pas droit au service en

France de prestations maladie maternité de continuer à bénéficier pendant un an de cette assurance.

13- Les personnes séjournant sur le territoire national pour suivre un traitement médical ou une cure peuvent-elles bénéficier de la CMU ?

Non. La prise en charge du traitement ou de la cure relève du système de protection sociale de l'Etat dont elles relèvent.

14- Les personnes affiliées à l'assurance personnelle par l'intermédiaire d'un régime de protection sociale agricole doivent-elles s'affilier au régime général ?

Parmi les personnes affiliées à l'assurance personnelle par l'intermédiaire d'un régime de protection sociale agricole, certaines répondent aux critères nécessaires pour bénéficier des dispositions de la CMU.

Dans la mesure où les régimes agricoles répondent souvent à des situations très spécifiques, il a paru préférable de ne pas modifier ces situations ; ainsi, les personnes concernées n'ont aucune démarche à accomplir et demeurent affiliées au régime de l'assurance personnelle par le biais de leurs régimes agricoles.

II.- UNE COUVERTURE COMPLEMENTAIRE GRATUITE ET ETENDUE

La loi reconnaît un droit nouveau : le droit, pour les personnes dont les revenus sont les plus faibles et leurs ayant droits, à une couverture complémentaire gratuite afin de couvrir une partie ou la totalité des frais de santé au-dessus des montants pris en charge par la sécurité sociale.

15- Qui peut bénéficier de cette couverture complémentaire ?

Les conditions recourent celles prévues pour bénéficier gratuitement de la couverture de base :

- résidence stable et régulière ;
- revenus inférieurs à un plafond. D'après les indications fournies par le Gouvernement, ce plafond serait, pour la couverture complémentaire, fixé à :
 - 3 500 francs par mois pour une personne seule ;
 - 5.200 francs par mois pour deux personnes ;
 - 6.300 francs par mois pour trois personnes ;
 - 7.700 francs par mois pour quatre personnes, plus 1.400 francs par mois par personne supplémentaire.

Les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI) remplissant d'ores et déjà les conditions d'attribution prévues pour la couverture complémentaire CMU, se verront automatiquement reconnaître leur droit à celle-ci.

16- Quel est le contenu de cette couverture ?

La couverture complémentaire CMU comprend :

- le « ticket modérateur » ;
- le forfait hospitalier ;

- le remboursement à des niveaux de tarifs qui seront définis par voie réglementaire des frais de prothèse ou d'orthopédie dentaire et des dispositifs médicaux tels que les lunettes de vue.

17- Les dépassements d'honoraires sont-ils applicables aux bénéficiaires de la CMU ?

La loi interdit l'application par les médecins de dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la CMU.

18- Les bénéficiaires de la CMU devront-ils faire l'avance de frais?

Le bénéficiaire de la couverture complémentaire CMU se verra appliquer la procédure de dispense d'avance de frais. Il n'aura donc pas à avancer les sommes dues pour demander ensuite à son organisme complémentaire et à sa caisse d'assurance maladie leur remboursement a posteriori.

19- Y a-t-il dispense d'avance de frais pour les autres assurés ?

Les assurés faisant le choix du médecin référent bénéficient de l'avance de frais.

20- Quelles sont les démarches à faire pour se voir attribuer la couverture complémentaire ?

Une demande par foyer devra être déposée à la caisse d'assurance maladie dont relève le demandeur. C'est elle qui sera chargée d'instruire la demande et de vérifier s'il remplit bien les conditions de résidence et de ressources précitées. La décision d'attribution est prise par la caisse dans un délai maximal, fixé par décret et notifiée directement à l'intéressé. Si ce délai est dépassé, la décision est réputée positive. En cas de refus, un recours contentieux peut être formé devant la commission départementale d'aide sociale. Si la situation de l'intéressé l'exige, notamment dans les cas d'urgence sanitaire, la décision d'attribution de la couverture complémentaire CMU pourra être prise dès le dépôt de la demande.

La caisse adressera à l'organisme gestionnaire de la couverture complémentaire choisi par son bénéficiaire le document attestant de l'ouverture de ses droits.

21- Quels organismes sont chargés de la gestion de la couverture complémentaire ?

L'organisme chargé de la gestion (réception des feuilles maladie, remboursement, entente préalable...) de la couverture complémentaire sera, au choix du bénéficiaire, soit une caisse d'assurance maladie¹ soit un organisme complémentaire : mutuelle, société d'assurance ou institution de prévoyance.

Les services sociaux, les établissements de santé (hôpitaux ou cliniques) ainsi que les associations ou organismes à but lucratif agréés d'aide aux personnes en difficulté tiendront à la disposition des demandeurs la liste des organismes complémentaires participant à la CMU. Ceux-ci ne peuvent, sous aucun prétexte, refuser l'adhésion ou l'affiliation d'un bénéficiaire de la CMU dès lors qu'ils sont inscrits, à leur initiative, sur la liste précitée.

22- Qu'advient-il des contrats ou des adhésions à des organismes de protection complémentaire antérieurs à la reconnaissance du droit à la CMU ?

Les personnes déjà couvertes par un organisme complémentaire lorsque leur droit à bénéficier de la CMU est reconnu ont le droit, soit d'obtenir la modification de leur contrat ou affiliation pour que leur soient appliqués les règles et le contenu de la couverture complémentaire CMU, soit de résilier la garantie initialement souscrite si l'organisme complémentaire concerné ne fait pas partie de la liste de ceux qui participent à la CMU. Dans les deux cas, les personnes ont droit au remboursement, par ces organismes, des primes ou des cotisations versées au prorata de la durée du contrat restant à courir.

¹ Caisse primaire d'assurance maladie, caisse de la Mutualité sociale agricole ou de la Caisse d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles organisme (CANAM)

23- Quelle est la durée de la couverture ?

La couverture complémentaire prend effet dès que la caisse d'assurance maladie s'est prononcée favorablement pour une durée d'un an. La couverture est ensuite renouvelable, chaque année, aussi longtemps que les conditions de son attribution sont remplies. Dans le cas où elle a été accordée dès le dépôt de la demande parce que la situation du demandeur l'exigeait, elle est interrompue s'il apparaît, après vérification, que le bénéficiaire n'en remplit pas les conditions.

24- Que deviendront les personnes n'ayant plus droit à cette couverture ?

Les bénéficiaires qui choisiront un organisme complémentaire pour gérer leur couverture complémentaire et qui n'en remplissent plus les conditions d'attribution se verront proposer la prolongation de leur couverture, dans les mêmes conditions qu'auparavant, l'année suivant leur sortie du dispositif à un tarif spécial, qui ne pourra dépasser un montant fixé par décret.

III.- L'AIDE MEDICALE DE L'ETAT

L'aide médicale est le système qui permet l'accès aux soins pour les personnes sans assurance maladie ou ne pouvant, même affiliées, faire l'avance des frais et payer la part restant à leur charge. Sauf pour certaines personnes (sans domicile fixe notamment), cette aide était jusqu'à présent, de la compétence et à la charge des départements.

La prise en charge des frais de soins par la couverture maladie universelle met fin au régime d'aide médicale départementale. Il subsistera cependant, pour les personnes qui ne résident pas en France de façon stable et régulière, une couverture au titre de l'aide médicale, prise en charge et gérée par l'Etat, et non plus par les départements.

25- Que deviennent les bénéficiaires actuels de l'aide médicale ?

Toutes les personnes prises en charge par l'aide médicale au 1^{er} janvier 2000, bénéficieront automatiquement de la CMU, sous réserve de remplir les critères de résidence, pour une période qui va du 1^{er} janvier 2000, date d'entrée en application de la loi jusqu'à la date à laquelle expiraient normalement leurs droits à l'aide médicale. Il est rappelé que les droits à l'aide médicale étaient, en principe, accordés pour une durée d'un an.

En tout état de cause, une période de transition apportant des garanties est prévue :

- pour tous, quelle que soit la date d'expiration des droits à l'aide médicale, la CMU sera accordée automatiquement jusqu'au 31 mars 2000 ;

- pour ceux dont la date normale d'expiration des droits à l'aide médicale avait lieu entre le 31 mars et le 30 juin 2000 et qui en font la demande, le bénéfice automatique de la CMU sera accordé jusqu'à cette dernière date ;

- pour les autres, (date d'expiration entre le 31 juin et le 31 décembre 2000), l'attribution automatique de la CMU prendra fin à la date d'expiration des droits à l'aide médicale.

Ces délais permettront d'assurer la transition entre les deux régimes et d'examiner si, à leur issue, les personnes concernées remplissent les

conditions requises pour bénéficier d'une prise en charge au titre de la CMU.

26- Quelles sont les personnes qui demeurent prises en charge au titre de l'aide médicale de l'Etat ?

Le régime d'aide médicale de l'Etat a pour objet de prendre en charge les frais médicaux des étrangers résidant en situation irrégulière d'une part et de certaines personnes soignées sur le territoire national pour des raisons humanitaires d'autre part.

Le droit à l'aide médicale est ouvert aux personnes en situation irrégulière et à leurs ayants droit disposant de ressources inférieures à un plafond identique à celui fixé pour bénéficier de la CMU .

Les personnes non-résidentes soignées en France pour des raisons humanitaires pourront voir leur frais médicaux pris en charge, totalement ou partiellement, en fonction de leur situation personnelle, sur décision du ministre chargé de l'action sociale.

27- Auprès de qui doit être effectuée la demande d'aide médicale de l'Etat ?

Les organismes auprès desquels la demande d'aide médicale peut être effectuée ne sont pas modifiés. Il s'agit :

- d'une caisse d'assurance maladie
- du centre communal ou intercommunal d'action sociale du lieu de résidence
- des services sanitaires et sociaux du département
- d'organismes à but non lucratif ou d'associations agréées qui ont vocation à mener des actions d'assistance.

Une procédure d'admission immédiate est prévue si la situation de la personne le requiert, notamment en cas d'hospitalisation.

28- Quels sont les soins pris en charge ?

Les règles relatives à la prise en charge des soins des personnes en situation irrégulière ne sont pas modifiées. Sont pris en charge les soins hospitaliers, y compris les dépenses liées à des consultations externes. Les frais de médecine de ville ne sont pris en charge que pour ceux présents depuis plus de trois ans sur le territoire français.

29- Quelles démarches doivent être accomplies par les personnes sans domicile, relevant de l'aide médicale ?

Comme précédemment, les personnes sans domicile fixe relevant de l'aide médicale, c'est-à-dire des étrangers en situation irrégulière, devront élire domicile auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale ou bien auprès d'un organisme agréé, c'est à dire en pratique un service ou une association d'aide aux personnes en difficulté ou encore un centre d'accueil et d'hébergement.

**TABLEAU ANALYTIQUE DE LA LOI PORTANT
CRÉATION D'UNE COUVERTURE MALADIE
UNIVERSELLE***

Texte de la loi

Analyse des dispositions

**TITRE PRELIMINAIRE
DE LA COUVERTURE MALADIE
UNIVERSELLE**

Article 1er

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

Création du droit à la couverture maladie universelle

**TITRE Ier
DISPOSITIONS RELATIVES AUX
REGIMES OBLIGATOIRES**

CHAPITRE Ier

Dispositions générales

Article 2

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

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

Principe de l'affiliation et du rattachement aux régimes obligatoires

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

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

Suppression du régime de l'assurance personnelle

* A l'exception du titre V de la loi qui concerne diverses mesures d'ordre sanitaire et social.

Texte de la loi

Analyse des dispositions

Article 3

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

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

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

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

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

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

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

Article 4

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

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

« Les services sociaux ou les associations et organismes à but non lucratif agréés par décision du

Critères d'affiliation

Cotisation et seuil d'acquittement ou d'exonération

Immédiateté et automaticité de l'affiliation

Texte de la loi

représentant de l'Etat dans le département, ainsi que les établissements de santé, apportent leur concours aux intéressés dans leur demande d'affiliation et sont habilités à transmettre les documents afférents à l'organisme compétent avec l'accord de l'intéressé.

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

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

Article 5

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

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

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

Article 6

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

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

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

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

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

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

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

Analyse des dispositions

Continuité du droit à l'accès aux soins

Accès aux soins sans restrictions financières

Texte de la loi

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

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

Article 7

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

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

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

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

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

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

Article 8

Il est inséré, au chapitre préliminaire du titre VIII du

Analyse des dispositions

Régime applicable aux ayants droit des personnes affiliées au régime général

Dispositions spécifiques pour des personnes qui, bien que résidant ou séjournant en France, ne sont pas concernées par le régime

Texte de la loi

livre III du même code, un article L. 380-3 ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

CHAPITRE II

Dispositions financières

Section 1

Transferts financiers

Article 9

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

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

Article 10

I. – La dernière phrase du troisième alinéa de l'article

Analyse des dispositions

Incidences financières sur l'assurance vieillesse

Incidences financières sur la branche famille

Texte de la loi

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

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

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

Article 11

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

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

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

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

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

Article 12

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

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

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

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

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

Analyse des dispositions

Enumération des ressources complémentaires des régimes obligatoires de base

Modification de l'affectation de la cotisation sur les véhicules terrestres à moteur

Texte de la loi

III. – Le troisième alinéa de l'article L. 612-1 du même code est supprimé.

Article 13

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

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

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

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

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

2° La seconde phrase est supprimée.

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

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

« Un abattement est appliqué à la diminution de la

Analyse des dispositions

Suppression de la participation financière des communes aux dépenses d'aide sociale des départements

Texte de la loi

dotations forfaitaires telles que définies à l'alinéa précédent pour les communes éligibles à la dotation de solidarité urbaine et à la dotation de solidarité rurale en 1999 dont l'écart entre la contribution par habitant au titre de 1999 et la moyenne par habitant des contributions communales de l'ensemble des départements, à l'exception de Paris, est supérieur à 30 %.

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

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

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

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

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

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

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

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

Analyse des dispositions

Texte de la loi

Analyse des dispositions

groupement à la commune.

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

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

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

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

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

VI. – L'article L. 2334-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« A compter de 2000, le montant de la dotation globale de fonctionnement visée au premier alinéa est égal à la différence entre le montant de la dotation prévue à l'article L. 1613-3 et le montant de la dotation prévue à l'article L. 3334-1 après application de l'article L. 3334-7-1. »

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

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

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

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

Texte de la loi

Analyse des dispositions

de l'article L. 2334-7-2.

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

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

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

VIII. – Après l'article L. 3413-1 du même code, il est inséré un article L. 3413-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 3413-2.* – Les dispositions des articles L. 2334-7-2 et L. 3334-7-1 ne sont pas applicables à Paris. Le Conseil de Paris fixe les conditions financières de la suppression de la participation de la commune aux dépenses d'aide sociale et de santé du département. »

IX. – 1. Au quatrième alinéa de l'article 93 de la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat, les mots : « et précise les critères selon lesquels les communes sont amenées à participer aux dépenses » sont supprimés.

2. Au premier alinéa de l'article 32 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 et l'Etat, les mots : « et sous réserve de la participation financière des communes prévue à l'article 93 de la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 précitée » sont supprimés.

3. L'article 42 de la loi n° 88-1088 du 1er décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion est abrogé.

4. Le 11° de l'article L. 2321-2 du code général des collectivités territoriales est abrogé.

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

XI. – Après l'article L.5211-27 du code général des collectivités territoriales, il est inséré un article L. 5211-27-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 5211-27-1.* – Lorsque la participation de la commune aux dépenses d'aide sociale du département au titre de 1999 est acquittée par l'établissement public de

Texte de la loi

coopération intercommunale au lieu et place de la commune membre, celui-ci procède, à compter de 2000, à un reversement au profit de la commune.

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

XII. – Après l'article L. 5722-2 du code général des collectivités territoriales, il est inséré un article L. 5722-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 5722-2-1.* – Les dispositions de l'article L. 5211-27-1 sont applicables aux syndicats mixtes. »

Section 2

Recouvrement des cotisations

Article 14

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

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

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

« *Art. L. 652-3.* – Lorsqu'ils sont munis d'un titre exécutoire au sens de l'article 3 de la loi n° 91-650 du 9 juillet 1991 portant réforme des procédures civiles d'exécution, les organismes d'assurance maladie et maternité et les caisses d'assurance vieillesse des professions non salariées non agricoles habilités à décerner la contrainte définie à l'article L. 244-9 peuvent, au moyen d'une opposition, enjoindre aux tiers dépositaires, détenteurs ou redevables de sommes appartenant ou devant revenir au débiteur, de verser au lieu et place de celui-ci, auxdits organismes, les fonds qu'ils détiennent ou qu'ils doivent à concurrence des cotisations et des majorations et pénalités de retard bénéficiant du privilège prévu à l'article L. 243-4 ou ayant donné lieu à une inscription de privilège dans les

Analyse des dispositions

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

Texte de la loi

Analyse des dispositions

conditions prévues à l'article L. 243-5.

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

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

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

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

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

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

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

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

« 2° Des dispositions de l'article L. 652-3 pour ce qui concerne le recouvrement, par les organismes visés à l'article L. 213-1, de la contribution prévue à l'article L. 136-3 et, par les caisses de mutualité sociale agricole, de la contribution prévue à l'article L. 136-4 ; ».

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

« Les caisses de mutualité sociale agricole sont chargées du recouvrement des cotisations et des majorations et pénalités de retard dues au titre des régimes de protection

Texte de la loi

sociale agricole dont elles assurent l'application. »

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

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

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

IX. – Dans le code rural, il est inséré un article 1143-8 ainsi rédigé :

« *Art. 1143-8.* – Lorsqu'elles sont munies d'un titre exécutoire, au sens de l'article 3 de la loi n° 91-650 du 9 juillet 1991 portant réforme des procédures civiles d'exécution, à l'encontre des employeurs de main-d'œuvre agricole ou des personnes physiques non salariées agricoles, les caisses de mutualité sociale agricole habilitées à décerner la contrainte définie à l'article 1143-2 peuvent, au moyen d'une opposition, enjoindre aux tiers dépositaires, détenteurs ou redevables de sommes appartenant ou devant revenir au débiteur, de verser au lieu et place de celui-ci, auxdits organismes, les fonds qu'ils détiennent ou qu'ils doivent à concurrence des cotisations et des majorations et pénalités de retard au titre des régimes de protection sociale agricole bénéficiant du privilège ou ayant donné lieu à une inscription de privilège, en application de l'article 1143-5.

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

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

Analyse des dispositions

Texte de la loi

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

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

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

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

CHAPITRE III

Dispositions diverses

Article 15

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

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

Article 16

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

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

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

Analyse des dispositions

Durée de maintien des droits en fonction de la nature des prestations

Maintien du régime applicable aux étudiants

Maintien du régime applicable aux ministres des cultes

Texte de la loi

Article 17

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

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

Article 18

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

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

Article 19

I. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 380-3 du code de la sécurité sociale, les personnes visées aux 1°, 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. Le service de ces prestations, ainsi que le recouvrement de la cotisation définie à l'article L. 380-2 du code de la sécurité sociale si elle est due, sont assurés par cet organisme pour le compte du régime général dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.

Analyse des dispositions

Régime applicable aux pupilles de l'Etat

Possibilité de résiliation de certains contrats d'assurance privée

Possibilité de maintien de certaines personnes dans le régime de l'assurance personnelle à titre temporaire ou définitif

Texte de la loi

Analyse des dispositions

TITRE II

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

CHAPITRE Ier

Dispositions générales

Article 20

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

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

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

« *CHAPITRE Ier*

« ***Dispositions générales***

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

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

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

« *Art. L. 861-2.* – L'ensemble des ressources du foyer

Définition de la couverture complémentaire en matière de santé attribuée aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU)

Personnes ayant droit à cette couverture

Appréciation des ressources des demandeurs et

Texte de la loi

est pris en compte pour la détermination du droit à la protection complémentaire en matière de santé, après déduction des charges consécutives aux versements des pensions et obligations alimentaires, à l'exception de certaines prestations à objet spécialisé et de tout ou partie des rémunérations de nature professionnelle lorsque celles-ci ont été interrompues. Un décret en Conseil d'Etat fixe la liste de ces prestations et rémunérations, les périodes de référence pour l'appréciation des ressources prises en compte ainsi que les modalités particulières de détermination des ressources provenant d'une activité non salariée.

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

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

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

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

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

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

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

« Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 sont dispensées de l'avance de frais pour les dépenses prises en charge par les régimes obligatoires des assurances maladie et maternité et celles prévues au présent article.

« Les personnes ayant souscrit un acte d'adhésion, transmis à leur caisse d'assurance maladie, formalisant leur engagement auprès d'un médecin référent dans une démarche qualité fondée sur la continuité et la coordination des soins bénéficient de la procédure de dispense d'avance de frais pour les frais des actes réalisés par ce médecin ou par les médecins spécialistes qui se déclarent correspondants de ce médecin, pour eux-mêmes ou leurs ayants droit.

« Pour l'application de cette dispense d'avance de frais, un décret détermine les modalités de paiement des professionnels et établissements de santé permettant

Analyse des dispositions

exonération de cotisation pour les bénéficiaires de la couverture de base sur critère de résidence

Etendue de la couverture complémentaire CMU

Texte de la loi

notamment qu'ils aient un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure.

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

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

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

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

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

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

« Lorsque la situation du demandeur l'exige, le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé est attribué, dès le dépôt de la demande, aux personnes présumées remplir les conditions prévues aux articles L. 380-1 et L. 861-1. Le bénéfice de cette protection est interrompu si la vérification de la situation du bénéficiaire démontre qu'il ne remplit pas les conditions susmentionnées.

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

« Art. L. 861-6. – La prise en charge prévue au a de

Analyse des dispositions

Choix de l'organisme gestionnaire de la couverture complémentaire CMU par son bénéficiaire

Procédure d'attribution de la couverture complémentaire CMU

Prise en charge des prestations par les organismes

Texte de la loi

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

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

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

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

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

« Art. L. 861-9. – Pour la détermination du droit aux dispositions de l'article L. 861-3 et le contrôle des déclarations de ressources effectué à cette fin, les organismes d'assurance maladie peuvent demander toutes les informations nécessaires aux organismes d'indemnisation du chômage qui sont tenus de les leur communiquer. Les informations demandées doivent être limitées aux données strictement nécessaires à l'accomplissement de cette mission, dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les personnes intéressées sont informées de la possibilité de ces échanges d'informations.

« Art. L. 861-10. – I. – En cas de réticence du bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé à fournir les informations requises ou de fausse déclaration intentionnelle, la décision attribuant la protection

Analyse des dispositions

d'assurance maladie

Prise en charge des prestations par les organismes complémentaires

Inscription auprès d'un organisme complémentaire

Contrôle des ressources des demandeurs

Sanctions applicables aux bénéficiaires coupables de fraude et aux organismes gestionnaires de la couverture complémentaire CMU qui ne rempliraient pas leurs obligations

Texte de la loi

complémentaire est rapportée. Le rapport de la décision entraîne la nullité des adhésions et contrats prévus au *b* de l'article L. 861-4.

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

« III. – Toute infraction aux prescriptions des articles L. 861-3 et L. 861-8 est punie d'une amende de 100 000 F.

« IV. – Les organismes prévus à l'article L. 861-4 peuvent obtenir le remboursement des prestations qu'ils ont versées à tort. En cas de précarité de la situation du demandeur, la dette peut être remise ou réduite sur décision de l'autorité administrative compétente.

« V. – Les dispositions des premier et troisième alinéas de l'article L. 332-1 sont applicables aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé et aux organismes mentionnés à l'article L. 861-4. »

Article 21

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

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

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

Article 22

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

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

Analyse des dispositions

Obligation de négociation annuelle sur la création d'un régime de prévoyance maladie pour les entreprises qui en sont dépourvues

Extension des conventions ou accords collectifs et régime de prévoyance maladie

Texte de la loi

Article 23

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

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

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

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

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

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

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

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

Analyse des dispositions

Prolongation de la couverture des bénéficiaires de la CMU couverts par un organisme complémentaire

Texte de la loi

Article 24

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

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

Article 25

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

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

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

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

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

Analyse des dispositions

Tarifs pratiqués par les médecins conventionnés en faveur des bénéficiaires de la CMU

Accords tarifaires entre les organismes d'assurance maladie, les organismes complémentaires et les distributeurs de dispositifs médicaux à usage individuel

Texte de la loi

Article 26

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

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

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

CHAPITRE II

Dispositions financières

Article 27

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

« *CHAPITRE II*

« *Dispositions financières*

« *Art. L. 862-1.* – Il est créé un fonds dont la mission est de financer la couverture des dépenses de santé prévue à l'article L. 861-3.

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

« Les organismes mentionnés au *b* de l'article L. 861-4 peuvent créer un fonds d'accompagnement à la

Analyse des dispositions

Tarifs pratiqués par les chirurgiens-dentistes conventionnés en faveur des bénéficiaires de la CMU

Création du fonds de financement de la protection complémentaire

Création du fonds de financement

Texte de la loi

protection complémentaire des personnes dont les ressources sont supérieures au plafond prévu à l'article L. 861-1. Ils en déterminent les modalités d'intervention.

« Art. L. 862-2. – Les dépenses du fonds sont constituées :

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

« b) Par le versement aux organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4 des montants définis à l'article L. 862-6 ;

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

« Art. L. 862-3. – Les recettes du fonds sont constituées par :

« a) Un versement des organismes mentionnés à l'article L. 862-4, établi dans les conditions fixées par ce même article ;

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

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

« Art. L. 862-4. – I. – Les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le livre IX du présent code ou par le livre VII du code rural et les entreprises régies par le code des assurances sont assujetties, au titre de leur activité réalisée en France, à une contribution à versements trimestriels.

« Cette contribution est assise sur le montant hors taxes des primes ou cotisations émises au cours d'un trimestre civil, déduction faite des annulations et des remboursements, ou, à défaut d'émission, recouvrées, afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé, à l'exclusion des réassurances.

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

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

« Art. L. 862-5. – Les sommes dues au titre de la contribution visée à l'article L. 862-4 sont versées, au plus

Analyse des dispositions

Dépenses du fonds

Recettes du fonds

Contribution due par les organismes complémentaires

Recouvrement de la contribution

Texte de la loi

tard le dernier jour du premier mois de chaque trimestre civil au titre des cotisations et primes recouvrées au cours du trimestre civil précédent, aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale territorialement compétents. Toutefois, un autre de ces organismes ou l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peuvent être désignés par arrêté ministériel pour exercer tout ou partie des missions de ces organismes.

« Ces sommes sont recouvrées et contrôlées suivant les règles, garanties et sanctions prévues aux I et V de l'article L. 136-5. Le contrôle de l'application par les organismes des dispositions du III de l'article L. 862-4 peut être délégué par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général au fonds institué à l'article L. 862-1.

« Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général reversent les sommes encaissées en application du premier alinéa au fonds mentionné à l'article L. 862-1.

« *Art. L. 862-6.* – Lorsque le montant de la contribution due en application du I et du II de l'article L. 862-4 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. 862-4 demandent au fonds le versement de cette différence dans le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 862-5. Le fonds procède à ce versement au plus tard le dernier jour du mois suivant.

« *Art. L. 862-7.* – Pour l'application des articles L. 862-1 à L. 862-6 :

« *a)* Le fonds est habilité à procéder à tout contrôle sur les dépenses mentionnées aux *a* et *b* de l'article L. 862-2 ;

« *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. 862-4 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. 862-6 et l'état des dépenses et recettes relatives à la protection complémentaire mise en œuvre au titre du *b* de l'article L. 861-4 ;

« *d)* Les organismes de sécurité sociale communiquent au fonds le nombre de personnes prises en charge et le

Analyse des dispositions

Remboursement de contribution

Contrôle des organismes de gestion

Texte de la loi

montant des prestations servies au titre du *a* de l'article L. 861-4.

« *Art. L. 862-8.* – Les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 peuvent constituer, par adhésion volontaire, des associations dont l'objet est de mettre en œuvre, pour le compte des organismes adhérents, les opérations se rattachant aux droits et obligations qui leur incombent en application des articles L. 862-4 à L. 862-7 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. 862-4. »

CHAPITRE III

Dispositions transitoires

Article 28

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

Analyse des dispositions

Création d'associations de gestion

Régime transitoire pour les titulaires actuels de l'aide médicale

Texte de la loi

Article 29

Pour l'application de l'article 28, les organismes d'assurance maladie reçoivent de l'Etat ou des départements les informations nominatives nécessaires et mettent en œuvre, dans les conditions prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, des traitements automatisés d'informations nominatives.

CHAPITRE IV

Dispositions diverses

Article 30

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

« CHAPITRE III

« Dispositions d'application

« Art. L. 863-1. – Des décrets en Conseil d'Etat déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent titre. »

Article 31

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

TITRE III

REFORME DE L'AIDE MEDICALE

Article 32

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

« TITRE III BIS

« AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT

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

Analyse des dispositions

Habilitation des caisses d'assurance maladie à la mise en place d'un fichier informatisé de données nominatives

Dispositions réglementaires pour l'application du titre II

Abrogation de certaines dispositions relatives à l'aide sociale

Transfert des départements vers l'Etat du nouveau régime d'aide médicale

Personnes prises en charge au titre de l'aide médicale de l'Etat

Texte de la loi

Analyse des dispositions

articles L. 161-14 et L. 313-3 de ce code, à l'aide médicale de l'Etat.

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

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

« 1° Les frais définis aux 1°, 2°, 4°, 6°, 7° et 8° de l'article L. 321-1 et à l'article L. 331-2 du code de la sécurité sociale par application des tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie ;

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

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

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

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

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

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

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

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

« *Art. 187-4.* – Les personnes mentionnées au premier alinéa de l'article 187-1, qui ont droit à l'aide médicale de l'Etat et se trouvent sans domicile fixe, doivent, pour bénéficier de cette aide, élire domicile soit auprès d'un organisme agréé à cet effet par le représentant de l'Etat dans le département soit auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale.

« *Art. 188.* – L'admission à l'aide médicale de l'Etat des personnes relevant du premier alinéa de l'article 187-1 est prononcée, dans des conditions définies par décret, par le

Dépenses prises en charge au titre de l'aide médicale de l'Etat

Dépôt de la demande d'aide médicale

Election de domicile

Admission à l'aide médicale de l'Etat

Texte de la loi

Analyse des dispositions

représentant de l'Etat dans le département, qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des travailleurs salariés.

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

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

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

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

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

Article 33

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

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

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

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

4° 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 » ;

5° L'article 186 est ainsi modifié :

a) Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° De l'aide médicale de l'Etat :

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

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

b) Le 5° devient le 4° ;

Obligation alimentaire

Dispositions financières

Dispositions de coordination

Texte de la loi

Analyse des dispositions

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

6° A l'article 195, la référence à l'article 190-1 est supprimée.

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

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

« *Art. L. 182-1.* – Une convention conclue entre, d'une part, l'Etat et, d'autre part, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés prévoit les conditions dans lesquelles les caisses primaires d'assurance maladie exercent, au nom de l'Etat, les compétences dévolues à ce dernier pour l'attribution des prestations d'aide médicale prévues en application de l'article 188 du code de la famille et de l'aide sociale.

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

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

TITRE IV

CONTROLE ET EVALUATION DE LA LOI

Article 34

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 national de la pauvreté et de l'exclusion sociale et du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

TITRE VI

ENTREE EN VIGEUR

Article 72

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 ;

Evaluation de la présente loi

Entrée en vigueur de la loi

Texte de la loi

Analyse des dispositions

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 29 entrent en vigueur dès la publication de la présente loi ;

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

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

6° Les dispositions de l'article 32, en ce qu'elles modifient les compétences des collectivités territoriales en charge de l'aide médicale, s'appliquent aux soins dispensés à compter du 1^{er} janvier 2000 ;

7° Les dispositions du titre V entrent en vigueur dès la publication de la présente loi, sous réserve des dispositions des articles 60, 61, 65 et 71 ;

8° Les dispositions législatives en vigueur dans la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon relatives aux domaines couverts par les titres Ier, II et III de la présente loi et antérieures à celle-ci demeurent en vigueur.

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

N°1787. – Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle