



N° 1684

ASSEMBLEE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ONZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 9 juin 1999.

RAPPORT

FAIT

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

TOME I

TITRES PRÉLIMINAIRE, PREMIER, II, III, III BIS et V

PAR M. JEAN-CLAUDE BOULARD,

Député.

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

Voir les numéros :

Assemblée nationale :

1^{ère} lecture : **1419, 1518** et T.A. **288**

CMP : **1680**

nouvelle lecture : **1677**

Sénat :

1^{ère} lecture : **338, 376 et 382** (1998-1999)

CMP : **407**

Assurance maladie-maternité : généralités.

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, Mugnette 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, Mme Gilberte Marin-Moskovitz, M. Daniel Marsin, Mme 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 Prél, Alfred Recours, Gilles de Robien, François Rochebloine, Marcel Rogemont, Yves Rome, Jean Rouger, Rudy Salles, André Schneider, Bernard Schreiner, Patrick Sève, 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.

INTRODUCTION	9
I. - DE PROFONDES DIVERGENCES SUR LA NATURE, LE CONTENU ET LES MODALITÉS DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE	11
A. LA COUVERTURE DE BASE	11
B. LA COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE	11
C. LES MODALITÉS DE FINANCEMENT	12
II. - LE SORT DES DISPOSITIONS SECONDAIRES	15
A. MODIFICATION SUR LA PROCÉDURE D'OPPOSITION À TIERS DÉTENTEUR	15
B. ACCORD SUR LA RÉFORME DE L'AIDE MÉDICALE	15
C. ARTICLES CONFORMES	15
TRAVAUX DE LA COMMISSION	17
EXAMEN DES ARTICLES	19
TITRE PRÉLIMINAIRE - DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE	19
<i>Article premier</i> : Création d'une couverture maladie universelle et d'une protection complémentaire avec dispense d'avance de frais pour les plus démunis	17
TITRE 1^{ER} - DISPOSITIONS RELATIVES AUX RÉGIMES OBLIGATOIRES	22
Chapitre 1 ^{er} - Dispositions générales	22
<i>Article 3</i> (titre VIII du livre III, articles L. 380-1 à L. 380-4 nouveaux du code de la sécurité sociale) : Critères d'affiliation au nouveau régime général et cotisation	20
<i>Article 4</i> (article L. 161-2-1 nouveau du code de la sécurité sociale) : Immédiateté et automaticité du droit à l'accès aux soins	21
<i>Article 6</i> (articles L. 161-2, L. 381-7, L.381-12, L.382-9, L.615-8, L.722-6 du code de la sécurité sociale et article 1106-12 du code rural) : Accès aux soins sans restrictions financières	22
<i>Article 7</i> (articles L.161-14-1, L. 381-9 et L. 615-11 du code de la sécurité sociale) : Régime applicable aux ayants droit des personnes affiliées au régime général	24
<i>Article 8 bis (nouveau)</i> : Gratuité des soins hospitaliers pour les malades en état végétatif	26
Chapitre II - Dispositions financières	27
Section I - Transferts financiers	27
<i>Article 9</i> (articles L. 814-5 et L. 195-3 du code de la sécurité sociale) : Incidences financières sur l'assurance vieillesse	25
<i>Article 10</i> (articles L. 161-15, L. 381-2 et L. 245-16 du code de la sécurité sociale) : Incidences financières de la mise en place de la couverture obligatoire sur la branche famille	28

<i>Article 11</i> (article L. 241-2 du code de la sécurité sociale) : Enumération des ressources complémentaires des régimes obligatoires de base	29
<i>Article 12</i> (articles L. 213-1, L. 241-1 du code des assurances, article L. 612-1 du code de la sécurité sociale) : Modification de l'affectation de la cotisation due par les personnes assurant des véhicules terrestres à moteur	30
<i>Article 13</i> : Transferts financiers entre l'Etat et les départements	31
<i>Article 13 bis (nouveau)</i> : Rapport sur les conséquences de la CMU sur les contingents communaux d'aide sociale	33
Section 2 – Recouvrement des cotisations	34
<i>Article 14</i> : Exécution des recouvrements forcés de cotisations dues par les non salariés non agricoles et les agriculteurs	34
<i>Article 16</i> (articles L.381-4 et 381-12 du code de la sécurité sociale) : Maintien des régimes actuellement applicables aux étudiants et aux ministres des cultes	36
<i>Article 19</i> (articles 380-1 et 380-3 nouveaux du code de la sécurité sociale) : Possibilité de maintien de certaines personnes dans le régime de l'assurance personnelle à titre temporaire ou définitif	36
TITRE II - DISPOSITIONS RELATIVES À LA PROTECTION COMPLÉMENTAIRE EN MATIÈRE DE SANTÉ	37
Chapitre premier - Dispositions générales	37
<i>Article 20</i> (chapitre premier nouveau du titre VI nouveau du livre VII du code de la sécurité sociale, articles L. 861-1 à L. 861-9 nouveaux) : Définition de la couverture complémentaire en matière de santé attribuée aux bénéficiaires de la CMU	37
Article L. 861-1 du code de la sécurité sociale : Personnes ayant droit à la couverture complémentaire CMU	37
Article L. 861-2 du code de la sécurité sociale : Appréciation des ressources des demandeurs de la couverture complémentaire et, pour les bénéficiaires de la couverture de base sur critère de résidence, exonération des cotisations.	38
Article L. 861-3 du code de la sécurité sociale : Etendue de la couverture complémentaire CMU	39
Article L. 861-4 du code de la sécurité sociale : Choix de l'organisme gestionnaire de la couverture complémentaire CMU par son bénéficiaire	41
Article L. 861-5 du code de la sécurité sociale : Attribution de la couverture complémentaire CMU	42
Article L. 861-5-1 du code de la sécurité sociale (nouveau) : Exonération de cotisations et d'impôt pour l'allocation personnalisée à la santé	43
Article L. 861-6 du code de la sécurité sociale : Prise en charge des prestations par les organismes d'assurance maladie	44
Article L. 861-7 du code de la sécurité sociale : Prise en charge des prestations par les organismes complémentaires	45
Article L. 861-8 du code de la sécurité sociale : Inscription auprès d'un organisme complémentaire	45
Article L. 861-9 du code de la sécurité sociale : Contrôle des ressources des demandeurs de la CMU	46
<i>Article 20 bis</i> (article L. 132-27 du code du travail) : Obligation de négociation annuelle sur la création d'un régime de prévoyance pour les entreprises qui en sont dépourvues	47

<i>Article 20 ter</i> (article L. 133-5 du code du travail) : Extension des conventions ou accords collectifs et régime de prévoyance maladie	48
<i>Article 20 quater nouveau</i> (article L. 137-2 du code de la sécurité sociale) : Réduction du taux de la taxe sur les employeurs au profit du Fonds de solidarité vieillesse	49
<i>Article 21</i> (articles 6-1 et 6-2 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989) : Prolongation de la couverture des bénéficiaires de la CMU couverts par un organisme complémentaire	49
<i>Article 22</i> (article L. 162-5-2 du code de la sécurité sociale) : Tarifs pratiqués par les médecins conventionnés en faveur des bénéficiaires de la CMU	51
<i>Article 23</i> (article L. 165-1 nouveau du code de la sécurité sociale) : Accords entre les organismes d'assurance maladie, les organismes complémentaires et les distributeurs de dispositifs médicaux à usage individuel	52
<i>Article 24</i> (article L. 162-9 du code de la sécurité sociale) : Tarifs pratiqués par les chirurgiens-dentistes conventionnés en faveur des bénéficiaires de la CMU	53
Chapitre 2 - Dispositions financières	54
<i>Article 25</i> (article L. 861-10, L. 861-11, L. 861-12, L. 861-13, L. 861-14, L. 861-15, L. 861-16, L. 861-17 du code de la sécurité sociale) : Création du fonds de financement de la protection complémentaire	54
Article L. 861-10 du code de la sécurité sociale : Création du fonds de financement ..	54
Article L. 861-11 du code de la sécurité sociale : Dépenses du fonds	55
Article L. 861-13 du code de la sécurité sociale : Contribution due par les organismes de la protection complémentaire	55
Article L. 861-14 du code de la sécurité sociale : Recouvrement de la contribution	56
Article L. 861-15 du code de la sécurité sociale : Remboursement de contribution	56
Article L. 861-16 du code de la sécurité sociale : Contrôle des organismes de gestion	57
TITRE III - RÉFORME DE L'AIDE MÉDICALE	58
<i>Article 30</i> (Titre III bis du code de la famille et de l'aide sociale - articles 187-1, 187-2, 187-3, 187-4, 188, 189 et 190 nouveaux) : Transfert de compétences des départements vers l'Etat en matière d'aide médicale	58
Article 187-1 du code de la famille et de l'aide sociale : Personnes prises en charge au titre de l'aide médicale de l'Etat	58
Article 187-2 du code de la famille et de l'aide sociale : Dépenses prises en charge au titre de l'aide médicale de l'Etat	58
Article 187-4 du code de la famille et de l'aide sociale : Election de domicile	59
TITRE III BIS - CONTRÔLE ET ÉVALUATION DE LA LOI	59
TITRE V - ENTRÉE EN VIGUEUR	58
<i>Article 38</i> : Entrée en vigueur de la loi	60
TABEAU COMPARATIF	61
AMENDEMENTS NON ADOPTES PAR LA COMMISSION	99

INTRODUCTION

Le Sénat a adopté, au cours de sa séance du 3 juin 1999, le projet de loi portant création d'une couverture maladie universelle (CMU) dans une version sensiblement différente de celle adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture. De profondes divergences marquent en effet les textes des deux assemblées et mettent en cause les principes mêmes sur lesquels repose le projet de création d'une couverture maladie universelle.

A la reconnaissance du droit à une couverture maladie de base et complémentaire gratuite aux personnes les plus modestes, dont les ressources sont inférieures à un seuil fixé par décret, le Sénat a en effet préféré la création d'une nouvelle allocation, appelée « allocation personnalisée à la santé » (APS), dégressive en fonction des revenus pour aider les personnes à prendre en charge le coût de leur couverture santé.

I.- DE PROFONDES DIVERGENCES SUR LA NATURE, LE CONTENU ET LES MODALITÉS DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

A. la couverture de base

Le Sénat a adopté des mesures tendant à inclure les ressortissants de la caisse des Français de l'étranger dans le dispositif CMU (articles 1^{er} et 3) et à en exclure de façon explicite les résidents de la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon, ces derniers bénéficiant d'ores et déjà d'un régime plus favorable que celui de la CMU elle-même (article 1^{er}).

À l'article 6, il a adopté un amendement tendant à garantir les professions indépendantes des effets de seuil générés par l'article 3 du projet de loi.

Il a inséré un article 8 bis prévoyant la prise en charge par le régime général du forfait hospitalier pour les hospitalisations d'une durée supérieure à trois mois dues à un état végétatif ou terminal pour tous les assurés sociaux.

Enfin, le Sénat estime que les transferts financiers prévus aux articles 9 à 13 auront notamment pour effet d'aggraver la charge supportée par la CNAMTS ; en conséquence de quoi il a opté pour une économie des modifications des flux financiers différente de celle du projet de loi adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, dont le détail est présenté dans la partie C de la présente introduction consacrée aux modalités de financement du projet.

B. la couverture complémentaire

En substituant à la reconnaissance, pour les personnes dont les ressources sont inférieures à un seuil, d'un droit à une couverture complémentaire gratuite, la création d'une allocation personnalisée à la santé dégressive en fonction des revenus le Sénat a bouleversé l'ensemble du dispositif prévu au titre II, et en particulier à l'article 20.

Il a d'abord supprimé le principe de gratuité, les bénéficiaires de l'APS devant assumer à leurs frais le différentiel entre leur allocation et le coût de la couverture fixé annuellement par arrêté ministériel. De plus, le paiement de la cotisation ou de la prime conditionne le versement de l'allocation qui est suspendue en cas d'interruption du paiement des sommes dues.

Il a supprimé le choix de l'organisme gestionnaire de la couverture complémentaire entre les caisses d'assurance maladie et les organismes complémentaires : dans le système qu'il propose, les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI) sont automatiquement gérés par les caisses primaires d'assurance maladie tandis que les autres bénéficiaires de l'APS peuvent choisir un organisme complémentaire.

Il a confié aux caisses nationales d'assurance maladie et aux organismes complémentaires le soin de définir par convention, soumise à l'approbation d'un arrêté ministériel, le panier de soins qualitatif et quantitatif auquel donne droit l'APS, de déterminer les conditions d'agrément des producteurs de biens et de service médicaux dont la prise en charge peut être prévue dans ce panier et de fixer les conditions dans lesquelles les médecins et les chirurgiens-dentistes conventionnés peuvent supprimer ou réduire leurs dépassements d'honoraires en faveur des bénéficiaires de l'APS ; en conséquence, les articles 22 (*Tarifs pratiqués par les médecins conventionnés en faveur des bénéficiaires de la CMU*), 23 (*Accords entre les organismes d'assurance maladie, les organismes complémentaires et les distributeurs de dispositifs médicaux à usage individuel*) et 24 (*Tarifs pratiqués par les chirurgiens-dentistes conventionnés en faveur des bénéficiaires de la CMU*) ont été supprimés.

En revanche, il a conservé dans leurs grandes lignes, tout en les transposant à l'APS, le système prévoyant le maintien de la couverture complémentaire à des conditions privilégiées l'année suivant la sortie du dispositif ainsi que la procédure d'attribution de l'aide. Pour renforcer le contrôle des conditions de ressources que doivent satisfaire les demandeurs, il a par ailleurs prévu que l'autorité compétente peut s'assurer du concours, non seulement des ASSEDIC, mais aussi des administrations publiques et en particulier de l'administration fiscale.

Enfin, le Sénat a supprimé les articles 20 *bis* et 20 *ter* qui tendaient à favoriser le développement des régimes de prévoyance collectifs en en faisant un sujet de négociation annuelle dans les entreprises qui en sont dépourvues ou un thème obligatoire en cas d'extension des conventions ou accords existants.

c. LES MODALITÉS DE FINANCEMENT

Le Sénat a logiquement tiré les conséquences, sur les articles financiers, des modifications proposées pour le régime de base et le régime complémentaire par la création de l'allocation personnalisée à la santé.

Mais il a également introduit d'assez larges modifications dans la répartition des flux financiers.

Tout d'abord, il a prévu que les prestations provisoirement servies par le régime général à un bénéficiaire relevant d'un autre régime seraient remboursées par ce régime au régime général (article 4). Les relations financières entre l'Etat et la caisse nationale des allocations familiales instituées par le projet ont été également modifiées de façon à ce que l'Etat verse au fonds national des prestations familiales une subvention correspondant à 40 % des sommes versées au titre de l'allocation de parent isolé (article 10).

Mais les modifications adoptées affectent particulièrement le financement de la protection complémentaire.

En effet, si le Sénat n'a pas remis en cause la contribution de 1,75 % à la charge des organismes de protection complémentaire, il en a aménagé l'assiette, l'a rendue imputable sur la taxe dont sont redevables les sociétés d'assurances et a exclu les sommes reçues du fonds de financement de l'impôt sur les sociétés.

Surtout, le Sénat a profondément modifié les dispositions relatives aux structures de financement par l'élargissement de la composition du conseil d'administration du fonds lui-même et plus encore par la suppression du fonds d'accompagnement à la protection complémentaire, le Sénat se situant toujours dans la logique selon laquelle l'allocation personnalisée à la santé serait la réponse adaptée notamment parce qu'elle évite les effets de seuil.

II.- LE SORT DES DISPOSITIONS secondaires

A.modification SUR LA PROCÉDURE D'opposition À TIERS DÉTENTEUR

Le Sénat a adopté une disposition selon laquelle la contrainte, qu'elle s'adresse à un débiteur du régime général ou à un débiteur d'un régime de non salarié devait être nécessairement signifiée par acte d'huissier alors que dans le second cas cette formalité pouvait être opérée par lettre recommandée avec accusé de réception.

b.ACCORD SUR LA RÉFORME DE L'AIDE MÉDICALE

Le régime résiduel d'aide médicale de l'Etat destiné à permettre la prise en charge des soins délivrés aux étrangers en situation irrégulière ou aux personnes soignées pour des raisons humanitaires n'a pas été remis en cause par le Sénat.

Celui-ci lui a simplement élargi la prise en charge, comme l'avait d'ailleurs souhaité la commission des affaires sociales de l'Assemblée à des mesures de prévention, vaccinations et dépistages.

C.ARTICLES CONFORMES

Le Sénat a adopté dans la rédaction de l'Assemblée nationale en première lecture douze articles : l'article 2 (Principe de l'affiliation et du rattachement aux nouveaux régimes obligatoires et suppression du régime de l'assurance personnelle), l'article 5 (Continuité du droit à l'accès aux soins), l'article 8 (Dispositions applicables aux personnes qui, bien que résidant ou séjournant en France, ne sont pas concernées par le régime), l'article 15 (Durée de maintien des droits selon qu'il s'agit des prestations en nature ou des prestations en espèces), l'article 17 (Régime applicable aux pupilles de l'Etat), l'article 18 (Résiliation de certains contrats d'assurance privée), l'article 26 (Régime transitoire pour les titulaires actuels de l'aide médical), l'article 27 (Habilitation des caisses d'assurance maladie à la mise en place d'un fichier informatisé de données nominatives), l'article 28 (Dispositions réglementaires pour l'application du titre II), l'article 29 (Abrogation de certaines dispositions relatives à l'aide sociale), l'article 30 (Transfert de compétences des départements à l'Etat en matière d'aide médicale) et l'article 31 (Dispositions de coordination).

La commission mixte paritaire, qui s'est réunie le 8 juin 1999, n'a pu parvenir à un accord. En conséquence, l'Assemblée nationale est appelée à se prononcer en deuxième et nouvelle lecture sur le texte du Sénat.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a examiné en deuxième et nouvelle lecture, sur le rapport de **M. Jean-Claude Boulard**, les titres préliminaire, premier, II, III, III bis et V du projet de loi portant création d'une couverture maladie universelle au cours de ses séances du mercredi 9 juin 1999.

M. Jean-Claude Boulard, rapporteur, a indiqué que le Sénat avait bouleversé l'économie du texte adopté en première lecture par l'Assemblée nationale en faisant le choix de l'un des scénarios qu'il avait lui-même proposé dans son rapport remis au Gouvernement en août 1998 en faveur d'une aide personnalisée à la couverture complémentaire des personnes les plus en difficulté. Le Gouvernement, suivi par l'Assemblée nationale en première lecture, a dû écarter cette solution car sa mise en œuvre se heurtait à trois problèmes : l'engagement des acteurs complémentaires était insuffisant, certains se montrant hésitants ou peu déterminés ; la méfiance encore grande du monde associatif à l'égard de ces derniers ne permettait pas de s'engager dans cette voie ; enfin, il est apparu difficile de renoncer au principe de gratuité existant aujourd'hui dans le système de l'aide médicale au profit d'un système de solvabilisation des personnes.

La commission est ensuite passée à l'examen des articles.

Examen des articles

TITRE PRELIMINAIRE

DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

Article premier

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

Cet article pose le principe d'une couverture maladie universelle garantissant à tous une prise en charge des soins par un régime obligatoire d'assurance maladie et une couverture complémentaire gratuite pour les personnes les plus démunies.

En première lecture, l'Assemblée nationale a supprimé la première phrase, purement déclarative et sans portée normative.

Le Sénat n'est pas revenu sur cette modification.

L'Assemblée nationale a modifié la deuxième phrase de cet article en substituant à l'expression : « *personnes les plus défavorisées* », les mots : « *personnes dont les revenus sont les plus faibles* » ; le Sénat n'a pas modifié cette nouvelle rédaction.

Il a, en revanche, adopté un amendement additionnel tendant à préciser que : « *Cette protection complémentaire est assurée par la création d'une allocation personnalisée à la santé* ».

Il convient à ce stade, et pour la bonne intelligence de tout ce qui va suivre, de préciser que le Sénat a procédé à un remodelage de l'ensemble du projet.

Dans son rapport fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, M. Charles Descours, rapporteur, présente ainsi le nouveau dispositif :

« Fondé autour de la création d'une allocation personnalisée à la santé, définie sur le modèle de l'allocation de logement, il solvabilise ses bénéficiaires qui la perçoivent mensuellement afin de leur permettre d'accéder à une couverture complémentaire. »

C'est bien, ici, une solution d'intégration, et non pas d'exclusion, de la même manière que les bénéficiaires de l'allocation logement ne sont pas

placés dans une situation différente de celle des autres locataires ou propriétaires.

Ceci n'empêche pas que, comme la législation sur l'allocation de logement prévoit des conditions auxquelles doivent satisfaire les logements, votre commission propose de définir une couverture complémentaire comportant certaines caractéristiques : ces caractéristiques sont celles du meilleur rapport qualité-prix, notamment pour les biens médicaux, là où le Gouvernement propose de faire bénéficier aux CMUistes les biens les moins chers. »

Cette construction va totalement à l'encontre des choix qui ont été faits par l'Assemblée nationale. Le rapporteur y est donc hostile.

Le Sénat a, en outre, adopté en séance publique, deux amendements : le premier concerne la caisse des Français de l'étranger, le second, la collectivité territoriale de Saint-Pierre et Miquelon.

S'agissant de la caisse des Français de l'étranger, l'amendement adopté à l'initiative de la commission des affaires sociales, contre l'avis du Gouvernement, complète le présent article d'un second alinéa prévoyant que les Français de l'étranger bénéficient également du droit au bénéfice des dispositions de la CMU d'une part, d'autre part qu'un décret déterminera notamment les seuils de revenus donnant accès à ce droit ainsi que les organismes habilités à gérer la CMU pour les Français de l'étranger.

L'argumentaire développé en séance publique relève que les 5 500 personnes bénéficiaires de l'aide sociale du ministère des affaires étrangères ne sont pas incluses dans le dispositif de la CMU. En effet, dans de nombreux pays d'Afrique ou d'Amérique, les services publics d'accès aux soins sont inexistantes et, pour les résidents français dont les revenus sont inférieurs à 2 000 francs par mois, il n'est pas possible d'envisager la souscription à une assurance de droit privé.

Cependant, pour ces situations particulières, pouvant par exemple viser des Français marginalisés, n'ayant pas leur résidence en France et, partant, ne pouvant pas bénéficier du RMI, l'application des dispositions du projet de loi ne paraît pas adaptée. En effet, l'adoption de cet amendement reviendrait, pour la seule catégorie visée, à remplacer le critère de résidence par celui de nationalité.

Par ailleurs, la ministre de l'emploi et de la solidarité a rappelé en séance publique que l'Etat français apportait beaucoup d'aides ponctuelles par voie consulaire tant il est vrai que biens des cas difficiles relèvent de situations individuelles très variées.

Enfin, cet amendement est redondant puisque le Sénat a adopté à l'article 3 du projet un amendement visant le même objectif.

Le rapporteur propose donc de supprimer cette disposition.

En ce qui concerne l'archipel de Saint-Pierre-et-Miquelon, le Sénat a prévu, à l'initiative de la commission des affaires sociales, que ses habitants bénéficient aujourd'hui d'un régime plus favorable que celui que pourrait leur apporter les dispositions de la CMU. En effet, les habitants de Saint-Pierre-et-Miquelon adhérant à une mutuelle (cas de la majorité de la population) connaissent un tiers payant instauré à l'hôpital et dans la pharmacie hospitalière. Par ailleurs, la pharmacie libérale offre également, par convention avec une mutuelle, ce type de prestations.

Le rapporteur est favorable à l'adoption du texte du Sénat qui serait toutefois mieux placée à l'article 38 relatif à l'entrée en vigueur de la loi qu'il propose d'amender à cet effet.

*

La commission a examiné un amendement de Mme Muguette Jacquaint de rédaction globale de l'article premier précisant que la protection de la santé et l'égal accès à la prévention et aux soins constituent un impératif national et une priorité des politiques sociales.

Le rapporteur a estimé que cette précision relevait davantage de l'exposé des motifs et qu'il était préférable de restreindre le contenu de l'article premier aux éléments de droit positif qu'il reconnaît.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur de retour au texte adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

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

TITRE 1^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX REGIMES OBLIGATOIRES

CHAPITRE 1^{ER}

Dispositions générales

Article 3

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

Critères d'affiliation au nouveau régime général et cotisation

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

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

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

Un amendement du rapporteur, tendant à préciser que le plafond de ressources au-delà duquel une cotisation est exigée est révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix, a été adopté par l'Assemblée nationale en première lecture dans un souci de cohérence avec la rédaction de l'article 20 du projet.

Le nouvel article L. 380-1 a fait l'objet de deux amendements du Sénat : le premier tendant à permettre aux personnes résidant en France et qui sont affiliées à la caisse des Français de l'étranger de rester affiliés à cette caisse, le second complétant cet article par un paragraphe III prévoyant qu'un décret en Conseil d'Etat précise les conditions dans lesquelles la MSA peut assurer la couverture des personnes qui cessent de bénéficier d'un droit aux prestations en nature de l'assurance maladie auprès dudit régime. Cette dernière modification tend à permettre au régime agricole de conserver la gestion de ses futurs ressortissants qui viendraient à cesser leur activité ou qui ne peuvent bénéficier des droits aux prestations de l'assurance maladie.

Le Gouvernement s'est opposé à l'adoption de ces deux amendements en relevant notamment qu'un des critères de base de la

sécurité sociale veut que l'adhésion à tel ou tel régime est déterminée par la situation professionnelle.

Le rapporteur est hostile à ces deux modifications et propose le retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

En ce qui concerne la caisse des Français de l'étranger, on se référera au commentaire de l'article 1^{er} du projet de loi.

En ce qui concerne l'amendement visant les régimes agricoles, la situation des personnes concernées est d'ores et déjà prise en considération par le II de l'article 19 du projet.

*

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur visant à revenir au texte de l'Assemblée nationale en première lecture en supprimant, d'une part la référence à la caisse des Français de l'étranger dans le paragraphe II de l'article, et d'autre part le paragraphe III.

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

Article 4

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

Immédiateté et automaticité du droit à l'accès aux soins

Cet article, qui a fait en première lecture à l'Assemblée nationale l'objet d'un amendement de la commission attribuant aux services ou associations ou organismes à but non lucratif un rôle d'accompagnement pour les démarches d'affiliation, détermine deux des caractéristiques majeures du nouveau régime général créé par le projet de loi que sont l'immédiateté et l'automaticité de l'ouverture de l'accès au bénéfice des prestations en nature.

Toute personne qui s'adresse à une caisse primaire d'assurance maladie peut, sur justification de sa résidence, bénéficier immédiatement des prestations en nature du régime général. Ce n'est qu'ensuite que la caisse primaire doit rechercher si la personne concernée relève d'un autre régime.

Le Sénat a modifié, contre l'avis du Gouvernement, cet article par le biais d'une addition au dernier alinéa tendant à préciser que le décret en Conseil d'Etat chargé de définir les modalités d'application de cet article prévoit, en outre : « *les modalités selon lesquelles les prestations*

provisoirement servies par le régime général à un bénéficiaire relevant d'un autre régime sont remboursées par ce régime au régime général » .

Il s'agit, selon ses auteurs, de permettre au régime général d'être remboursé des prestations servies à des personnes dont il apparaîtrait ultérieurement qu'elles relèvent d'un autre régime.

Cette modification fait peu de cas des dispositions des articles 9, 10, 11, 12 et 13 du projet, singulièrement malmenés, il est vrai, par le Sénat, qui prévoient tous les transferts financiers propres à compenser les nouvelles charges créées pour le régime général du fait de l'application de la CMU.

Le rapporteur propose donc de revenir au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

*

La commission a *adopté* deux amendements du rapporteur :

- le premier précisant que les personnes sans domicile fixe demandant à bénéficier de la couverture maladie universelle doivent élire domicile soit auprès d'un organisme agréé, soit auprès d'un centre communal d'action sociale (CCAS) ;

- le second revenant au texte de l'Assemblée nationale en première lecture dans le dernier alinéa de l'article.

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

Article 6

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

Accès aux soins sans restrictions financières

Cet article, en modifiant le code de la sécurité sociale et le code rural, développe l'esprit du projet en posant pour principe que le faible montant des revenus ne saurait constituer un obstacle à l'ouverture des droits aux soins par le truchement de l'affiliation à un régime d'assurance maladie ; il rompt le lien entre le paiement de la cotisation et le versement des prestations en nature.

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de la commission tendant à sanctionner l'absence de la cotisation prévue à l'article 3 lorsque

celle-ci résulte de la mauvaise foi du bénéficiaire sans, toutefois, que cette sanction puisse affecter les ayants droit de la personne concernée.

C'est sur cet ajout qu'est intervenu le Sénat en apportant la précision que ce sont les cotisations d'assurance maladie prévues par le code de la sécurité sociale et le code rural qui sont ici visées.

Le rapporteur est favorable à cette modification.

Le Sénat a, par ailleurs, complété en séance publique, sur l'initiative de M. Chérioux, cet article par un alinéa tendant à abroger les deux derniers alinéas des articles L 612-4 et L 615-8 du code de la sécurité sociale ; ceci aurait pour effet de substituer, pour les personnes exerçant une activité professionnelle indépendante, une cotisation proportionnelle à la cotisation minimale forfaitaire.

Cette disposition veut satisfaire une demande formulée par les organismes représentatifs des professions indépendantes qui estiment que la CMU génère des effets de seuil au détriment de ces derniers puisque ceux-ci auraient, dans ce cadre, à acquitter une cotisation d'un montant de 4 000 francs au moins quand un affilié du régime général, pour un revenu inférieur à 3 500 francs mensuels, ne paierait rien. L'adoption de cet amendement par le Sénat est logique puisque qu'il estime dans son rapport que l'application de la CMU est de nature à générer des effets de seuil.

Le Gouvernement a exprimé son hostilité à l'adoption de cet amendement.

Le rapporteur propose de ne pas retenir cette rédaction qui est contraire à l'esprit du projet de loi et rappelle que la cotisation des travailleurs indépendants a été réduite dans le cadre de la réforme de la CSG.

*

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur ayant pour objet de revenir au texte adopté en première lecture par l'Assemblée nationale en supprimant le paragraphe IV de l'article en y ajoutant la modification apportée par le Sénat au paragraphe III à la mauvaise foi.

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

Article 7

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

Régime applicable aux ayants droit des personnes affiliées au régime général

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

Le Sénat a adopté un amendement précisant que les prestations des assurances maladie et maternité perçues par les ayants droits mentionnés aux 1° et 4° de l'article L. 313-3 et à l'article L. 161-4 du code de la sécurité sociale sont des prestations en nature.

Dans la mesure où cet amendement vient réparer un oubli d'ordre rédactionnel, le rapporteur propose l'adoption conforme de cet article.

*

La commission a *adopté* cet article sans modification.

Article 8 bis (nouveau)

Gratuité des soins hospitaliers pour les malades en état végétatif

Le Sénat a adopté contre l'avis du Gouvernement, après l'article 8, un amendement présenté par MM. Fournier, Gaillard et Osterman complétant l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale ; il s'agit de faire prendre en charge par le régime général le forfait hospitalier pour les personnes hospitalisées pour une durée de plus de trois mois en raison d'un état végétatif ou terminal constaté par une commission médicale.

Le rapporteur, s'il ne peut qu'être sensible à la gravité des situations évoquées, n'en propose pas moins de ne pas retenir cet article ; cette disposition, aussi généreuse qu'elle soit, ne saurait trouver sa place ailleurs que dans la loi de financement de la sécurité sociale.

*

La commission a *adopté* un amendement de suppression de cet article présenté par le rapporteur.

La commission a donc *supprimé* cet article.

CHAPITRE II

Dispositions financières

Section I

Transferts financiers

Article 9

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

Incidences financières sur l'assurance vieillesse

Cet article tire les conséquences financières du projet pour l'assurance vieillesse.

Le **I** supprime de la liste des dépenses supportées par les services de l'allocation spéciale vieillesse (ASV) les dépenses entraînées par la prise en charge, par ce service, des cotisations d'assurance personnelle des titulaires de cette allocation. Cette disposition n'est que la conséquence de la suppression du régime de l'assurance personnelle (article 2 du projet de loi).

Le sénat a adopté ce paragraphe sans modification.

Le **II** minore une ressource du plafond du fonds de solidarité vieillesse (FSV). Il modifie la part de droits sur les alcools affectée au FSV, qui est actuellement de 60 %, contre 40 % pour les régimes obligatoires d'assurance maladie, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997. Le FSV a bénéficié d'une réduction de charges par la création de la CADES qui a repris les 110 milliards de francs de dettes transférés en 1993.

Cette part serait désormais de 55 %, soit une baisse de 580 millions de francs environ.

Le Sénat a adopté, contre l'avis du Gouvernement, un amendement tendant à supprimer le **II** de cet article.

Il estime, en effet, que la suppression de l'assurance personnelle entraîne des transferts financiers trop complexes qui accroissent les charges de la CNAMTS et constituent un manque à gagner pour la CNAF ; il suggère donc d'autres mécanismes qui l'amènent à modifier aussi les articles 10 et 11 du projet qui ont pour objet ces transferts financiers.

En conséquence, il conteste la nouvelle répartition d'une partie des droits de consommation sur les alcools prévue par le présent article puisqu'il considère que celle-ci aurait pour effet d'éclater ces droits en trois parts : 55% pour le FSV, 40% pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie et

5% pour la CNAMTS. Il relève qu'une cotisation sur les boissons alcooliques bénéficie d'ores et déjà à la CNAMTS, prévue par l'article L. 245-7 du code de la sécurité sociale et que celle-ci bénéficierait alors de trois ressources liées aux alcools.

L'amendement du Sénat aurait pour effet de laisser les choses en l'Etat dans ce domaine, la perte de recettes pour la CNAMTS étant alors compensée par l'affectation du prélèvement supplémentaire des droits sur les tabacs (amendement à l'article 11 du projet).

Si cette «redistribution» d'une partie des ressources fiscales est relativement cohérente dans le cadre du remodelage du projet de loi CMU opéré par le Sénat, il ne peut qu'être contradictoire avec les buts poursuivis par l'Assemblée nationale, le rapporteur propose donc un amendement de rétablissement de ce texte tel qu'adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

*

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur de retour au texte adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

La commission a *adopté* l'article 9 ainsi modifié.

Article 10

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

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

Cet article, adopté en première lecture sans modification par l'Assemblée nationale, ramène de 50 % à 22 % la part du produit des prélèvements sociaux opérés sur les revenus du patrimoine et affectée à la CNAF, et, en contrepartie affecte les 28 % restant à la CNAM.

Le **I** de cet article a été adopté sans modification en première lecture par les deux chambres.

La commission des affaires sociale du Sénat a supprimé l'ensemble du **II** de cet article et a adopté une nouvelle rédaction pour cette même partie. Cette rédaction, qui modifie l'article L. 524-1 du code de la sécurité sociale, prévoit que «*L'Etat verse au fonds national des prestations familiales, géré par la caisse nationale des allocations familiales, une*

subvention correspondant à 40 % des sommes versées au titre de l'allocation de parent isolé ».

Le texte original du Gouvernement retirait à la CNAF une partie du 1 % social en contrepartie de la diminution de ses dépenses résultant de la suppression de la prise en charge des cotisations de l'assurance personnelle.

Le texte du Sénat rétablit à la charge de la CNAF une partie du coût de l'allocation de parent isolé (API), cette caisse reprenant alors à sa charge 60 % de l'API, l'Etat n'en finançant plus que 40 % .

Le Sénat estime que, dans ce cas de figure, la diminution qui résulte de cette mesure pour le budget général lui permet, à équilibre inchangé, d'affecter à la CNAMTS une part supplémentaire des droits sur les tabacs. Cette recette se substituant pour la CNAMTS à la partie du 1 % CNAF que le présent article lui affectait.

Le rapporteur ne peut qu'être opposé à l'adoption de cette rédaction en tant qu'elle participe de la refonte du financement du dispositif proposé par le Sénat et que, partant, elle n'est en rien compatible avec l'économie d'ensemble du projet. Il propose donc de revenir au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

*

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur de retour au texte adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

La commission a *adopté* l'article 10 ainsi modifié.

Article 11

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

Enumération des ressources complémentaires des régimes obligatoires de base

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

En première lecture, l'Assemblée nationale a modifié le 1° de cet article en précisant que la répartition des droits sur les tabacs serait fixée par une disposition spéciale de la loi de finances pour 2000.

Le Sénat, dans le cadre de la nouvelle architecture financière qu'il propose, a supprimé les 2° et 3° de cet article, qui concernent respectivement les droits sur les alcools et les prélèvements sociaux sur les produits du patrimoine, pour n'en conserver que le 1.

Le rapporteur ne peut que proposer le retour à la rédaction de cet article telle qu'adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

*

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur de retour au texte adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

L'article 11 a été ainsi *rédigé*.

Article 12

(articles L. 213-1, L. 241-1 du code des assurances, article L. 612-1 du code de la sécurité sociale)

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

Cet article, adopté sans modification par l'Assemblée nationale, a pour objet d'affecter, en totalité, le produit de la cotisation due par les personnes assurant des véhicules terrestres à moteur à la seule CNAM et non plus à l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

Le Sénat a complété cet article par deux paragraphes opérant des modifications de coordination aux articles L. 241-1 du code des assurances et L. 612-1 du code de la sécurité sociale.

Le rapporteur propose l'adoption de cet article sans modification.

*

La commission a *adopté* cet article sans modification.

Article 13

Transferts financiers entre l'Etat et les départements

Cet article, adopté sans modification par l'Assemblée, tire les conséquences du transfert de la charge des dépenses d'aide médicale résultant de la mise en place de la CMU, en prévoyant la diminution de la dotation globale de décentralisation versée aux départements.

Le Sénat a adopté, contre l'avis du Gouvernement, un amendement à cet article prévoyant que la diminution de la dotation globale de décentralisation ne serait effective qu'au jour où la CMU sera en vigueur dans le département concerné.

Cette prévision apparaît inutile et contradictoire avec l'article du projet qui fixe la date d'entrée en vigueur.

Le Sénat a également adopté, contre l'avis du Gouvernement et de la commission des affaires sociales, un amendement de M. Yves Fréville complétant cet article afin de porter de 3 à 6 % le plafond d'augmentation du contingent communal d'aide sociale au titre d'un exercice donné. Son auteur a justifié cette mesure par la nécessité de pouvoir prendre en compte les évolutions soudaines et significatives pouvant intervenir dans le potentiel fiscal d'une commune ou dans ses dépenses.

Au-delà même de l'opportunité de cette modification, la question des contingents communaux, qui fait actuellement l'objet de discussions entre le Gouvernement et les collectivités locales, n'a pas sa place dans cet article.

Pour ces raisons, le rapporteur propose le retour au texte adopté par l'Assemblée nationale.

*

La commission a examiné un amendement de Mme Muguette Jacquaint supprimant la participation des communes aux contingents communaux d'aide sociale au titre de l'aide médicale.

Le rapporteur a indiqué que sur le sujet important de la réforme des contingents communaux, la concertation avec les associations d'élus était déjà très avancée et que cet amendement ne permettait pas de prendre en compte toute la dimension de la question.

M. Pierre Hellier s'est déclaré favorable à l'amendement, ainsi que **M. René Couanau** qui a insisté sur la nécessité d'adopter sur ce sujet une disposition précise, l'absence de décision ne pouvant conduire qu'à

l'aggravation des relations déjà difficiles entre les communes et les départements et à des contentieux en cas de refus de certaines communes de payer leur contribution.

M. Marcel Rogemont a observé qu'il fallait distinguer les conséquences de la suppression de l'aide médicale sur l'assiette des contingents communaux d'aide sociale de la réforme plus générale des contingents. Pour l'instant, la réflexion devrait être circonscrite au premier de ces sujets.

M. Yves Bur a souligné que le statu quo allait aboutir à ce que les départements deviennent des collecteurs d'impôts de l'Etat, alors qu'il n'assument plus de compétences en matière d'aide médicale.

M. Denis Jacquat, président, a insisté sur la nécessité d'aborder le sujet dès maintenant.

Le rapporteur a fait valoir que cet amendement n'était pas le moyen de procéder à la réforme d'ensemble des contingents communaux qui devra notamment aborder la question de l'imputation sur la DGF des communes. Le Gouvernement l'envisage selon un système qui inclurait un abattement. Cet amendement ne règle pas non plus les différences des niveaux des contingents car leur simple suppression ne ferait que geler les distorsions.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Muguette Jacquaint créant un fonds de solidarité pour l'action sociale.

Mme Jacqueline Fraysse a expliqué que ce fonds avait pour objet de procéder à une péréquation permettant de remédier aux inégalités existantes entre les départements en matière de dépenses d'aide sociale en raison des différences liées à leur population et à leur potentiel fiscal.

La commission a *rejeté* cet amendement, après que **le rapporteur** a déclaré y être défavorable.

La commission a *adopté* deux amendements du rapporteur supprimant les paragraphes IV, V et VI.

La commission a *adopté* l'article 13 ainsi modifié.

Article 13 bis (nouveau)

Rapport sur les conséquences de la CMU sur les contingents communaux d'aide sociale

Cet article, introduit par le Sénat à l'initiative de la commission des finances et sous-amendé par M. Bernard Cazeau, prévoit le dépôt d'un rapport sur les conséquences de la mise en place de la CMU sur les contingents communaux d'aide sociale et sur celles de leur éventuelle suppression. Ce rapport doit en outre présenter des propositions de réforme et notamment une simulation de l'instauration d'un abattement en faveur des communes les plus défavorisées par les modes de répartition des contingents.

Le rapporteur propose une nouvelle rédaction de cet article ne préjugant pas de la réforme des contingents communaux mais conservant l'évaluation prévue par le Sénat des conséquences de la CMU sur ceux-ci.

*

La commission a examiné un amendement du rapporteur modifiant l'objet du rapport prévu par le Sénat pour le limiter aux conséquences de l'adoption de la CMU sur les contingents communaux.

Le rapporteur a indiqué que cette disposition avait pour objet de susciter un débat et, notamment, d'obtenir des précisions sur les intentions du Gouvernement.

M. Marcel Rogemont a observé que les enjeux de la réforme des contingents communaux avaient été suffisamment analysés pour qu'aujourd'hui des propositions concrètes puissent être formulées.

M. Yves Bur a proposé de sous-amender l'amendement du rapporteur pour préciser que le rapport sera déposé avant l'examen de la loi de finances pour 2000.

Après **que M. Alfred Recours** a déclaré être défavorable à cet amendement, la commission l'a *adopté* ainsi sous-amendé.

La commission a *adopté* l'article 13 *bis* ainsi rédigé.

Section 2 – Recouvrement des cotisations

Article 14

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

Cet article, modifie la procédure d'opposition à tiers détenteur ouverte aux caisses des régimes de travailleurs non salariés pour obtenir le recouvrement des cotisations impayées de leurs assurés et des indemnités de retard qui y sont attachées.

Le paragraphe I relatif aux sûretés applicables au paiement des cotisations a été adopté sans modification à l'Assemblée Nationale et au Sénat.

Le paragraphe II relatif au mécanisme d'avis à tiers détenteur a fait l'objet à l'Assemblée nationale de deux amendements de précision :

- l'un indiquant que l'opposition notifiée au tiers détenteur et au débiteur doit obligatoirement être motivée ;
- l'autre assurant explicitement au tiers détenteur comme au débiteur le droit de contester l'opposition devant le juge de l'exécution ;

Les paragraphes III et IV rendant applicable la procédure d'avis à tiers détenteur au recouvrement des cotisations d'allocations familiales des indépendants ainsi qu'à la CSG sur les revenus de ces travailleurs et sur les revenus agricoles ont été adoptés sans modification, à l'Assemblée et au Sénat, ainsi que les paragraphes V à VIII qui constituent des dispositions de coordination.

Le paragraphe IX étendant au régime agricole le mécanisme d'avis à tiers détenteur défini selon les modalités du II a fait, à l'Assemblée l'objet des deux mêmes amendements de précision.

Le Sénat a adopté sans modification le II de cet article. Il a cependant inséré un nouveau paragraphe X qui retient sur le déroulement de la procédure de l'avis à tiers détenteur. En effet, à l'initiative de la commission des affaires sociales et contre l'avis du Gouvernement, le Sénat a complété l'article L. 244-9 du code de la sécurité sociale pour prévoir que, dans tous les cas, qu'il s'agisse du recouvrement des cotisations du régime général ou de celles du régime des travailleurs non salariés la contrainte devait être délivrée par acte d'huissier.

Il est rappelé que la procédure d'avis à tiers détenteur, prévue à l'article 14 nécessite les étapes suivantes :

- *mise en demeure* de payer adressée au débiteur ;
- en l'absence de régularisation ou de contestation, *recours à la contrainte* qui, à défaut d'opposition, vaut titre exécutoire ;
- puis *opposition à tiers détenteur* des sommes qu'il détient pour le compte du débiteur.

La procédure de droit commun de saisie-attribution qui est la seule ouverte au créanciers du régime général est également précédée des deux phases de mise en demeure et de contrainte. Aux termes de l'article R. 133-3 du code de la sécurité sociale la contrainte est signifiée au débiteur du régime général par acte d'huissier. Le Sénat a considéré qu'il devait en aller de même pour les débiteurs des régimes non salariés, alors que l'article R. 612-11 du code de la sécurité sociale dispose que celle-ci est notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception ou signifiée par acte d'huissier.

Dans le cadre d'une procédure dérogatoire tenant à des difficultés de recouvrement qui n'existe pas de la même façon quand le débiteur est un salarié, et dont la justification est d'ailleurs parfaitement admise par le Sénat, il n'est pas anormal que des modalités différentes soient retenus. Ceci est d'autant plus vrai que, comme le précise le rapport du Sénat, les mentions devant figurer, à peine de nullité, sur la lettre recommandée sont très exactement les mêmes que celles devant figurer sur l'acte d'huissier : référence de la contrainte et de son montant, délai dans lequel l'opposition doit être formée, adresse du tribunal compétent et formes requises pour sa saisine.

La modification du Sénat introduit, au sein d'une procédure qui respecte parfaitement les droits de la défense comme l'a souligné cette assemblée dans son rapport, une formalité de plus, d'ailleurs de nature réglementaire, coûteuse et source de délais supplémentaires qui ne sont pas dans l'intérêt des débiteurs.

Pour ces raisons le rapporteur souhaite la suppression de cette disposition et le retour au texte adopté par l'Assemblée nationale.

*

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur supprimant le dernier paragraphe de cet article.

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

Article 16

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

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

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

L'Assemblée nationale a adopté cet article en première lecture sans modification.

En séance publique le Sénat a adopté un amendement au **I** de cet article qui modifie l'article L. 381-4 du code de la sécurité sociale. Cette nouvelle rédaction lève une ambiguïté relative à la situation des étudiants qui pouvait subsister dans la rédaction antérieure.

Le rapporteur est favorable à l'adoption de cette nouvelle rédaction.

*

La commission a *adopté* cet article sans modification.

Article 19

(articles 380-1 et 380-3 nouveaux du code de la sécurité sociale)

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

Cet article, adopté sans modification par l'Assemblée nationale en première lecture, permet, pendant une période transitoire, aux personnes visées à l'article 8 de la présente loi ainsi qu'aux personnes dépendant d'un régime agricole, de continuer à bénéficier des prestations en nature du régime général ou du régime de l'assurance personnelle.

Le Sénat a, en séance publique, adopté un amendement de la commission des affaires sociales modifiant la rédaction la seconde phrase du **II** de cet article. Il s'agit de préciser que, puisque ce texte permet que le régime agricole continue de gérer, dans le cadre de la CMU et pour le compte du régime général, les personnes relevant aujourd'hui de l'assurance

personnelle dépendant de lui, ce régime puisse recouvrer la cotisation prévue à l'article 3 lorsqu'elle est due.

Le rapporteur est favorable à cette modification qui vient opportunément réparer un oubli.

*

La commission a *adopté* cet article sans modification.

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES A LA PROTECTION COMPLEMENTAIRE EN MATIERE DE SANTE

CHAPITRE PREMIER

Dispositions générales

Article 20

(chapitre premier nouveau du titre VI nouveau du livre VII du code de la sécurité sociale, articles L. 861-1 à L. 861-9 nouveaux)

Définition de la couverture complémentaire en matière de santé attribuée aux bénéficiaires de la CMU

Cet article pose le principe du droit à une couverture complémentaire en matière de santé pour les personnes dont les revenus sont les plus faibles et en définit le contenu et les modalités d'application.

*

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur de retour à l'intitulé adopté par l'Assemblée nationale en première lecture pour le livre VIII du code de la sécurité sociale et son titre VI.

M. Yves Bur a vivement regretté l'absence de débat de fond sur les arguments militant en faveur de la solution alternative proposée par le Sénat en faveur de la création d'une allocation personnalisée à la santé.

Article L. 861-1 du code de la sécurité sociale

Personnes ayant droit à la couverture complémentaire CMU

Cet article nouveau du code de la sécurité sociale reconnaît le droit à une protection complémentaire à toutes les personnes qui remplissent le critère de résidence, tel que prévu à l'article 3 du présent projet, et dont les ressources sont inférieures à un plafond fixé par décret, plafond variable selon la composition du foyer et le nombre de personnes à charge. Ce droit est étendu aux mineurs de seize ans ou plus en situation de rupture familiale qui peuvent en bénéficier en leur nom propre sur leur demande expresse et sur décision du préfet.

Le Sénat, en total désaccord avec ce dispositif, lui a substitué, sur proposition de la commission des affaires sociales et contre l'avis du Gouvernement, un autre système prévoyant la création d'une « *allocation personnalisée à la santé* » dégressive en fonction des revenus. Il a par ailleurs précisé que la variation du plafond de ressources d'un foyer dépend du nombre de personnes à charge « *effective et permanente* ».

Attaché au principe de la reconnaissance du droit à une couverture complémentaire gratuite pour toutes les personnes aux revenus modestes, le rapporteur propose de revenir au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

*

La commission a examiné en discussion commune un amendement du rapporteur de retour au texte de l'Assemblée nationale et un amendement de Mme Muguette Jacquaint prévoyant que le seuil de ressources fixé par décret en-dessous duquel la couverture complémentaire CMU est attribuée ne peut être inférieur au seuil de pauvreté équivalant au salaire brut médian.

Mme Jacqueline Fraysse a rappelé que son groupe avait déposé en première lecture plusieurs amendements ayant pour objet, à l'instar du présent amendement, de relever le seuil d'attribution de la couverture complémentaire CMU.

M. Denis Jacquat, président, MM. Yves Bur et René Couanau ont rappelé qu'ils étaient favorables au relèvement de ce seuil.

Le rapporteur a émis un avis défavorable après avoir rappelé que la commission avait rejeté en première lecture ces amendements.

La commission a adopté l'amendement du rapporteur, l'amendement de Mme Muguette Jacquaint *devenant sans objet*.

Article L. 861-2 du code de la sécurité sociale

**Appréciation des ressources des demandeurs de la couverture
complémentaire et, pour les bénéficiaires de la couverture de base
sur critère de résidence, exonération des cotisations.**

Cet article précise comment seront prises en compte les ressources d'un foyer pour apprécier son droit à la protection complémentaire CMU et prévoit l'admission directe et automatique de tous les bénéficiaires du RMI et, implicitement, des membres de leurs foyers.

Le Sénat, sur proposition de la commission des affaires sociales et contre l'avis du Gouvernement, conformément à sa proposition alternative, a substitué à la notion de droit à la protection complémentaire de santé celle de droit à une allocation personnalisée à la santé pour laquelle il prévoit l'attribution à son montant maximal aux bénéficiaires du RMI. A l'initiative de Mme Marie-Madeleine Dieulangard, avec l'avis favorable du Gouvernement, il a prévu de déduire des ressources d'un foyer, pour l'appréciation de son droit au dispositif créé, les charges consécutives aux versements des pensions et obligations alimentaires. Enfin, sur proposition de la commission des affaires sociales et contre l'avis du Gouvernement, il a supprimé le dernier alinéa de l'article prévoyant la gratuité de la couverture obligatoire pour les personnes affiliées au régime général sur critère de résidence.

Le rapporteur propose de revenir au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture en y ajoutant la disposition adoptée par le Sénat prévoyant la déduction des pensions et obligations alimentaires des ressources d'un foyer pour apprécier son droit à la protection complémentaire CMU.

*

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur ayant pour objet de revenir au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture en y ajoutant cependant une disposition adoptée par le Sénat afin de déduire, des ressources prises en compte pour l'appréciation du droit à la couverture complémentaire CMU, les pensions et obligations alimentaires éventuellement à charge des demandeurs.

Article L. 861-3 du code de la sécurité sociale

Etendue de la couverture complémentaire CMU

Cet article définit l'étendue de la couverture complémentaire CMU et pose le principe de sa gratuité totale. Il précise que le droit à cette couverture s'exerce sous réserve de l'application des dispositions les plus favorables dont certaines personnes sont susceptibles de bénéficier.

Le contenu de la couverture comprend le ticket modérateur, dans la limite des tarifs de responsabilité des prestations couvertes par les régimes obligatoires, le forfait hospitalier exigé des personnes admises dans les établissements hospitaliers ou médico-sociaux pour couvrir une partie de

leurs frais de séjour, sans limitation de durée, ainsi que certains frais concernant des soins dentaires ou des dispositifs médicaux précisés dans une liste définie par décret.

Enfin, la dispense d'avance de frais pour toutes les prestations prises en charge par les régimes obligatoires maladie et maternité ainsi que pour les frais mentionnés précédemment est accordée aux bénéficiaires de la CMU.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté, sur proposition de la commission, deux amendements, le premier étendant le bénéfice de la dispense d'avance de frais aux personnes ayant choisi un médecin référent pour les actes de celui-ci et pour les actes des médecins spécialistes qui en sont les correspondants déclarés et le second, sous-amendé par M. Bernard Accoyer, précisant qu'un décret déterminera, dans le cadre du mécanisme de dispense d'avance de frais, les modalités de paiement des professionnels et des établissements de santé qui disposeront d'un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure.

Sur proposition de sa commission des affaires sociales et contre l'avis du Gouvernement, le Sénat, dans la logique de sa proposition alternative en faveur d'une allocation personnalisée à la santé, a supprimé le droit à une couverture complémentaire santé gratuite. Il a confié aux organismes d'assurance maladie et aux organismes complémentaires le soin de définir, par voie de convention soumise à l'approbation d'un arrêté ministériel, le panier de biens auquel donne droit l'attribution de cette allocation, de déterminer les conditions d'agrément des producteurs de biens et de service médicaux dont la prise en charge peut être prévue dans le panier de soins précité et de fixer les conditions dans lesquelles les médecins et les chirurgiens-dentistes conventionnés peuvent renoncer à des dépassements d'honoraires pour les bénéficiaires de cette allocation. Il a prévu que le coût de la couverture complémentaire santé pour les bénéficiaires de l'aide créée serait fixé chaque année par arrêté ministériel. Enfin, il a supprimé la disposition relative au tiers-payant pour les personnes ayant choisi de s'engager auprès d'un médecin référent tout en maintenant la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de l'allocation personnalisée santé.

Attaché à la définition par la loi du contenu de la protection complémentaire CMU et au principe de son caractère non-contributif, le rapporteur propose de revenir au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

La commission a examiné en discussion commune un amendement du rapporteur de retour au texte de l'Assemblée nationale et un amendement de Mme Muguette Jacquaint prévoyant la dispense d'avance de frais pour les dépenses d'assurance maladie et maternité en faveur des personnes dont les ressources sont inférieures à un plafond fixé par décret.

Le rapporteur a indiqué sa préférence en faveur du retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture qui prévoit l'extension du tiers-payant aux personnes adhérant au système du médecin référent. La création d'un nouveau seuil aurait en outre pour effet d'engendrer un second effet de seuil qui n'est pas souhaitable.

M. Yves Bur a souligné les incertitudes entourant le problème de l'extension du tiers-payant et les contradictions entre les partisans de sa généralisation à tous les assurés, tel que le président de la CNAMTS, et le Gouvernement qui fait preuve d'une grande frilosité dans son extension. Au total, la situation apparaît peu claire, en particulier pour les professionnels de santé qui sont dans l'incertitude des bénéficiaires bénéficiant de ce mécanisme.

La commission a *adopté* l'amendement du rapporteur, l'amendement de Mme Muguette Jacquaint *devenant sans objet*.

Article L. 861-4 du code de la sécurité sociale

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

Cet article offre aux bénéficiaires de la couverture complémentaire CMU le choix de leur organisme d'affiliation ou d'adhésion. Il pourra s'agir soit d'une caisse d'assurance maladie, agissant « *pour le compte de l'Etat* », soit d'un organisme complémentaire : mutuelle, institution de prévoyance ou société d'assurance.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de la commission, un amendement de précision renvoyant au chapitre 2 du présent titre les modalités financières selon lesquelles les organismes d'assurance maladie participent au dispositif, à l'instar de ce qui est prévu pour les organismes complémentaires dans le présent article.

Le Sénat, sur proposition de la commission des affaires sociales et contre l'avis du Gouvernement, a supprimé l'option offerte par le présent article et prévu que les bénéficiaires de l'aide créée, sous forme d'allocation dans son dispositif alternatif, doivent choisir un organisme complémentaire, à l'exception des bénéficiaires du RMI qui sont systématiquement gérés par les caisses primaires d'assurance maladie du régime général. Au sein des organismes complémentaires, il a par ailleurs rajouté les sections d'assurance complémentaire maladie régies par l'article 1049 du code rural qui relèvent de la Mutualité sociale agricole (MSA).

Attaché au principe du choix entre une caisse d'assurance maladie et un organisme complémentaire qui répond à la diversité des besoins et des situations des populations visées, le rapporteur propose de revenir au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

*

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur de retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

Article L. 861-5 du code de la sécurité sociale

Attribution de la couverture complémentaire CMU

Cet article définit la procédure d'attribution de la couverture complémentaire CMU. Il prévoit que la personne qui sollicite l'ouverture de son droit en dépose la demande auprès de la caisse d'assurance maladie de son régime d'affiliation en mentionnant son choix de l'organisme gestionnaire de sa protection complémentaire. Il appartient au préfet, qui a la possibilité d'en déléguer le pouvoir au directeur de la caisse locale du régime général, de la MSA ou de la CANAM, de décider de l'attribution de la protection complémentaire CMU pour une durée d'un an. «*En cas d'urgence sanitaire ou sociale* », cette attribution peut être immédiate .

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté plusieurs amendements. Sur proposition de la commission, elle a souhaité :

- permettre aux services sociaux, aux associations ou organismes à but non lucratif agréés par le préfet et aux établissements de santé, d'informer les personnes désirant bénéficier de la couverture complémentaire CMU et de les accompagner dans leurs démarches si elles le souhaitent ;
- mettre en place une procédure de notification au demandeur de la décision prise par l'autorité compétente dans un délai maximal fixé par décret, le silence valant acceptation au-delà de ce délai ;
- substituer à la notion trop imprécise d'urgence sanitaire et sociale la rédaction actuelle du code d'aide sociale pour l'attribution de l'aide médicale se référant aux cas où la « situation du demandeur l'exige ».

Sur proposition de Mme Muguette Jacquaint, l'Assemblée nationale a également prévu que le formulaire d'adhésion ou le contrat du

bénéficiaire de la couverture complémentaire CMU est établi selon un modèle défini par décret en Conseil d'Etat.

Le Sénat, sur proposition de la commission des affaires sociales et contre l'avis du Gouvernement, a transposé dans ses grandes lignes le système d'attribution de la couverture complémentaire CMU à l'attribution de l'allocation personnalisée à la santé dont il propose la création en y apportant les modifications suivantes :

- la notion de « *caisse* » d'affiliation est remplacée par celle d'« *organisme* » afin de viser également les organismes conventionnés assureurs et mutualistes du régime d'assurance maladie des professions indépendantes ;
- la liste des services, associations ou établissements pouvant apporter leur aide aux personnes souhaitant bénéficier du dispositif créé au présent article est élargie aux organismes complémentaires y participant et inscrits à ce titre sur la liste prévue à l'article L. 861-7 ;

Le rapporteur propose de revenir au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture en y apportant un complément. Suite à un débat intervenu au Sénat sur l'opportunité de limiter à deux mois l'attribution immédiate de l'aide apportée « *lorsque l'état du demandeur l'exige* », sa poursuite étant conditionnée par la vérification de la situation du bénéficiaire, le rapporteur propose de prévoir que l'attribution immédiate de la couverture complémentaire CMU soit effective jusqu'à ce que les vérifications sur l'ouverture des droits du bénéficiaires aient pu avoir lieu.

*

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur ayant pour objet de revenir au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture en y ajoutant une disposition nouvelle prévoyant l'interruption de la couverture complémentaire CMU accordée en cas d'urgence si la vérification de la situation du bénéficiaire démontre qu'il n'en remplit pas les conditions d'attribution.

Article L. 861-5-1 du code de la sécurité sociale (nouveau)

Exonération de cotisations et d'impôt pour l'allocation personnalisée à la santé

Dans le cadre de sa proposition alternative d'allocation personnalisée à la santé, le Sénat propose de créer un article prévoyant l'exonération, pour cette allocation, de la contribution générale de solidarité (CSG), de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) et de l'impôt sur le revenu.

En total désaccord avec le dispositif d'allocation personnalisée à la santé proposé par le Sénat, le rapporteur propose de supprimer cet article.

*

La commission a *adopté* un amendement de suppression de cet article présenté par le rapporteur.

Article L. 861-6 du code de la sécurité sociale

Prise en charge des prestations par les organismes d'assurance maladie

Cet article prévoit que les organismes d'assurance maladie qui auront été choisis par les bénéficiaires de la couverture complémentaire CMU sont tenus d'assurer pour leur compte la gestion des prestations en nature auxquelles ils ont droit.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté, sur proposition de la commission, une disposition assurant à ces bénéficiaires la protection complémentaire qui leur est due dès que l'autorité compétente s'est prononcée favorablement sur l'ouverture de leurs droits.

Sur proposition de la commission des affaires sociales et contre l'avis du Gouvernement, le Sénat a entièrement modifié le contenu de cet article pour lui substituer les règles relatives au versement de l'allocation personnalisée à la santé qu'il propose de créer : suspension de l'allocation en cas de non-versement par l'intéressé de sa cotisation ou de sa prime d'assurance calculée comme le différentiel entre le coût de la couverture complémentaire, fixé annuellement par arrêté ministériel, et le montant de son allocation et possibilité pour l'intéressé d'opter pour le versement direct de son allocation à son organisme complémentaire ou, dans le cas d'un bénéficiaire du RMI, à sa caisse primaire d'assurance maladie.

En désaccord total avec le dispositif proposé par le Sénat et attaché au principe de gratuité de la couverture complémentaire CMU conçu comme un droit, le rapporteur propose de revenir au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

*

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur de retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

Article L. 861-7 du code de la sécurité sociale

Prise en charge des prestations par les organismes complémentaires

Cet article prévoit que les mutuelles, compagnies d'assurance et institutions de prévoyance qui souhaitent participer à la CMU doivent en manifester l'intention dans une déclaration dont le modèle est fixé par décret. L'ensemble des organismes complémentaires parties prenantes à la CMU sont inscrits sur une liste diffusée par l'autorité administrative. Celle-ci dispose du pouvoir d'en retirer un organisme qui aurait refusé l'inscription ou l'adhésion d'un bénéficiaire de la CMU.

Sur proposition de la commission, l'Assemblée nationale a adopté, en première lecture, deux amendements : le premier prévoyant expressément la diffusion de la liste précitée aux associations, services sociaux, organismes à but non lucratif et établissements de santé qui peuvent, en vertu de l'article L. 861-5 nouveau, informer et accompagner les demandeurs de la protection complémentaire CMU dans leurs démarches ; le second permettant à l'autorité administrative de retirer de cette liste un organisme complémentaire qui n'aurait pas respecté les obligations relatives au contenu de la couverture complémentaire CMU, tel que défini par l'article L. 861-3 nouveau.

Le Sénat, sur proposition de la commission des affaires sociales et contre l'avis du Gouvernement, a transposé sans le modifier le présent dispositif à l'allocation personnalisée à la santé qu'il propose de créer.

Le rapporteur propose de revenir au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

*

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur de retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

Article L. 861-8 du code de la sécurité sociale

Inscription auprès d'un organisme complémentaire

Cet article prévoit, d'une part que la couverture complémentaire CMU pour les bénéficiaires ayant choisi un organisme complémentaire est effective dès réception par ce dernier du document attestant de l'ouverture de leur droit et d'autre part, qu'un organisme complémentaire, qui aurait manifesté sa volonté de participer au dispositif de la CMU au moyen de la déclaration prévue à l'article précédent, ne peut en aucun cas refuser

l'inscription ou l'adhésion d'une personne qui l'aurait choisi lors du dépôt de sa demande.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de Mme Muguette Jacquaint, deux amendements : le premier assurant le bénéfice de la protection complémentaire CMU à leurs titulaires dès que l'autorité compétente s'est prononcée favorablement sur l'ouverture de leur droit et le second précisant que l'entrée en vigueur de leur adhésion ou de leur contrat auprès de l'organisme complémentaire choisi ne peut être conditionnée par aucune autre condition ou formalité que le document attestant de l'ouverture de leurs droits.

Sur proposition de la commission des affaires sociales et contre l'avis du Gouvernement, le Sénat a substitué à cet article les règles relatives au versement de l'allocation personnalisée à la santé qu'il propose de créer : pour les bénéficiaires du RMI, ce versement a lieu à la date de la décision d'octroi du RMI, pour les autres bénéficiaires de l'allocation, à la date de leur adhésion ou de la souscription de leur contrat auprès d'un organisme complémentaire, celui-ci ne pouvant subordonner l'entrée en vigueur de cette adhésion ou de ce contrat qu'au versement par l'intéressé de la cotisation ou de la prime dont il est redevable.

En désaccord total avec le dispositif alternatif proposé par le Sénat, le rapporteur propose de revenir au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

*

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur de retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

Article L. 861-9 du code de la sécurité sociale

Contrôle des ressources des demandeurs de la CMU

Cet article permet aux caisses d'assurance maladie, saisies d'une demande de couverture complémentaire CMU, de contrôler le niveau de ressources du demandeur auprès des ASSEDIC¹ afin de vérifier, au cas où cette personne dispose d'une indemnité chômage, que celle-ci ne place pas l'intéressé au-dessus du plafond de ressources prévu à l'article L. 861-1 nouveau, le demandeur étant informé de cette possibilité.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté, sur proposition de la commission, un amendement visant à garantir le respect

¹ Associations pour l'emploi dans l'industrie et le commerce

des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Le Sénat, sur proposition de sa commission des affaires sociales et contre l'avis du Gouvernement, a transposé et étendu ce dispositif à l'obtention et au renouvellement de l'allocation personnalisée à la santé qu'il propose de créer : il prévoit d'une part que le contrôle des ressources des demandeurs est effectué par le personnel « *assermenté* » des « *organismes* » (et non des « *caisses* ») d'assurance maladie, et d'autre part que ce personnel peut s'assurer du concours, non seulement des ASSEDIC, mais aussi des administrations publiques et en particulier de l'administration fiscale.

Estimant que le croisement des fichiers entre les caisses d'assurance maladie et les caisses d'allocations familiales (CAF) permettra aux premières de disposer des éléments nécessaires à la vérification de la situation des personnes sollicitant la reconnaissance de leur droit à la couverture complémentaire CMU, le rapporteur propose de revenir au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

*

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur de retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

La commission a *adopté* l'article 20 ainsi modifié.

Article 20 bis

(article L. 132-27 du code du travail)

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

A l'initiative de Mme Muguette Jacquaint, l'Assemblée a adopté un amendement créant un article additionnel au présent projet de loi ayant pour objet, en complétant l'article L. 132-27 du code du travail, d'étendre le contenu des clauses obligatoires des conventions collectives d'entreprise à l'obligation d'engager chaque année des négociations en vue de la création d'un régime de prévoyance maladie par accord de branche ou accord d'entreprise, lorsque les salariés de l'entreprise concernée ne sont pas couverts par un tel accord.

Sur proposition de la commission des affaires sociales et contre l'avis du Gouvernement, le Sénat a supprimé cet article.

Favorable au développement des régimes de prévoyance collectifs au sein des entreprises et soulignant le caractère incitatif de l'article supprimé en faveur de la négociation entre les partenaires sociaux, le rapporteur propose de rétablir l'article tel qu'adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

*

La commission a *adopté* deux amendements identiques du rapporteur et de Mme Muguette Jacquaint ayant pour objet de rétablir dans le texte l'articles 20 *bis* adopté par l'Assemblée nationale en première lecture supprimé par le Sénat.

La commission a donc *rétabli* l'article 20 *bis*.

Article 20 ter

(article L. 133-5 du code du travail)

Extension des conventions ou accords collectifs et régime de prévoyance maladie

En conséquence de la création de l'article 20 *bis* précédent, l'Assemblée nationale a introduit, à l'initiative de Mme Muguette Jacquaint, cet article additionnel au présent projet de loi ayant pour objet, en complétant l'article L. 133-5 du code du travail, d'ajouter au sein des clauses obligatoires d'une convention ou d'un accord collectif en cas d'extension de celle-ci ou de celui-ci « *les modalités d'accès à un régime de prévoyance maladie* ».

Sur proposition de la commission des affaires sociales et contre l'avis du Gouvernement, le Sénat a supprimé cet article.

Favorable au développement des régimes de prévoyance collectifs au sein des entreprises, le rapporteur propose de rétablir l'article tel qu'adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

*

La commission a *adopté* deux amendements identiques du rapporteur et de Mme Muguette Jacquaint ayant pour objet de rétablir dans le texte l'article 20 *ter* adopté par l'Assemblée nationale en première lecture supprimé par le Sénat.

La commission a donc *rétabli* l'article 20 *ter*.

Article 20 quater nouveau

(article L. 137-2 du code de la sécurité sociale)

Réduction du taux de la taxe sur les employeurs au profit du Fonds de solidarité vieillesse

Cet article additionnel a été adopté par le Sénat, contre l'avis du Gouvernement, à l'initiative de la commission des finances, saisie pour avis sur le présent projet de loi. Il prévoit de baisser de 8 % à 6 % le taux de la taxe à la charge des employeurs instituée au profit du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) par l'article L. 137-1 du code de la sécurité sociale afin, selon le rapporteur pour avis, M. Jacques Oudin, de compenser la taxation pesant sur la prévoyance complémentaire.

Considérant que cet article additionnel est sans rapport avec la création de la couverture maladie universelle et n'a pas sa place dans le présent projet de loi, le rapporteur en propose la suppression.

*

La commission a *adopté* deux amendements identiques du rapporteur et de Mme Muguette Jacquaint visant à supprimer cet article.

La commission a donc *supprimé* l'article 20 quater.

Article 21

(articles 6-1 et 6-2 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989)

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

Cet article modifie la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, en créant deux articles nouveaux : le premier donne obligation à l'organisme complémentaire, choisi par un bénéficiaire de la CMU pour gérer sa couverture complémentaire, de lui proposer de prolonger sa couverture l'année suivant l'expiration de son droit à la CMU à un tarif n'excédant pas un plafond fixé par arrêté ; le second prévoit que les bénéficiaires de la CMU affiliés à un organisme complémentaire avant d'entrer dans le dispositif de la CMU peuvent obtenir de plein droit, soit la résiliation de la garantie souscrite auprès de cet organisme, soit exiger de cet organisme qu'il gère pour leur compte leur couverture complémentaire

CMU dans les conditions prévues par la loi. Dans le cas où la personne disposait, avant de bénéficier de la CMU, d'autres garanties que la couverture complémentaire en matière de santé, celles-ci peuvent être reconduites auprès du même organisme mais aux conditions de droit commun.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du rapporteur limitant la possibilité de résiliation d'un contrat conclu avec un organisme complémentaire avant de bénéficier de la CMU au seul cas où l'organisme concerné n'est pas inscrit sur la liste prévu à l'article L. 861-7 nouveau et n'a donc pas manifesté sa volonté de participer au dispositif de la CMU, ainsi qu'un amendement de la commission prévoyant qu'en cas de résiliation de leurs contrats initiaux, les bénéficiaires de la CMU obtiennent le remboursement des cotisations versées au prorata de la durée du contrat restant à courir.

Sur proposition de sa commission des affaires sociales et contre l'avis du Gouvernement, le Sénat, dans la logique de sa proposition alternative, a transposé le dispositif précité à l'allocation personnalisée à la santé dont il propose la création pour tous ses bénéficiaires y compris les anciens titulaires du RMI qui ne remplissent pas les conditions de ressources de l'allocation, qui étaient gérés pour leur couverture complémentaire par les caisses primaires d'assurance maladie, qui se verront proposer, l'année suivant leur sortie du RMI, par un organisme complémentaire inscrit sur la liste prévue à l'article L.861-7 nouveau du code de la sécurité sociale, une couverture complémentaire au tarif et aux conditions des bénéficiaires de l'allocation.

En désaccord total avec la proposition alternative du Sénat, le rapporteur propose de revenir au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

*

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur de retour au texte adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

En conséquence, Mme Jacqueline Fraysse a *retiré* un amendement satisfait par celui du rapporteur.

L'article 21 a été ainsi *rédigé*.

Article 22

(article L. 162-5-2 du code de la sécurité sociale)

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

Cet article, en complétant l'article L. 162-5-2 du code de la sécurité sociale relatif au contenu de l'annexe à la ou aux conventions passées entre les caisses d'assurance maladie et les médecins généralistes et spécialistes, prévoit l'impossibilité, pour les médecins conventionnés, quel que soit leur secteur d'exercice, de pratiquer un dépassement de tarif de leurs honoraires, rémunérations et frais accessoires à l'égard des bénéficiaires de la CMU. Cette impossibilité pourra toutefois être levée exceptionnellement « *en cas d'exigence particulière du patient* ».

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel.

Le Sénat, sur proposition de la commission des affaires sociales et contre l'avis du Gouvernement, a supprimé cet article, en raison du fait qu'il a donné la possibilité, à l'article L. 861-3 nouveau du code de la sécurité sociale créé à l'article 20, aux caisses nationales d'assurance maladie et aux organismes complémentaires de fixer, au sein de leur convention qui définit le panier de soins des bénéficiaires de l'allocation personnalisée à la santé, les conditions dans lesquelles les médecins conventionnés « *pourront accepter de renoncer* » à pratiquer des dépassements d'honoraires pour ces personnes.

Considérant qu'il n'appartient pas aux organismes complémentaires d'intervenir dans la négociation conventionnelle entre les caisses nationales d'assurance maladie et les professionnels de santé, le rapporteur propose de rétablir le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

*

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur de rétablissement du texte adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

La commission a donc *rétabli* l'article 22.

Article 23

(article L. 165-1 nouveau du code de la sécurité sociale)

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

Cet article vise à mettre en place un dispositif ayant pour objet de réduire les tarifs des dispositifs médicaux à usage individuel.

Il donne aux organismes d'assurance maladie ainsi qu'aux organismes complémentaires la faculté de conclure, ensemble ou individuellement, avec les distributeurs de dispositifs médicaux à usage individuel des accords nationaux ou régionaux sur les prix maximum et les modalités de dispenses d'avance de frais pouvant être pratiqués qui devront au moins comporter des dispositions spécifiques en faveur des bénéficiaires de la CMU.

En l'absence d'accord ou lorsque les accords passés ne rempliront pas les objectifs fixés, l'Etat a le pouvoir de se substituer aux parties et de fixer, de manière unilatérale sous la forme d'arrêtés, les prix ou les plafonds de coût pour les dispositifs entrant dans le contenu de la couverture complémentaire CMU, tel que le prévoit l'article L. 861-3 nouveau du code de la sécurité sociale créé à l'article 20.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté un amendement élargissant les objectifs des accords précités à la recherche de la qualité des dispositifs médicaux faisant l'objet de ces accords.

Le Sénat, en désaccord avec ce dispositif, a supprimé cet article sur proposition de sa commission des affaires sociales et contre l'avis du Gouvernement.

Convaincu de la nécessité de mettre en place un système permettant de réduire le coût de certains dispositifs médicaux en faveur des bénéficiaires de la CMU mais aussi en faveur de tous les assurés, le rapporteur propose de rétablir le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

*

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur de rétablissement du texte adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

La commission a donc *rétabli* l'article 23.

Article 24

(article L. 162-9 du code de la sécurité sociale)

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

Cet article complète l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale en ce qui concerne la convention passée entre les caisses d'assurance maladie et les chirurgiens dentistes. Il prévoit que pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale, les tarifs, honoraires et frais accessoires dus aux chirurgiens-dentistes, lorsqu'ils sont susceptibles de faire l'objet d'un dépassement, seront plafonnés par la convention pour les bénéficiaires de la CMU. A défaut de disposition conventionnelle, ces plafonds seront fixés par arrêté interministériel.

Sur proposition de la commission, l'Assemblée nationale a adopté en première lecture un amendement étendant le champ de la négociation conventionnelle entre les organismes d'assurance maladie et les chirurgiens dentistes à la définitions des modalités qui permettrait d'étendre le mécanisme du tiers-payant aux soins dentaires en faveur de tous les assurés.

Le Sénat, sur proposition de la commission des affaires sociales et contre l'avis du Gouvernement, a supprimé cet article, en raison du fait qu'il a donné la possibilité, à l'article L.861-3 nouveau du code de la sécurité sociale créé à l'article 20, aux caisses nationales d'assurance maladie et aux organismes complémentaires de fixer, au sein de leur convention qui définit le panier de soins des bénéficiaires de l'allocation personnalisée à la santé, les conditions dans lesquelles les chirurgiens-dentistes conventionnés « *pourront accepter de limiter* » des dépassements d'honoraires pour ces personnes.

Considérant qu'il n'appartient pas aux organismes complémentaires d'intervenir dans la négociation conventionnelle entre les caisses nationales d'assurance maladie et les professionnels de santé, le rapporteur propose de rétablir le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

*

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur de rétablissement du texte adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

La commission a donc *rétabli* l'article 24.

Après que **M. Yves Bur** a souligné qu'il n'était aucunement tenu compte des apports du Sénat dont le travail était évacué sans autre forme de

procès, **le président Jean Le Garrec** a observé que la prise en compte des apports du Sénat serait surtout importante lors de l'examen du Titre IV.

CHAPITRE 2

Dispositions financières

Article 25

(art. L. 861-10, L. 861-11, L. 861-12, L. 861-13, L. 861-14, L. 861-15, L. 861-16, L. 861-17 du code de la sécurité sociale)

Création du fonds de financement de la protection complémentaire

Cet article fixe les modalités du financement de l'assurance complémentaire et en confie la gestion à un fonds unique.

Article L. 861-10 du code de la sécurité sociale

Création du fonds de financement

Cet article crée le fonds de financement et lui confère le statut d'établissement public administratif doté d'un conseil d'administration et d'un conseil de surveillance.

L'Assemblée nationale a complété cet article par une disposition prévoyant la création, par les organismes complémentaires, d'un fonds d'accompagnement à la protection complémentaire des personnes se situant au-dessus du plafond d'accès gratuit à l'assurance complémentaire.

Le Sénat a adopté plusieurs amendements à cet article :

- transformant le fonds en « fonds pour la protection complémentaire maladie » chargé de servir l'allocation personnalisée à la santé.

- prévoyant la participation au conseil d'administration de représentants de l'assurance maladie, des mutuelles, des institutions de prévoyance et sociétés d'assurances ainsi que d'associations œuvrant en faveur des démunis.

- supprimant le fonds d'accompagnement à la protection complémentaire.

Ces amendements s'inscrivant dans une logique incompatible avec celle retenue par l'Assemblée nationale en première lecture, le rapporteur propose le retour au texte précédemment adopté par cette assemblée.

*

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur de retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

Article L. 861-11 du code de la sécurité sociale

Dépenses du fonds

Cet article, adopté sans modification par l'Assemblée nationale, fixe les différentes dépenses du fonds :

- versement aux organismes de sécurité sociale d'un montant égal aux dépenses engagées au titre de la couverture complémentaire du bénéficiaire de la CMU ;

- remboursement aux organismes de protection complémentaire des sommes prévues à l'article L. 861-15, c'est-à-dire des sommes correspondant au montant de la déduction, au titre de la prise en charge de bénéficiaires de la CMU, qui excéderait la contribution de 1,75 % dont ils sont redevables.

Le Sénat a modifié la rédaction de cet article pour tenir compte de sa proposition de mettre en place une « allocation personnelle de santé ».

D'une part, le fonds procède au versement de cette allocation, d'autre part, il est ajouté au remboursement éventuel aux organismes de protection complémentaire, un remboursement éventuel aux organismes d'assurance maladie qui dans le système proposé par le Sénat conservent la gestion de la couverture des bénéficiaires du RMI.

En désaccord avec la proposition alternative du Sénat, le rapporteur propose le retour au texte adopté par l'Assemblée nationale.

*

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur de retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

Article L.861-13 du code de la sécurité sociale

Contribution due par les organismes de la protection complémentaire

Cet article, adopté sans modification par l'Assemblée Nationale, institue une contribution de 1,75% assise sur les activités « santé » des

organismes de protection complémentaire et destinée à concourir au financement de la couverture complémentaire dans le cadre de la CMU.

Le Sénat a apporté plusieurs modifications, de fond, à cet article :

- prévoyant, par cohérence avec un amendement adopté à l'article 20, que les sections d'assurance complémentaire de la MSA sont incluses parmi les organismes contributeurs ;

- modifiant l'assiette de la contribution pour la faire porter non plus sur les primes et les cotisations perçues des affiliés mais sur les « prestations en nature versées en matière de santé » ;

- rendant la contribution imputable, sous forme de crédit d'impôt, sur la taxe de 7 % dont sont redevables les sociétés d'assurance ;

- substituant à la déduction forfaitaire pouvant être opérée sur le montant de la contribution, un mécanisme de versement par le fonds de la différence entre les primes reçues des bénéficiaires de l'allocation à la santé et les prestations qui leur sont versées ;

- excluant de l'assiette de l'impôt sur les sociétés les sommes reçues du fonds de financement

En désaccord avec les modifications opérées par le Sénat qui remettent en cause un mécanisme accepté par les organismes complémentaires, le rapporteur propose de revenir au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

*

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur de retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

Article L.861-14 du code de la sécurité sociale

Recouvrement de la contribution

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur.

Article L.861-15 du code de la sécurité sociale

Remboursement de contribution

Cet article, adopté sans modification par l'Assemblée Nationale, prévoit, le cas échéant, le remboursement aux organismes de la protection complémentaire de l'excédent éventuel de la déduction qu'ils peuvent opérer au titre de la prise en charge des bénéficiaires de la CMU, sur le montant de la contribution à laquelle ils sont assujettis.

En conséquence des modifications apportées à l'article précédent et de l'instauration de l'allocation personnalisée à la santé, le Sénat a adopté une nouvelle rédaction de cet article afin de prévoir un versement de la différence entre les sommes reçues et les prestations versées, au bénéfice des organismes de sécurité sociale. En effet, dans le cadre de sa proposition alternative, ces organismes sont en charge de la gestion de l'allocation quand elle est versée aux bénéficiaires du RMI.

Le rapporteur propose le retour à la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale, en première lecture.

*

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur de retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

Article L. 861-16 du code de la sécurité sociale

Contrôle des organismes de gestion

Cet article, adopté sans modification par l'Assemblée nationale, fixe les modalités du contrôle par le fonds des dépenses engagées au titre de la CMU par les organismes d'assurance maladie et de protection complémentaire.

Le Sénat a opéré dans cet article la modification de cohérence résultant des amendements précédents relatifs à l'allocation personnalisée à la santé.

Le rapporteur propose donc le retour à la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

*

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur de retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

La commission a *adopté* l'article 25 ainsi modifié.

TITRE III

REFORME DE L' AIDE MEDICALE

Article 30

(Titre III bis du code de la famille et de l'aide sociale
articles 187-1, 187-2, 187-3, 187-4, 188, 189 et 190 nouveaux)

Transfert de compétences des départements vers l'Etat en matière d'aide médicale

Article 187-1 du code de la famille et de l'aide sociale

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

La commission a examiné en discussion commune deux amendements, l'un du rapporteur, l'autre de Mme Muguette Jacquaint substituant la notion d'aide médicale à celle de soins nécessaires dans la définition de la prise en charge des personnes concernées par ce titre.

Après que **Mme Jacqueline Fraysse** a indiqué que cet amendement avait pour objet d'étendre aux mesures de prévention le champ de cet article, la commission a *adopté* l'amendement du rapporteur, auquel s'est ralliée Mme Jacqueline Fraysse qui a *retiré* l'amendement de Mme Muguette Jacquaint.

Article 187-2 du code de la famille et de l'aide sociale

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

Cet article, adopté sans modification par l'Assemblée nationale, énumère les dépenses de soins prise en charge par l'aide médicale.

Le Sénat a ajouté à la liste de ces dépenses, avec l'accord du Gouvernement et par l'adoption d'un amendement de Mme Nicole Borvo, la prise en charge des vaccinations obligatoires. Cette proposition avait été adoptée par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale en première lecture mais avait été jugée irrecevable au regard des règles de l'article 40 de la Constitution. A la demande du Gouvernement a été également ajoutée la prise en charge des frais relatifs aux examens de dépistage effectués dans le cadre de certains programmes de santé publique.

Cette modification permettant de prendre en compte, concrètement, les aspects de prévention dans le cadre du régime résiduel d'aide médicale, le rapporteur propose de l'accepter.

Article 187-4 du code de la famille et de l'aide sociale

Election de domicile

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur.

La commission a *adopté* l'article 30 ainsi modifié.

TITRE III BIS

CONTROLE ET EVALUATION DE LA LOI

Article 31 bis (nouveau)

Rapport sur l'évaluation et le contrôle de la loi

Cet article, introduit par le Sénat à l'initiative de la commission des affaires sociales et contre l'avis du Gouvernement, prévoit que le Gouvernement présente au Parlement, chaque année, avant le vote de la loi de financement de la sécurité sociale une évaluation de la CMU.

Il est précisé que la commission des comptes de la sécurité sociale procède à un bilan financier de la CMU et que les opérations effectuées par le régime général dans le cadre de celle-ci sont identifiées dans une section comptable spécifique du fonds national de l'assurance maladie.

Si le principe d'une évaluation est justifié, les modalités de celle-ci, telles qu'arrêtées par le Sénat, ne sont pas appropriées, notamment en raison de l'annexion du bilan financier au projet de loi de financement de la sécurité sociale alors que la protection complémentaire sera financée pour l'essentiel par le budget de l'Etat. Aussi le rapporteur propose une nouvelle rédaction de cet article.

*

La commission a examiné un amendement du rapporteur simplifiant le contenu du rapport prévu par le Sénat.

Après que **M. Jean-Claude Boulard** a indiqué que l'ampleur de la réforme introduite par la CMU justifiait un rapport d'évaluation, **M. Alfred**

Recours a précisé qu'il était hostile à cette disposition et que le rapport devrait porter non sur la seule CMU mais aussi sur la loi de lutte contre les exclusions.

La commission a *adopté* l'amendement.

L'article 31 *bis* a été ainsi *rédigé*.

TITRE V

ENTREE EN VIGUEUR

Article 38

Entrée en vigueur de la loi

Cet article pose le principe de l'entrée en vigueur de la présente loi au 1^{er} janvier 2000 à l'exception des dispositions de certains articles expressément visés.

Il a été adopté sans modification par l'Assemblée nationale en première lecture.

Par cohérence avec les modifications qu'il a apportées précédemment aux articles 9 et 11, le Sénat, sur proposition de sa commission des affaires sociales et contre l'avis du Gouvernement, a supprimé le cinquième alinéa (4^o) de l'article qui prévoyait des dates d'entrée en vigueur spécifiques pour les dispositions supprimées par le Sénat aux articles précités.

Opposé à ces modifications, le rapporteur propose de revenir au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, sous réserve d'une modification relative au régime agricole (cf. commentaire de l'article 3). Il propose par ailleurs d'y ajouter la disposition introduite par le Sénat à l'article premier permettant de maintenir en vigueur à Saint-Pierre-et-Miquelon les dispositions législatives relatives au domaine couvert par la loi et antérieures à celle-ci. La population résidant dans l'archipel bénéficie en effet d'un dispositif plus favorable que la future CMU qu'il serait inopportun de remettre en cause.

*

La commission a *adopté* trois amendements :

- le premier, présenté par M. Jean-Claude Boulard, rapporteur, visant à revenir au texte de l'Assemblée nationale en première lecture en ce qui concerne l'entrée en vigueur des dispositions prévues par l'article 9 et le 2° de l'article 11 du présent projet ;
- le deuxième, présenté par M. Alfred Recours, rapporteur, écartant les articles 37 unvicies, 37 duovicies, 37 sexvicies et 37 tertricies de l'entrée en vigueur dès la publication de la présente loi des dispositions du titre IV ;
- le troisième, présenté par M. Jean-Claude Boulard, rapporteur, reprenant un amendement adopté par le Sénat à l'article premier, ayant pour objet d'exclure la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon de l'application de la présente loi pour ce qui concerne la couverture maladie universelle.

La commission a *adopté* l'article 38 ainsi modifié.

TABLEAU COMPARATIF

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la commission
TITRE PRELIMINAIRE	TITRE PRELIMINAIRE	TITRE PRELIMINAIRE
DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE	DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE	DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE
Article 1 ^{er}	Article 1 ^{er}	Article 1 ^{er}
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.	Il ...	Il...
	... frais. Cette protection complémentaire est assurée par la création d'une allocation personnalisée à la santé.	...frais.
	Les Français résidant à l'étranger bénéficient également du droit à la couverture maladie universelle. Un décret déterminera les modalités d'application du présent article et précisera notamment les seuils de revenus donnant accès à ce droit ainsi que les organismes habilités à gérer la couverture maladie universelle pour les Français de l'étranger.	<i>Alinéa supprimé</i>
	Demeurent en vigueur dans la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon les dispositions législatives antérieures relatives au domaine couvert par la présente loi.	<i>Alinéa supprimé</i>
TITRE I ^{ER}	TITRE I ^{ER}	TITRE I ^{ER}
DISPOSITIONS RELATIVES AUX REGIMES OBLIGATOIRES	DISPOSITIONS RELATIVES AUX REGIMES OBLIGATOIRES	DISPOSITIONS RELATIVES AUX REGIMES OBLIGATOIRES
CHAPITRE 1 ^{ER}	CHAPITRE 1 ^{ER}	CHAPITRE 1 ^{ER}
Dispositions générales	Dispositions générales	Dispositions générales
	Art. 2.	

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la commission
	Conforme.	
Art. 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. »	Art. 3. I. - Non modifié II. - Alinéa sans modification « Art. L. 380-1. - Toute ... maternité ou de la Caisse des Français de l'étranger. Alinéa sans modification « Art. L. 380-2. - Non modifié III (nouveau). - Les conditions	Art. 3. I. - Non modifié II. - Alinéa sans modification « Art. L. 380-1. - Toute ... maternité. Amendement n° 6 Alinéa sans modification « Art. L. 380-2. - Non modifié III.- Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la commission
Art. 4. Il est inséré, après l'article L. 161-2 du même code, un article L. 161-2-1 ainsi rédigé : « Art. L. 161-2-1. - Toute personne qui déclare auprès d'une caisse primaire d'assurance maladie ne pas bénéficier des prestations en nature des assurances maladie et maternité est affiliée sans délai, au titre de l'article L. 380-1, au régime général sur justification de son identité et de sa résidence stable et régulière, et bénéficie immédiatement des prestations en nature de ce régime. La caisse saisit ensuite, s'il y a lieu, l'organisme compétent pour affilier la personne en cause au régime dont elle relève. « Les services sociaux ou les associations et organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'Etat dans le département, ainsi que les établissements de santé, apportent leur concours aux intéressés dans leur demande d'affiliation et sont habilités à transmettre les documents afférents à l'organisme compétent avec l'accord de l'intéressé. « Les personnes qui, au moment de la demande, sont sans domicile fixe doivent élire domicile auprès d'un organisme agréé à cet effet par décision de l'autorité administrative. « Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat. »	<i>dans lesquelles le régime agricole peut assurer la couverture des personnes qui cessent de bénéficier d'un droit aux prestations en nature de l'assurance maladie auprès dudit régime sont définies par décret en Conseil d'Etat.</i> Art. 4. Alinéa sans modification « Art. L. 161-2-1. - Alinéa sans modification Alinéa sans modification Alinéa sans modification Alinéa sans modification « Les... ... article, et notamment celles selon lesquelles les prestations provisoirement servies par le régime général à un bénéficiaire relevant d'un autre régime sont remboursées par ce	Amendement n° 7 Art. 4. Alinéa sans modification « Art. L. 161-2-1. - Alinéa sans modification Alinéa sans modification « Les personnes... ...élire domicile soit auprès... ...administrative, soit auprès d'un centre communal d'action sociale. Amendement n° 8 « Les... ...article sont...

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la commission
	<i>régime au régime général</i>, sont définies par décret en Conseil d'Etat. » Art. 5. Conforme.	...d'Etat. » Amendement n° 9
Art. 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 bénéficiaire du règlement des prestations » sont remplacés par les mots : « Pour bénéficiaire, le cas échéant, du règlement des prestations en espèces » ; 6° Au dernier alinéa de l'article L. 722-6, après les mots : « Les prestations », sont insérés les mots : « en espèces ». II. - L'avant-dernier alinéa de l'article 1106-12 du code rural, ainsi que les mots : « Nonobstant l'application des dispositions de l'alinéa précédent, », au dernier alinéa du même article, sont supprimés. III (<i>nouveau</i>). - L'absence de la cotisation prévue à l'article 3 de la présente loi, lorsqu'elle est le fait de la mauvaise foi du bénéficiaire, peut conduire, dans des conditions	Art. 6. I. - Non modifié II. - Non modifié III. - L'absence <i>des cotisations d'assurance maladie prévues par le code de la sécurité sociale et le code rural</i>, lorsqu'elle ...	Art. 6. I. - Non modifié II. - Non modifié III.- Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la commission
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.	... foi.	
Art. 7.	<i>IV (nouveau). - Les deux derniers alinéas de l'article L. 612-4 et l'article L. 615-8-1 du code de la sécurité sociale sont abrogés.</i>	<i>IV.- Supprimé</i>
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 ».	Art. 7.	Amendement n° 10
II. - L'article L. 161-14-1 du même code est complété par deux alinéas ainsi rédigés :	I. - Non modifié	Art. 7.
« Sauf refus exprès de leur part, les ayants droit mentionnés aux 1° et 4° de l'article L. 313-3 et à l'article L. 161-14 sont identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré et perçoivent à titre personnel les prestations des assurances maladie et maternité.	II. - Alinéa sans modification	Sans modification
« 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. »	« Sauf ...	
III. - L'article L. 615-11 du même code est abrogé.	...prestations en nature des ... maternité.	
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	Alinéa sans modification	
	III. - Non modifié	
	IV. - Non modifié	

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la commission
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 ».		
.....	Art 8. Conforme.....	
	<i>Art. 8 bis (nouveau).</i> <i>I. - Après le premier alinéa de l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :</i> <i>« Le forfait hospitalier est pris en charge par le régime général de protection sociale dans le cas d'hospitalisations de plus de trois mois consécutives à un état végétatif ou terminal constaté par une commission médicale.</i> <i>« Un décret en Conseil d'Etat fixe la liste des pathologies visées, la composition, le fonctionnement et le ressort de la commission du forfait hospitalier. »</i> <i>II. - L'accroissement des charges pour le régime général de protection sociale résultant de l'application du I est compensé, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits visés aux articles 575 et 575 A du code des impôts.</i>	Art. 8 bis <i>Supprimé</i> Amendement n° 11
CHAPITRE II	CHAPITRE II	CHAPITRE II
Dispositions financières	Dispositions financières	Dispositions financières
Section 1	Section 1	Section 1
Transferts financiers	Transferts financiers	Transferts financiers
Art. 9.	Art. 9.	Art. 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	I. - Non modifié	I. - Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la commission
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. - Supprimé	II. - Au 2° du premier alinéa de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, le taux : « 60 % » est remplacé par le taux : « 55 % ».
Art. 10.	Art. 10.	Art. 10.
I. - La dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 161-15 et la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 381-2 du même code sont supprimées.	I. - Non modifié	I. - Non modifié
II. - Le II de l'article L. 245-16 du même code est ainsi rédigé :	II. - Le dernier alinéa de l'article L. 524-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :	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. »	« L'Etat verse au fonds national des prestations familiales, géré par la Caisse nationale des allocations familiales, une subvention correspondant à 40 % des sommes versées au titre de l'allocation de parent isolé. »	« 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. »
Art. 11.	Art. 11.	Art. 11.
Le dernier alinéa de l'article L. 241-2 du même code est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :	I. - Le du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :	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 :	« Les ...	« 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 ;	...par une fraction ...	« 1° Une fraction du produit du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts, dans les conditions fixées par la loi de finances
« 2° Une fraction fixée à 5 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 403 du code général des	... finances pour 2000. ».	pour 2000 ;
	« 2° Alinéa supprimé »	« 2° Une fraction fixée à 5 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 403 du code général des

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la commission
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 <i>bis</i> du code général des impôts ; « 3° Une fraction des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15. » Art. 12. L'article L. 213-1 du code des assurances est ainsi modifié : 1° La dernière phrase du premier alinéa est ainsi rédigée : « Cette cotisation est perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. » ; 2° Au dernier alinéa, les mots : « et les modalités de répartition du produit des cotisations entre les divers régimes obligatoires d'assurance maladie » sont supprimés.	« 3° <i>Alinéa supprimé</i> Art. 12. I. - L'article modifié : 1° Non modifié 2° Non modifié <i>II (nouveau). - A la fin de l'article L. 241-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « la fraction du produit des cotisations créées par l'article L. 213-1 du code des assurances revenant au régime général de sécurité sociale, » sont remplacés par les mots : « le produit de la cotisation visée à l'article L. 213-1 du code des assurances. »</i> <i>III (nouveau). - Le troisième alinéa de l'article L. 612-1 du code de la sécurité sociale est supprimé.</i>	<i>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 ;</i> <i>« 3° Une fraction des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15. »</i> Amendement n° 14 Art. 12. Sans modification

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la commission
Art. 13.	Art. 13.	Art. 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.	I. - Non modifié	I. - Non modifié
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.	II. - Non modifié	II. - Non modifié
III. - L'article 38 de la loi n° 88-1088 du 1^{er} décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion est ainsi modifié : 1° Dans la première phrase, les mots : « un crédit au moins égal à 20 % des sommes versées » sont remplacés par les mots : « un crédit au moins égal, pour la métropole, à 17 % des sommes versées et, pour les départements d'outre-mer, à 16,25 % des sommes versées » ; 2° La seconde phrase est supprimée.	III. - Non modifié	III. - Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la commission

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

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

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

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

Art. 13 bis (nouveau).

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

IV.- Supprimé

Amendement n° 15

V.- Supprimé

VI.- Supprimé

Amendement n° 16

Art. 13 bis.

Le Gouvernement présentera au Parlement avant l'examen du...

...création de la couverture...

suppression.

Amendement n° 17

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la commission
Section 2	Section 2	Section 2
Recouvrement des cotisations	Recouvrement des cotisations	Recouvrement des cotisations
Art. 14.	Art. 14.	Art. 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 judiciaire des entreprises. »	I. - Non modifié	I. - Non modifié
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 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	II. - Non modifié	II. - Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la commission
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 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. »		
III. - Le premier alinéa de l'article L. 242-11 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :	III. - Non modifié	III. - Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la commission
« 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 :	IV. - Non modifié	IV. - Non modifié
« 2° Des dispositions de l'article L. 652-3 pour ce qui concerne le recouvrement, par les organismes visés à l'article L. 213-1, de la contribution prévue à l'article L. 136-3, et par les caisses de mutualité sociale agricole, de la contribution prévue à l'article L. 136-4 ; ».		
V. - Le premier alinéa de l'article 1143-2 du code rural est ainsi rédigé : « Les caisses de mutualité sociale agricole sont chargées du recouvrement des cotisations et des majorations et pénalités de retard dues au titre des régimes de protection sociale agricole dont elles assurent l'application. »	V. - Non modifié	V. - Non modifié
VI. - Le 3° de l'article 1143-2 du code rural est abrogé.	VI. - Non modifié	VI. - Non modifié
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 ».	VII. - Non modifié	VII. - Non modifié
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 ».	VIII. - Non modifié	VIII. - Non modifié
IX. - Dans le code rural, il est inséré un article 1143-7 ainsi rédigé :	IX. - Non modifié	IX. - Non modifié
« Art. 1143-7. - Lorsqu'elles sont munies d'un titre exécutoire, au sens de l'article 3 de la loi n° 91-650 du 9 juillet 1991 portant réforme des procédures civiles d'exécution, à l'encontre des employeurs de main-d'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		

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la commission
opposition, enjoinde 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. « 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		

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la commission
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. »	<i>X (nouveau). - L'article L. 244-9 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :</i> <i>« Elle est signifiée au débiteur par acte d'huissier de justice. »</i>	<i>X.- Supprimé</i> Amendement n° 18
CHAPITRE III Dispositions diverses	CHAPITRE III Dispositions diverses	CHAPITRE III Dispositions diverses
Art. 15. 	Art. 15. Conforme.....	Art. 15.
Art. 16. I. - A l'article L. 381-4 du même code, les mots : « qui, n'étant ni assurés sociaux ni ayants droit d'assuré social, » sont remplacés par les mots : « qui, n'étant pas assurés sociaux ou ayants droit d'assuré social à un titre autre que celui prévu à l'article L. 380-1, ». II. - Le premier alinéa de l'article L. 381-12 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ils ne peuvent être affiliés au titre de l'article L. 380-1. » 	Art. 16. I. - A l'article n'étant pas assurés sociaux à un titre autre que celui prévu à l'article L. 380-1 ou ayants droit d'assuré social ». II. - Non modifié Art. 17 et 18. Conformes.....	Art. 16. Sans modification
Art. 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	Art. 19. I. - Non modifié	Art. 19. Sans modification

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la commission
de la présente loi, peuvent, à leur demande, être affiliées au régime général en application de l'article L. 380-1 du même code pendant une période transitoire se terminant au plus tard trois ans après la date de publication de la présente loi.		
II. - Les personnes relevant des dispositions de l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale, affiliées au régime de l'assurance personnelle à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, dont les prestations d'assurance maladie et maternité sont servies par un organisme de protection sociale agricole au titre de sa participation à la gestion de l'assurance personnelle, continuent de bénéficier du service de ces prestations. Ce service est assuré par cet organisme pour le compte du régime général dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.	II. - Les personnes... ... prestations. Le service de ces prestations, ainsi que le recouvrement de la cotisation définie à l'article L. 380-2 du code de la sécurité sociale si elle est due, sont assurés par cet organisme pour le compte du régime général dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.	
TITRE II	TITRE II	TITRE II
DISPOSITIONS RELATIVES A LA PROTECTION COMPLEMENTAIRE EN MATIERE DE SANTE	DISPOSITIONS RELATIVES A LA PROTECTION COMPLEMENTAIRE EN MATIERE DE SANTE	DISPOSITIONS RELATIVES A LA PROTECTION COMPLEMENTAIRE EN MATIERE DE SANTE
CHAPITRE I^{ER}	CHAPITRE I^{ER}	CHAPITRE I^{ER}
Dispositions générales	Dispositions générales	Dispositions générales
Art. 20.	Art. 20.	Art. 20.
I. - L'intitulé du livre VIII du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « -Protection complémentaire en matière de santé ».	I. - L'intitulémots : « Allocation personnalisée à la santé ».	I.- L'intitulé... ...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.	II. - Leintitulé : « Allocation personnalisée à la santé », et comprenant trois chapitres.	II. - Leintitulé : « Protection complémentaire en matière de santé » et comprenant trois chapitres.
Amendement n° 19		
III. - Le chapitre I^{er} du titre VI du livre VIII du même code est ainsi	III. - Alinéa sans modification	III.- Alinéa sans modification

Texte adopté par l'Assemblée nationale _____	Texte adopté par le Sénat _____	Propositions de la commission _____
rédigé : « CHAPITRE I^{er} « 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 est pris en compte pour la détermination du droit à la protection complémentaire en matière de santé, à l'exception de certaines prestations à objet spécialisé et de tout ou partie des rémunérations de nature professionnelle lorsque celles-ci ont été interrompues. Un décret en Conseil d'Etat fixe la liste de ces prestations et rémunérations, les périodes de référence pour l'appréciation des ressources prises en compte ainsi que les modalités particulières de détermination des ressources provenant d'une activité non salariée.	« CHAPITRE I^{er} « Dispositions générales « Art. L. 861-1.- Les personnes... ...une allocation personnalisée à la santé, dégressive en fonction des revenus. Ce plafondcharge effective et permanente. « Un charge effective et permanente. « Les de l'allocation personnalisée à la santé dans les alinéa. « Art. L. 861-2. - L'ensemble droit à l'allocation personnalisée à la santé, après déduction des charges consécutives aux versements des pensions et obligations alimentaires, à l'exception salariée.	« CHAPITRE I^{er} « Dispositions générales « Art. L. 861-1. - Les personnesune couverture complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. Ce plafond... ...charge. « Un... ...à charge. « Les de la protection complémentaire dans les conditions... ...alinéa. Amendement n° 20 « Art. L. 861-2. - L'ensemble droit à la protection complémentaire en matière de santé,salariée.

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la commission
« 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.	« Les droit au montant maximal de l'allocation personnalisée à la santé, leur permettant un accès gratuit à la couverture complémentaire. Alinéa supprimé	« Les 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. Amendement n° 21
« 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 :	« Art. L. 861-3. - Les organismes mentionnés au a) de l'article L. 861-4 qui souhaitent être inscrits sur la liste prévue par cet article s'engagent à offrir aux bénéficiaires de l'allocation personnalisée à la santé une couverture complémentaire prenant en charge, professionnelles :	« Art. L. 861-3. - Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 ont droit, sans contrepartie contributive, à la prise en charge, 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 ;	« 1° Alinéa sans modification	« 1° Alinéa sans modification
« 2° Du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ;	« 2° Alinéa sans modification	« 2° Alinéa sans modification
« 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.	« 3° Des remboursement.	« 3° Des... ... remboursement, dans les 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.	Alinéa supprimé	« L'arrêté mentionné au 3° ci-dessus précise notamment la liste des dispositifs et la limite du montant des frais pris en charge.
	« Pour la détermination des frais pris en charge au titre du présent article, une convention conclue entre, d'une part, au moins deux des trois caisses nationales d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 162-5 dont la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et, d'autre part, au moins une fédération représentative des mutuelles régies par le code de la mutualité et au moins une organisation représentative des entreprises régies par le code des assurances peut :	Alinéa supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la commission

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

Alinéa supprimé

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

Alinéa supprimé

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

Alinéa supprimé

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

Alinéa supprimé

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

Alinéa supprimé

« f) fixer les conditions dans lesquelles est prise en compte la spécificité de la situation des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés et des personnes visées aux

Alinéa supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la commission
	3° et 4° de l'article L. 322-3. « La convention, ses annexes et avenants n'entrent en vigueur qu'après approbation par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins et du Conseil de la concurrence. « En l'absence de convention, un arrêté ministériel pris dans les mêmes conditions détermine le panier de soins prévu au présent article. « Le montant de la cotisation ou de la prime exigible pour cette couverture complémentaire est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et révisé chaque année. « Les personnes article. Pour l'application procédure.	Alinéa supprimé Alinéa supprimé Alinéa supprimé « 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 notamment qu'ils aient un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure. Amendement n° 22
« 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 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	« Art. L. 861-4. - Les personnes L. 861-3 : « a) Par adhésion à une mutuelle	« Art. L. 861-4. - Les personnes L. 861-3, à leur choix : « a) Soit auprès des organismes

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la commission
d'assurance maladie, gestionnaires de ces prestations pour le compte de l'Etat, dans les conditions prévues au chapitre II du présent titre ;	<i>régie par le code de la mutualité, à une section d'assurance complémentaire maladie régie par l'article 1049 du code rural, ou par souscription d'un contrat auprès d'une institution de prévoyance régie par le livre IX du présent code ou par le livre VII du code rural, ou d'une entreprise régie par le code des assurances, dans les conditions prévues au chapitre II du présent titre ;</i>	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.	<i>« b) Auprès des caisses primaires d'assurance maladie du régime général, pour les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion.</i>	« 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.	« Art. L. 861-5. - La demande d'attribution de <i>l'allocation personnalisée à la santé</i>, accompagnée application <i>du a)</i> de l'article L. 861-4, est faite auprès de <i>l'organisme</i> d'affiliation ...	Amendement n° 23 « Art. L. 861-5. - La demande d'attribution de la protection complémentaire, accompagnée application de l'article L. 861-4, est faite auprès de la <i>caisse du régime</i> d'affiliation ...
« 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.	... Conseil d'Etat. « Les santé et les <i>organismes inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 861-7</i> apportent ...	... Conseil d'Etat. « Les santé apportent leur...
« 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	... compétent. Alinéa sans modification	... compétent. Alinéa sans modification

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la commission
la décision au demandeur, la demande est considérée comme acceptée. « Lorsque la situation du demandeur l'exige, le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé est attribué, dès le dépôt de la demande, aux personnes présumées remplir les conditions prévues aux articles L. 380-1 et L. 861-1. « Les droits reconnus conformément aux articles L. 861-1 à L. 861-4 sont attribués pour une période d'un an renouvelable. « Art. L. 861-6. - La prise en charge prévue au a de l'article L. 861-4 est assurée par l'organisme qui sert au bénéficiaire les prestations en nature des assurances maladie et maternité, qui ne peut refuser cette prise en charge. 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.	Alinéa sans modification Alinéa sans modification « Art. L. 861-5-1 (nouveau). - L'allocation personnalisée à la santé est exonérée de la contribution prévue à l'article L. 136-1, de la contribution au remboursement de la dette sociale et de l'impôt sur le revenu. « Art. L. 861-6. - Le versement de l'allocation personnalisée à la santé est interrompu si le bénéficiaire n'acquitte pas la cotisation ou prime à l'organisme de son choix mentionné au a) de l'article L. 861-4 ou, pour les personnes allocataires du revenu minimum d'insertion, à la caisse primaire d'assurance maladie. « L'allocation peut être directement versée à cet organisme ou à cette caisse avec l'accord du bénéficiaire. Dans ce cas, celui-ci n'est redevable que du reliquat de cotisation ou prime correspondant à son adhésion ou à sa souscription. Les personnes bénéficiaires du revenu minimum d'insertion ne sont redevables d'aucune contribution. « Art. L. 861-7. - Les organismes mentionnés au a) de l'article complémentaire des bénéficiaires de l'allocation personnalisée à la santé établissent ...	Lorsque... ...L. 861-1. <i>Le bénéfice de cette protection est interrompu si la vérification de la situation du bénéficiaire démontre qu'il ne remplit pas les conditions susmentionnées. »</i> Amendement n° 24 Alinéa sans modification Alinéa supprimé Amendement n° 25 « Art. L. 861-6. - La prise en charge prévue au a de l'article L. 861-4 est assurée par l'organisme qui sert au bénéficiaire les prestations en nature des assurances maladie et maternité, qui ne peut refuser cette prise en charge. Elle prend effet à la date de la décision de l'autorité administrative prévue au troisième alinéa de l'article L. 861-5. Alinéa supprimé Amendement n° 26 « Art. L. 861-7. - Les organismes mentionnés au b) de l'article complémentaire en matière de santé établissent ...

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la commission
« 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.	... arrêté. Alinéa sans modification	... arrêté. Amendement n° 27 Alinéa sans modification
« En cas de manquement aux obligations prévues aux articles L. 861-3 et L. 861-8, l'autorité administrative peut retirer de la liste l'organisme en cause. Les conditions dans lesquelles le retrait est prononcé et le délai au terme duquel une nouvelle déclaration peut être établie sont fixées par décret en Conseil d'Etat.	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
« 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. 861-8 - Pour les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion, le bénéfice de l'allocation personnalisée à la santé est accordé automatiquement à la date de la décision d'octroi du revenu minimum d'insertion. « Pour les autres bénéficiaires de l'allocation personnalisée à la santé, le bénéfice des prestations complémentaires est accordé dans les conditions de droit commun à la date de l'adhésion ou de la souscription du contrat. L'organisme figurant sur la liste prévue par l'article L. 861-7 choisi par le bénéficiaire de cette allocation ne peut subordonner l'entrée en vigueur de l'adhésion ou du contrat à aucune autre condition ou formalité que celle du versement de la cotisation ou de la prime correspondante.	« Art. L. 861-8. - 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. Amendement n° 28
« 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	« Art. L. 861-9. - Pour l'obtention et le renouvellement de l'allocation, le contrôle de la déclaration des ressources du demandeur est effectué par le personnel assermenté des organismes mentionnés à l'article L. 861-5 auquel les administrations publiques et notamment, par application de l'article 160 du livre des procédures fiscales, les administrations financières sont tenues	« 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

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la commission
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. »	<i>de communiquer toutes pièces nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.</i> <i>« Le personnel assermenté mentionné à l'alinéa précédent peut aussi demander toutes les informations nécessaires aux organismes d'indemnisation du chômage qui sont tenus de les leur communiquer.</i> <i>« Les informations demandées au titre du présent article doivent être limitées aux données strictement nécessaires à l'accomplissement de cette mission, dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.</i> <i>« Les personnes intéressées sont informées de la possibilité de ces échanges d'information. »</i>	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. » Amendement n° 29 <i>Alinéa supprimé</i> <i>Alinéa supprimé</i>
Art. 20 bis (nouveau).	Art. 20 bis.	Art. 20 bis.
<i>I. - Après le premier alinéa de l'article L. 132-27 du code du travail, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</i> <i>« 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. »</i> <i>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 ».</i>	<i>Supprimé</i>	<i>I. - Après le premier alinéa de l'article L. 132-27 du code du travail, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</i> <i>« 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. »</i> <i>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 ».</i> Amendement n° 30
Art. 20 ter (nouveau).	Art. 20 ter.	Art. 20 ter.
<i>L'article L. 133-5 du code du travail est complété par un 14° ainsi rédigé :</i> <i>« 14° Les modalités d'accès à un régime de prévoyance maladie. »</i>	<i>Supprimé</i>	<i>L'article L. 133-5 du code du travail est complété par un 14° ainsi rédigé :</i> <i>« 14° Les modalités d'accès à un régime de prévoyance maladie. »</i> Amendement n° 31

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la commission
Art. 21. I. - Après l'article 6 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, sont insérés les articles 6-1 et 6-2 ainsi rédigés : « Art. 6-1. - A l'expiration de son droit aux prestations définies à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, toute personne ayant bénéficié de la prise en charge prévue au b de l'article L. 861-4 de ce code reçoit de l'organisme auprès duquel elle bénéficiait de cette prise en charge, la proposition de prolonger son adhésion ou son contrat pour une période d'un an, avec les mêmes prestations et pour un tarif n'excédant pas un montant fixé par arrêté. « Art. 6-2. - Lorsqu'une personne obtient le bénéfice de la protection complémentaire définie à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale alors qu'elle est déjà garantie par un organisme assureur contre les risques	Art. 20 <i>quater</i> (nouveau). <i>I. - A l'article L. 137-12 du code de la sécurité sociale, le taux : « 8 % » est remplacé par le taux : « 6 % ».</i> <i>II. - Les pertes de recettes résultant de l'application du I sont compensées par le relèvement, à due concurrence, des droits prévus aux articles 402 bis et 438 du code général des impôts.</i> Art. 21. I. - Alinéa sans modification « Art. 6-1. - A personne reçoit de l'organisme qui assurait sa couverture complémentaire la proposition et pour un même tarif. « Pendant un an, les anciens bénéficiaires du revenu minimum d'insertion dont les ressources ne leur permettent pas de bénéficier de l'allocation personnalisée à la santé peuvent souscrire, auprès d'un des organismes mentionnés sur la liste prévue à l'article L. 861-7 de ce code, une protection complémentaire maladie dans les conditions et aux tarifs proposés aux bénéficiaires de cette allocation. « Art. 6-2. - Lorsqu'une personne obtient le bénéfice de l'allocation personnalisée à la santé définie ...	Art. 20 <i>quater</i> (nouveau). Supprimé Amendement n° 32 Art. 21. I. - Alinéa sans modification « Art. 6-1. - A 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... ... et pour un tarif n'excédant pas un montant fixé par arrêté. Alinéa supprimé « Art. 6-2. - Lorsqu'une personne obtient le bénéfice de la protection complémentaire définie...

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la commission
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 :	... demande :	... 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 ;	« 1° Alinéa sans modification	« 1° Alinéa sans modification
«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.	«2° Soitde <i>l'allocation personnalisée à la santé,</i> pour la partie de son contrat initial qui excède <i>la protection définie par ledit article L. 861-3,</i> un contrat commun.	«2° Soitde <i>la protection complémentaire,</i> pour la partie de son contrat initial qui excède <i>cette</i> protection, un contrat... ...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.	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
« Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux garanties souscrites dans le cadre d'un accord collectif obligatoire d'entreprise. »	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
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 ».	II. - Non modifié	II.- Non modifié
Art. 22.	Art. 22.	Art. 22.
Le premier alinéa du II de l'article L. 162-5-2 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ces tarifs ne peuvent donner lieu à dépassement pour les actes	Supprimé	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

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la commission
dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé, sauf en cas d'exigence particulière du patient. » Art. 23. <i>Le chapitre V du titre VI du livre I^{er} 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 :</i> <i>« 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.</i> <i>« Ces accords doivent comporter des dispositions adaptées à la situation des bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé. A ce titre, pour les dispositifs médicaux à usage individuel figurant sur la liste mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 861-3, ces accords prévoient soit l'obligation pour les distributeurs de proposer un dispositif à un prix n'excédant pas le montant des frais pris en charge défini par l'arrêté mentionné à l'article L. 861-3, soit le montant maximal pouvant être facturé aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé.</i> <i>« 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.</i> <i>« Les dispositions du titre VI de l'ordonnance n° 86-1243 du 1^{er} décembre 1986 relative à la liberté des prix et de la concurrence sont applicables aux infractions prévues par cet arrêté. »</i>	Art. 23. Supprimé	<i>dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé, sauf en cas d'exigence particulière du patient. »</i> Amendement n° 34 Art. 23. <i>Le chapitre V du titre VI du livre I^{er} 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 :</i> <i>« 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.</i> <i>« Ces accords doivent comporter des dispositions adaptées à la situation des bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé. A ce titre, pour les dispositifs médicaux à usage individuel figurant sur la liste mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 861-3, ces accords prévoient soit l'obligation pour les distributeurs de proposer un dispositif à un prix n'excédant pas le montant des frais pris en charge défini par l'arrêté mentionné à l'article L. 861-3, soit le montant maximal pouvant être facturé aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé.</i> <i>« 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.</i> <i>« Les dispositions du titre VI de l'ordonnance n° 86-1243 du 1^{er} décembre 1986 relative à la liberté des prix et de la concurrence sont applicables aux infractions prévues par cet arrêté. »</i>

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la commission
Art. 24. <i>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 ; ».</i> <i>II (nouveau). - Après le sixième alinéa (4°) du même article, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</i> <i>« 5° Pour les chirurgiens-dentistes, le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires. »</i> CHAPITRE II Dispositions financières Art. 25. Le chapitre II du titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé : <i>« CHAPITRE II</i> <i>« Dispositions financières</i> <i>« Art. L. 861-10. - Il est créé un fonds dont la mission est de financer la couverture des dépenses de santé prévue à l'article L. 861-3.</i> <i>« 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,</i>	Art. 24. Supprimé CHAPITRE II Dispositions financières Art. 25. <i>I. - Le ...</i> <i>... rédigé :</i> Division et intitulé sans modification <i>« Art. L. 861-10. - Il est ...</i> <i>... de servir la prestation mentionnée à l'article L. 861-3.</i> <i>« Ce fonds, dénommé : « Fonds pour la protection complémentaire maladie », est un établissement ...</i>	Amendement n° 35 Art. 24. <i>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 ; ».</i> <i>II (nouveau). - Après le sixième alinéa (4°) du même article, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</i> <i>« 5° Pour les chirurgiens-dentistes, le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires. »</i> Amendement n° 36 CHAPITRE II Dispositions financières Art. 25. Alinéa sans modification Division et intitulé sans modification <i>« Art. L. 861-10. - Il est créé un fonds dont la mission est de financer la couverture des dépenses de santé prévue à l'article L. 861-3.</i> <i>« Ce fonds, dénommé : « Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie », est un établisse ment...</i>

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la commission
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 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.	... l'Etat, de l'assurance maladie, des organismes mentionnés à l'article L. 861-4 et d'associations œuvrant en faveur des populations les plus démunies. Ce décret du fonds. Alinéa supprimé	...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... ...du fonds. « Les organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4 peuvent créer un fonds d'accompagnement à la protection complémentaire des personnes dont les ressources sont supérieures au plafond prévu à l'article L. 861-1. Ils en déterminent les modalités d'intervention.
« Art. L. 861-11. - Les dépenses du fonds sont constituées : « a) Par le versement aux organismes de sécurité sociale d'un montant égal aux dépenses résultant de l'application du a de l'article L. 861-4 ; « b) Par le versement aux organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4 des montants définis à l'article L. 861-15 ;	« Art. L. 861-11. - Alinéa sans modification « a) Par le versement de l'allocation personnalisée à la santé ; « b) Par... ... mentionnés aux a) et b) de l'article ... L. 861-15 ;	Amendement n° 37 « Art. L. 861-11. - Alinéa sans modification « a) Par le versement aux organismes de sécurité sociale d'un montant égal aux dépenses résultant de l'application du a de l'article L. 861-4 ; « b) Par le versement aux organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4 des montants définis à l'article L. 861-15 ;
« c) Par les frais de gestion administrative du fonds. « Art. L. 861-12. - Les recettes du fonds sont constituées par : « a) Un versement des organismes mentionnés à l'article L. 861-13, établi dans les conditions fixées par ce même article ; « b) Une dotation budgétaire de l'Etat destinée à équilibrer le fonds. « Le solde annuel des dépenses et des recettes du fonds doit être nul.	« c) Alinéa sans modification « Art. L. 861-12. - Non modifié	Amendement n° 38 Alinéa sans modification « Art. L. 861-12. - Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la commission
« Art. L. 861-13. - I. - Les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le livre IX du présent code ou par le livre VII du code rural et les entreprises régies par le code des assurances sont assujetties à une contribution à versements trimestriels, assise sur le montant hors taxes des cotisations et primes afférentes à la protection complémentaire en matière de santé, recouvrées au cours d'un trimestre civil au titre de leur activité réalisée en France. « II. - Le taux de la contribution est fixé à 1,75 %. « III. - Les organismes mentionnés au I du présent article déduisent du montant de la contribution due en application du I et du II ci-dessus un montant égal, pour chaque organisme, au produit de la somme de 375 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. 861-14. - Les sommes dues au titre de la contribution visée à l'article L. 861-13 sont versées, au plus tard le dernier jour du mois suivant la	« Art. L. 861-13. - I. - Les ... mutualité, les sections d'assurance complémentaires régies par l'article 1049 du code rural, les institutions montant des prestations en nature versées en France en matière de santé au cours d'un trimestre civil. « II. - Alinéa sans modification <i>« Les entreprises redevables de la taxe sur les conventions d'assurances ont droit à un crédit d'impôt imputable sur celle-ci, égal à 7 % du montant des sommes dues au titre de la contribution mentionnée au I.</i> « III. - Les organismes mentionnées au I reçoivent du fonds de financement un montant égal à la différence entre : « - le montant des cotisations ou primes reçues des bénéficiaires de l'allocation personnalisée à la santé ; « - et celui des prestations en nature versées à ces bénéficiaires. <i>« Ces calculs sont effectués par référence aux personnes bénéficiaires de cette allocation le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil au titre duquel la contribution est due.</i> « IV (nouveau). - Les sommes reçues du fonds par les organismes mentionnés au I ne rentrent pas dans l'assiette de l'impôt sur les sociétés. « Art. L. 861-14. - Non modifié	« Art. L. 861-13. - I. - Les ... mutualité, les institutionsmontant hors taxes des cotisations et primes afférentes à la protection complémentaire en matière de santé, recouvrées au cours d'un trimestre civil au titre de leur activité réalisée en France. « II. - Alinéa sans modification Alinéa supprimé « 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. Alinéa supprimé IV.- Supprimé Amendement n° 39 « Art. L. 861-14. - Les... ...jour du premier mois de

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la commission
date de leur exigibilité, aux organismes chargés du recouvrement des cotisations territorialement compétents. Toutefois, un organisme différent peut être désigné par arrêté ministériel pour exercer tout ou partie des missions de ces organismes. « Ces sommes sont recouvrées et contrôlées suivant les règles, garanties et sanctions prévues aux I et V de l'article L. 136-5. Le contrôle de l'application par les organismes des dispositions du III de l'article L. 861-13 peut être délégué par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général au fonds institué à l'article L. 861-10. « Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général reversent les sommes encaissées en application du premier alinéa au fonds mentionné à l'article L. 861-10. « Art. L. 861-15. - Lorsque le montant de la contribution due en application du I et du II de l'article L. 861-13 est inférieur au montant de la déduction découlant de l'application du III du même article, les organismes mentionnés au I de l'article L. 861-13 demandent au fonds le versement de cette différence dans le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 861-14. Le fonds procède à ce versement au plus tard le dernier jour du mois suivant. « Art. L. 861-16. - Pour l'application des articles L. 861-10 à L. 861-15 : « a) Le fonds est habilité à procéder à tout contrôle sur les dépenses mentionnées aux a et b de l'article L. 861-11 ;	« Art. L. 861-15. - « Les organismes de sécurité sociale reçoivent du fonds un montant correspondant à l'excédent éventuel des dépenses engagées au titre de la couverture complémentaire des bénéficiaires du revenu minimum d'insertion par rapport aux cotisations ou allocations personnalisées à la santé directement reçues à ce titre. « Art. L. 861-16. - Alinéa sans modification « a) Lesur les prestations mentionnées à l'article L. 861-13.	<i>chaque trimestre civil au titre des cotisations et primes recouvrées au cours du trimestre civil précédent, aux organismes...</i> <i>...cotisations du régime général de sécurité sociale territorialement compétent. Toutefois, un autre de ces organismes ou l'agence centrale des organes de sécurité sociale peuvent être désignés par arrêté...</i> <i>...organismes.</i> Amendement n° 40 Alinéa sans modification Alinéa sans modification « Art. L. 861-15. - Lorsque le montant de la contribution due en application du I et du II de l'article L. 861-13 est inférieur au montant de la déduction découlant de l'application du III du même article, les organismes mentionnés au I de l'article L. 861-13 demandent au fonds le versement de cette différence dans le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 861-14. Le fonds procède à ce versement au plus tard le dernier jour du mois suivant. Amendement n° 41 « Art. L. 861-16. - Alinéa sans modification « a) Le... ... sur les dépenses mentionnées aux a et b de l'article L. 861-11 ; Amendement n° 42

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la commission
« 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 ;	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
« c) Les organismes mentionnés au I de l'article L. 861-13 communiquent aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général les éléments nécessaires à la détermination de l'assiette de la contribution et de la déduction prévues au même article ; ils communiquent au fonds les éléments nécessaires à l'application de l'article L. 861-15 et l'état des dépenses et recettes relatives à la protection complémentaire mise en œuvre au titre du b de l'article L. 861-4 ;	« c) Les du a de l'article L. 861-4 ;	« c) Les... ... du b de l'article L. 861-4 ;
« d) Les organismes de sécurité sociale communiquent au fonds le nombre de personnes prises en charges et le montant des prestations servies au titre du a de l'article L. 861-4.	« d) Les du b de l'article L. 861-4.	« d) Les du a de l'article L. 861-4.
« Art. L. 861-17.- Les organismes mentionnés au I de l'article L. 861-13 peuvent constituer, par adhésion volontaire, des associations dont l'objet est de mettre en œuvre, pour le compte des organismes adhérents, les opérations se rattachant aux droits et obligations qui leur incombent en application des articles L. 861-13 à L. 861-16 et dont ils demeurent responsables.	« Art. L. 861-17. - Non modifié	Amendement n° 43 « Art. L. 861-17. - Non modifié
« 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.		

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la commission
« Les organismes qui adhèrent à une association en application du premier alinéa du présent article notifient ce choix à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations du régime général compétent. « Le fonds et les organismes chargés du recouvrement de la contribution disposent, à l'égard des associations constituées en application du présent article, des mêmes pouvoirs de contrôle qu'à l'égard des organismes mentionnés au I de l'article L. 861-13. »	<i>II (nouveau). - La perte des recettes résultant pour l'Etat du crédit d'impôt pour les entreprises assujetties à la taxe sur les conventions d'assurances prévu à l'article L. 861-13 du code de la sécurité sociale sont compensées par un relèvement, à due concurrence, des droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.</i>	<i>II.- Supprimé</i> Amendement n° 39
CHAPITRE III Dispositions transitoires	CHAPITRE III Dispositions transitoires	CHAPITRE III Dispositions transitoires
.....	Art. 26 et 27. Conformes	
CHAPITRE IV Dispositions diverses	CHAPITRE IV Dispositions diverses	CHAPITRE IV Dispositions diverses
.....	Art. 28 et 29. Conformes	
TITRE III REFORME DE L'AIDE MEDICALE	TITRE III REFORME DE L'AIDE MEDICALE	TITRE III REFORME DE L'AIDE MEDICALE
Art. 30. Le titre III <i>bis</i> du code de la famille et de l'aide sociale est ainsi rédigé :	Art. 30. Alinéa sans modification	Art. 30. Alinéa sans modification
« TITRE III BIS	Division et intitulé sans modification	Division et intitulé sans modification

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la commission
« AIDE MEDICALE DE L'ETAT » « Art. 187-1. - Tout étranger résidant en France sans remplir les conditions fixées par l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale et dont les ressources ne dépassent pas le plafond mentionné à l'article L. 861-1 de ce code a droit, pour lui-même et les personnes à sa charge au sens des articles L. 161-14 et L. 313-3 de ce code, aux soins que nécessite son état. « En outre, toute personne qui, ne résidant pas en France, est présente sur le territoire français, et dont l'état de santé le justifie, peut, par décision individuelle prise par le ministre chargé de l'action sociale, bénéficier de l'aide médicale de l'Etat dans les conditions prévues par l'article 187-3. Dans ce cas, la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article 187-2 peut être partielle. « Art. 187-2. - La prise en charge, assortie de la dispense d'avance des frais, concerne : « 1° Les frais définis aux 1°, 2°, 4° et 6° de l'article L. 321-1 et à l'article L. 331-2 du code de la sécurité sociale par application des tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie ; « 2° Le forfait journalier, institué par l'article L. 174-4 du même code. « Art. 187-3. - La demande d'aide médicale de l'Etat peut être déposée auprès : « 1° D'un organisme d'assurance maladie ; « 2° D'un centre communal ou intercommunal d'action sociale du lieu de résidence de l'intéressé ; « 3° Des services sanitaires et sociaux du département de résidence ; « 4° Des associations ou	« Art. 187-1. - Non modifié « Art. 187-2. - Alinéa sans modification « 1° Les frais définis aux 1°, 2°, 4°, 6°, 7° et 8° de maladie ; « 2° Alinéa sans modification « Art. 187-3. - Non modifié	« Art. 187-1. – Tout... ...L. 313-3 de ce code, à l'aide médicale de l'Etat. Amendement n° 44 « Art. 187-2. - Non modifié « Art. 187-3. - Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la commission
organismes à but non lucratif agréés à cet effet par décision du représentant de l'Etat dans le département.		
« L'organisme auprès duquel la demande a été déposée établit un dossier conforme au modèle fixé par arrêté du ministre chargé de l'action sociale et le transmet, dans un délai de huit jours, à la caisse d'assurance maladie qui en assure l'instruction par délégation de l'Etat.		
« Toutefois, les demandes présentées par les personnes pouvant bénéficier de l'aide médicale en application du deuxième alinéa de l'article 187-1 sont instruites par les services de l'Etat.		
« Art. 187-4. - Les personnes mentionnées au premier alinéa de l'article 187-1 qui se trouvent, au moment de la demande d'aide médicale de l'Etat, sans domicile fixe, doivent, pour bénéficier de cette aide, élire domicile auprès d'un organisme agréé à cet effet par le représentant de l'Etat dans le département.	« Art. 187-4. - Non modifié	« Art. 187-4. – Les... ...187-1 qui <i>ont droit</i> à l'aide médicale de l'Etat <i>et</i> se trouvent sans domicile... ...département.
« Art. 188. - L'admission à l'aide médicale de l'Etat des personnes relevant du premier alinéa de l'article 187-1 est prononcée, dans des conditions définies par décret, par le représentant de l'Etat dans le département, qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des travailleurs salariés.	« Art. 188. - Non modifié	Amendement n° 45 « Art. 188. - Non modifié
« 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	« Art. 189. - Non modifié	« Art. 189. - Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la commission
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. »	« Art. 190. - Non modifié Art. 31. Conforme. <i>TITRE III BIS</i> CONTROLE ET EVALUATION DE LA LOI <i>Art. 31 bis (nouveau).</i> <i>I. - Chaque année, avant la date fixée à l'article LO. 111-6 du code de la sécurité sociale, le Gouvernement présente au Parlement un rapport d'évaluation de l'application des Titres I à III de la présente loi.</i> <i>Ce document comprend notamment le rapport annuel d'activité du fonds créé à l'article 25 et un compte rendu des réunions de son conseil d'administration.</i> <i>Il évalue, pour les finances de l'Etat, des collectivités locales comme pour celles de la sécurité sociale, les conséquences financières de la création d'une couverture de base au titre du régime de résidence et de l'instauration d'une couverture complémentaire.</i> <i>II. - Le deuxième alinéa de l'article L. 114-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots</i>	« Art. 190. - Non modifié <i>TITRE III BIS</i> CONTROLE ET EVALUATION DE LA LOI <i>Art. 31 bis (nouveau).</i> Le Gouvernement présentera au Parlement, tous les deux ans à partir de la promulgation de la présente loi, un rapport d'évaluation de l'application de la loi, en s'appuyant, en particulier, sur les travaux de l'observatoire de la pauvreté et de l'exclusion sociale et du conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. <i>Alinéa supprimé</i> <i>Alinéa supprimé</i> <i>II.- Supprimé</i>

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la commission
	<i>suivants :</i>	
	<i>« et un bilan financier des Titres I à III de la loi n° du portant création d'une couverture maladie universelle ».</i>	
	<i>III. - Les opérations de recettes et de dépenses effectuées par le régime général dans le cadre de la couverture maladie universelle sont suivies dans une section comptable spécifique du Fonds national de l'assurance maladie.</i>	<i>III.- Supprimé</i>
	<i>Cette section permet de faire apparaître :</i>	Amendement n° 46
	<i>- pour la couverture de base instituée par le Titre I, les dépenses engagées par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et le produit des recettes qui lui sont affectées par le même titre ;</i>	
	<i>- pour la couverture complémentaire instituée par le Titre II, les dépenses engagées par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et les remboursements effectués par le fonds visé à l'article 25.</i>	
TITRE V	TITRE V	TITRE V
ENTREE EN VIGUEUR	ENTREE EN VIGUEUR	ENTREE EN VIGUEUR
Art. 38.	Art. 38.	Art. 38.
Les dispositions de la présente loi entrent en vigueur le 1 ^{er} janvier 2000, sous les réserves suivantes :	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
1° Les dispositions du III et du IV de l'article 7 entrent en vigueur le 1 ^{er} octobre 2000 ;	1° Alinéa sans modification	1° Alinéa sans modification
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 ;	2° Alinéa sans modification	2° Alinéa sans modification
3° Les dispositions de l'article 27 entrent en vigueur dès la publication de la présente loi ;	3° Alinéa sans modification	3° Alinéa sans modification

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la commission
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 du titre IV entrent en vigueur dès la publication de la présente loi.	4° <i>Supprimé</i> 5° Alinéa sans modification 6° Alinéa sans modification	<i>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 ;</i> Amendement n° 47 5° Alinéa sans modification 6° Les... <i>...loi, sous réserve des dispositions prévues aux articles 37 unvicies, 37 duovicies, 37 sexvicies et 37 tertricies.</i> Amendement n° 48 <i>« 7° Les dispositions législatives en vigueur dans la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon relatives aux domaines couverts par les titres I, II et III de la présente loi et antérieures à celle-ci demeurent en vigueur. »</i> Amendement n° 49

Amendements non adoptés par la Commission

Amendements présentés par Mme Muguette Jacquaint :

Article premier

Rédiger ainsi cet article :

« La protection de la santé et l'égal accès à la prévention et aux soins constituent un impératif national et une priorité des politiques sociales. A ces fins, il est créé, 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 les plus défavorisées le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais. »

(Retiré en commission)

Article 13

- I.- Compléter le premier alinéa du I de cet article par la phrase suivante :

« La participation des communes au titre des contingents communaux relative à l'aide médicale est supprimée. »

II.- La dotation globale de fonctionnement est relevée à due concurrence.

III.- Les droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts sont relevés à due concurrence.

- I.- Après le I de cet article, insérer le paragraphe suivant :

« I bis.- Il est créé un fonds de solidarité pour l'action sociale dont les modalités de fonctionnement sont déterminées par arrêté interministériel.

Les recettes de ce fonds sont constituées par un montant représentant un taux de 5% du total des réductions de la dotation générale de décentralisation et s'il y a lieu, celui du produit des impôts affectés par les articles L. 1614-1 à L. 1614-4 du code général des collectivités territoriales prévues au I de l'article 13.

Les recettes de ce fonds sont affectées aux départements proportionnellement à leur population arrêtée par l'INSEE en 1997 pondérée par leur potentiel fiscal de la même année, du rapport entre la proportion de logements sociaux, tels qu'ils sont définis à l'article L. 2334-17 du code des collectivités territoriales dans le total des logements dans le département, du nombre de bénéficiaire de l'aide personnalisée au logement et du nombre de chômeurs. Le montant de la dotation pour chaque département est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés des collectivités territoriales et du budget après avis de la commission prévu à l'article L. 1614-3 du code général des collectivités.

Les modalités d'application du présent article sont définies par décret. »

II.- Il est créé une taxe additionnelle à l'impôt sur les sociétés.

Article 20

(article L. 861-1 du code de la sécurité sociale)

- I.- Dans le premier alinéa de cet article, substituer au mots : « révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix » les mots : « qui ne peut être inférieur au seuil de pauvreté équivalent au salaire brut médian. »

II.- Il est créé une taxe additionnelle à l'impôt des sociétés.

(article L. 861-3 du code de la sécurité sociale)

- Substituer à la dernière phrase du dernier alinéa de cet article les deux phrases suivantes :

« Les personnes dont les ressources sont inférieures à un plafond fixé par décret sont dispensées d'avance de frais pour les dépenses prises en charge par les régimes obligatoires des assurances maladie et maternité. Les modalités de la dispense d'avance de frais, les modalités de paiement des professionnels et établissements de santé sont déterminées par décret. »

Article 21

(article 6-2 de la loi n° 89-1009)

Dans le deuxième alinéa (1°) de cet article, supprimer les mots : « si l'organisme assureur n'est pas inscrit sur la liste prévue à l'article L. 861-7 du code de la sécurité sociale. »

(Retiré en commission)

Article 30

(article 187-1 du code de la famille et de l'aide sociale)

Rédiger ainsi le premier alinéa de cet article :

« Art 187-1.- Tout étranger résidant en France sans remplir les conditions fixées à 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 du même code à droit, pour lui même et les personnes à sa charge au sens des articles L. 161-14 et L. 313-3 du même code, à l'aide médicale. »

(Retiré en commission)

N°1684. - RAPPORT *(au nom de la commission des affaires culturelles)* sur le projet de loi, en nouvelle lecture, portant création d'une couverture maladie universelle Tome I : Titres préliminaire, premier, II, III, III bis et V; de M. Jean-Claude BOULARD