

Document
mis en distribution
le 11 octobre 2004



N° 1830

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 5 octobre 2004.

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2005,

(Renvoyé à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

PRÉSENTÉ

AU NOM DE M. JEAN-PIERRE RAFFARIN,

Premier ministre,

PAR M. PHILIPPE DOUSTE-BLAZY,

ministre de la santé et de la protection sociale.

PROJET DE LOI

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé et de la protection sociale,

Vu l'article 39 de la Constitution,

Décète :

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, délibéré en Conseil des ministres après avis du Conseil d'Etat, sera présenté à l'Assemblée nationale par le ministre de la santé et de la protection sociale qui est chargé d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

TITRE I^{er}

ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE

Article 1^{er}

Est approuvé le rapport annexé à la présente loi relatif aux orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et aux objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale pour l'année 2005.

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES

Article 2

I. - Le 9° de l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« 9° Des organismes suivants, non mentionnés aux 1° à 8° : établissements et entreprises exerçant l'activité définie à l'article L. 511-1 du code monétaire et financier et relevant des chapitres I^{er} à VII ainsi que de la section 2 du chapitre VIII du titre I^{er} du livre V

de ce même code, entreprises d'assurances, de capitalisation et de réassurances de toute nature régies par le code des assurances, mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale et institutions de prévoyance relevant du II de l'article L. 727-2 du code rural ; ».

II. - Au quatrième alinéa de l'article L. 651-5 du code de la sécurité sociale, les mots : « d'exploitation générale, résultant des » sont remplacés par les mots : « de résultat, conforme aux ».

III. - Il est inséré, après le quatrième alinéa de l'article L. 651-5 du code de la sécurité sociale, trois alinéas ainsi rédigés :

« Pour les mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale et institutions de prévoyance relevant de la section 4 du chapitre II du titre II du livre VII du code rural, l'assiette de la contribution sociale de solidarité est constituée, pour leur activité principale, par les cotisations, primes et acceptations de l'exercice, nettes de cessions et de rétrocessions, telles qu'elles ressortent du compte de résultat, conforme aux dispositions relatives à la comptabilité des mutuelles et institutions de prévoyance.

« Pour les redevables mentionnés aux deux alinéas précédents, ne sont comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution ni les cotisations, primes et acceptations provenant de contrats exonérés de la taxe sur les conventions d'assurances en application des 15° et 16° de l'article 995 du code général des impôts, ni les remises de gestion qui leur sont versées dans le cadre de leur activité définie au 4° de l'article L. 111-1 du code de la mutualité.

« Pour les redevables mentionnés au cinquième alinéa, ne sont pas comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution les subventions accordées par le fonds prévu à l'article L. 421-1 du code de la mutualité. »

IV. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur pour la contribution due à compter du 1^{er} janvier 2005.

Exposé des motifs

L'assujettissement des institutions financières à la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) est prévu

par le 9° de l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale. Il est subordonné à l'assujettissement à la contribution des institutions financières (CIF).

Or, la loi de finances initiale pour 2003 a prévu la suppression, en 2005, de la CIF.

Pour tirer les conséquences de cette suppression, il est proposé de réécrire le 9° de l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale. A cette occasion, les mutuelles et institutions de prévoyance sont incluses dans le champ d'assujettissement de la contribution.

En effet, leur exonération, en fonction de la forme juridique, n'est pas conforme au droit européen. Elle est constitutive d'une aide d'Etat, au sens de l'article 87 du traité CE.

En contrepartie, est introduite une exonération applicable à la partie du chiffre d'affaires générée par les contrats d'assurance maladie complémentaires dits « solidaires » ainsi que par les contrats de groupe. L'exonération bénéficie à tous les organismes qui les proposent, quelle que soit leur forme juridique.

Sont également exclues du champ d'application de la C3S, pour tous les redevables, les remises de gestion dont bénéficient les organismes chargés de la gestion de régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité. De même, pour les mutuelles et institutions de prévoyance, les subventions qui leur sont versées par le Fonds national de solidarité et d'actions mutualistes pour les aider à développer des réalisations sanitaires et sociales ne sont pas assujetties à la C3S.

Enfin, la référence au compte d'exploitation générale retenue par le quatrième alinéa de l'article L. 651-5 du code de la sécurité sociale pour les sociétés d'assurance, devenue obsolète, est remplacée par une référence au compte de résultat.

Article 3

I. - Le deuxième alinéa de l'article 13 de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées est complété par la phrase suivante :

« 48 % des produits de cette section sont affectés au financement par les régimes obligatoires de base de l'assurance maladie des établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique ; ».

II. - Le troisième alinéa du même article est complété par la phrase suivante :

« 15 % des produits de cette section sont affectés au financement par les régimes obligatoires de base de l'assurance maladie des établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 7° et 11° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ; ».

Exposé des motifs

La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), créée par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, a vocation à financer des actions en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Si la loi a encadré, pour l'année 2004, le schéma financier de la caisse et les charges qui lui sont attribuées (article 12 de la loi), ce n'est pas le cas à compter de l'année 2005. L'article 13 de la loi distingue simplement plusieurs sections en y répartissant les recettes de la caisse mais ne précise pas la nature des actions qui seront financées.

Dans ce contexte et dans l'attente d'une seconde loi à la suite du rapport de MM. Briet et Jamet, il est nécessaire, pour assurer la continuité des missions de la CNSA, de modifier l'article 13 de la loi du 30 juin 2004 afin de définir la nature des dépenses de la section personnes âgées et de la section personnes handicapées.

En cohérence avec les dispositions applicables en 2004 pour les personnes âgées, la CNSA participera ainsi, à compter de 2005, au financement des établissements et services médico-sociaux pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées.

Article 4

Pour 2005, les prévisions de recettes, par catégorie, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement sont fixées aux montants suivants :

(en milliards d'euros)

Cotisations effectives.....	188,1
Cotisations fictives.....	34,1

Cotisations prises en charge par l'Etat.....	22,9
Autres contributions publiques.....	11,8
Impôts et taxes affectés.....	89,2
Transferts reçus.....	0,6
Revenus des capitaux.....	1,0
Autres ressources.....	6,4
Total des recettes.....	354,1

Article 5

Pour 2004, les prévisions révisées de recettes, par catégorie, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement sont fixées aux montants suivants :

(en milliards d'euros)

Cotisations effectives.....	185,5
Cotisations fictives.....	31,8
Cotisations prises en charge par l'Etat.....	19,7
Autres contributions publiques.....	11,4
Impôts et taxes affectés.....	80,1
Transferts reçus	0,2
Revenus des capitaux.....	0,9
Autres ressources.....	3,7
Total des recettes.....	333,3

TITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE MALADIE

Article 6

I. - L'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les mots : « réalisés dans le cadre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers, ni aux consultations et actes » sont supprimés ;

2° Avant l'alinéa unique, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les consultations et actes externes, ainsi que ceux réalisés dans un service chargé des urgences d'un établissement de santé mentionné aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles. Les tarifs des consultations et des actes ainsi fixés servent de base au calcul de la participation de l'assuré, à la facturation de ces prestations aux patients non couverts par un régime de l'assurance maladie et à l'exercice des recours contre tiers.

« Pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie, la part prise en charge par l'assurance maladie des consultations et actes mentionnés à l'alinéa précédent, est incluse dans la dotation annuelle mentionnée à l'article L. 174-1. » ;

3° L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux consultations et actes réalisés par les praticiens hospitaliers dans le cadre de l'activité libérale définie à l'article L. 6154-2 du code de la santé publique. »

II. - L'article 24 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 entre en vigueur le 5 octobre 2004.

III. - L'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est ainsi modifié :

1° Après la première phrase du troisième alinéa du I, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Par dérogation au dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10 du même code, les tarifs de prestations fixés en application de cet article prennent effet, en 2005, à compter du 1^{er} janvier. » ;

2° Le A du V est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après les mots : « Les prestations d'hospitalisation », sont insérés les mots : « ainsi que les consultations et actes mentionnés à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale » et le mot : « dispensées » est remplacé par le mot : « dispensés » ;

b) Au 1°, après les mots : « du code de la sécurité sociale » sont insérés les mots : « ou du tarif des consultations et actes fixé en application des dispositions de l'article L. 162-14-1 du même code, » ;

c) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation aux dispositions des quatre alinéas précédents, les prestations de prélèvement d'organes ou de tissus sont, dès 2005, facturées dans leur intégralité sur la base des tarifs fixés en application des dispositions du 1° du I de l'article L. 162-22-10 du même code. »

IV. - A l'article 36 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, le 2° du I est ainsi rédigé :

« 2° Le dernier alinéa, dans la rédaction de l'article antérieure à la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, est supprimé. »

Exposé des motifs

Les dispositions du I visent à donner une base légale à la tarification des consultations et actes réalisés dans les services de consultations externes ainsi que ceux réalisés dans les établissements de santé sous dotation globale. Le deuxième alinéa précise que pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie, la part de ces dépenses prises en charge par l'assurance maladie est incluse dans la dotation annuelle.

En outre, l'activité libérale des praticiens à temps plein étant soumise aux règles de tarification et de conventionnement applicables à la médecine de ville, le dernier alinéa précise que l'activité libérale des praticiens hospitaliers n'est pas soumise aux dispositions de l'article L. 162-26.

Le II vise à corriger une erreur relative à la date d'entrée en vigueur des dispositions de l'article 24 de la loi de

financement de la sécurité sociale pour 2004.

En effet, l'article 24 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a modifié l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Par ailleurs, l'article 33 de la même loi de financement a prévu une application au 1^{er} janvier 2005 des articles 22 à 32 de la loi. L'inclusion de l'article 24, d'application immédiate, dans cette liste est intervenue par erreur. Il convient donc de fixer une nouvelle date d'entrée en vigueur de cet article permettant de ne pas attendre le 1^{er} janvier 2005.

Le III corrige quant à lui plusieurs imprécisions du dispositif transitoire de montée en charge de la réforme de la tarification à l'activité.

Le premier correctif (1^o du III) concerne la date d'entrée en vigueur, en 2005, des tarifs des établissements de santé. A compter du 31 décembre 2004, la dotation globale est supprimée et le dispositif de la tarification à l'activité entre en vigueur au 1^{er} janvier 2005 dans des conditions particulières afin de tenir compte des contraintes techniques liées à la modification des systèmes d'information, tant des caisses que des établissements. Les établissements de santé ne procèdent pas à la facturation directe aux caisses pivots, ils transmettent leurs éléments d'activité à l'agence régionale de l'hospitalisation qui les valorise par application des tarifs fixés par les ministres de la santé et de la sécurité sociale pour déterminer le montant dû par l'assurance maladie. En attendant la réforme des règles applicables au ticket modérateur, la participation de l'assuré ne peut pas être calculée sur les tarifs des groupes homogènes de séjour (GHS) ; elle sera donc calculée sur les tarifs journaliers de prestations selon les modalités antérieures. C'est pourquoi les tarifs des GHS fixés en application de l'article L. 162-22-10 seront, pour 2005, également déterminés sans prendre en compte la participation de l'assuré. En conséquence, ces tarifs doivent entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2005 ; ceux de 2004 fixés pour déterminer le montant des dépenses autorisées ne sont plus valides puisque leur montant comprenait la part garantie par l'assurance maladie et la participation de l'assuré.

Le deuxième correctif précise le régime de financement des consultations et actes externes et des prélèvements d'organe à l'hôpital. Il prévoit en premier lieu (*a* et *b* du 3^o du II) que le financement des consultations et actes externes est soumis au dispositif transitoire de montée en charge de la réforme de la tarification des établissements antérieurement financés par dotation globale. En second lieu, il introduit (*c* du 2^o du III) une dérogation en excluant du dispositif transitoire de financement les prestations de

prélèvement d'organes ou de tissus qui seront financées intégralement sur la base du tarif des prestations.

Le IV vise à préciser la portée d'une disposition d'abrogation se rapportant à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale relatif aux modalités de prise en charge des produits et prestations.

En effet, le but poursuivi par le 2° du I de l'article 36 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie était d'abroger l'alinéa de l'article L. 165-1 disposant que « la commission établit chaque année un rapport d'activité qui est remis au Parlement ». Cet alinéa était jusqu'à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 le dernier alinéa de l'article. L'article 24 de la loi de financement de la sécurité sociale ayant ajouté un autre alinéa à l'article, en ne prévoyant toutefois, par erreur, comme il a été dit, l'entrée en vigueur de cette modification qu'à compter du 1^{er} janvier 2005, le sens du 2° du I de l'article 36 prête à confusion. Cette ambiguïté, et l'intervention du II du présent article, qui avance la date d'entrée en vigueur de l'article 24 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, nécessitent de préciser l'état du droit en introduisant dans l'article 36 de la loi du 13 août 2004 une référence explicite à la rédaction de l'article dans son état antérieur à ces diverses modifications.

Article 7

Les caisses mentionnées à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale peuvent, selon des modalités fixées par convention, consentir pendant une durée de deux mois à compter de la date de la mise en œuvre de la nouvelle classification des prestations prise en application de l'article L. 162-22-6, même antérieure à la date de publication de la présente loi, des avances de trésorerie aux établissements de santé privés mentionnés au *d* de l'article L. 162-22-6 du même code et aux professionnels de santé exerçant à titre libéral dans ces établissements, en raison de la non transmission par voie électronique ou de l'impossibilité de traitement des bordereaux de facturation liée à la mise en œuvre de cette nouvelle classification.

Le montant de ces avances de trésorerie est déduit des sommes dues au titre des factures afférentes aux soins dispensés postérieurement à la mise en œuvre de cette nouvelle classification.

La charge financière résultant pour les régimes dont relèvent les caisses susmentionnées du versement des avances de trésorerie mentionnées au présent article pour le compte des autres régimes est compensée par ces derniers selon les règles prévues par le décret

mentionné à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale.

Exposé des motifs

Lors du passage à la tarification à l'activité, certains établissements de santé privés vont se trouver dans l'incapacité technique de facturer les prestations d'hospitalisation issues de la nouvelle classification établie à partir des données issues du PMSI. Afin d'assurer à ces établissements un fonctionnement normal, les caisses mentionnées à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale vont être amenées à leur consentir, ainsi qu'aux professionnels de santé y exerçant à titre libéral, des avances de trésorerie. L'objet de la mesure est de permettre à ces caisses de récupérer ces avances en les déduisant du montant des factures émises par les établissements postérieurement à la mise en œuvre de la nouvelle classification.

Article 8

L'article L. 753-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « aux premier et deuxième alinéas de » sont remplacés par le mot : « à » et après les mots : « l'article L. 162-17 », sont ajoutés les mots : « et à l'article L. 162-22-7 » ;

2° Il est inséré après le premier alinéa un alinéa ainsi rédigé :

« Les produits et prestations remboursables par les organismes de sécurité sociale sont ceux mentionnés aux articles L. 165-1 et L. 162-22-7. » ;

3° Le dernier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et de l'outre-mer peut déterminer des majorations applicables :

« 1° Aux prix ou aux marges, fixés en application de l'article L. 162-16-4 ou de l'article L. 162-38, ou aux tarifs forfaitaires de responsabilité, prévus à l'article L. 162-16, des médicaments remboursables mentionnés aux premier et quatrième alinéas de l'article L. 162-17 ;

« 2° Aux prix de cession fixés en application de l'article L. 162-16-5 pour les médicaments mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 162-17 ;

« 3° Aux tarifs de responsabilité fixés en application de l'article L. 162-16-6 pour les médicaments figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 ;

« 4° Aux tarifs de responsabilité et, le cas échéant, aux prix des produits et prestations mentionnés aux articles L. 165-1 et L. 162-22-7.

« Ces majorations prennent en compte les frais particuliers qui, dans chaque département d'outre-mer, grèvent le coût de ces médicaments par rapport à leur coût en métropole. »

Exposé des motifs

L'article élargit le champ d'application des majorations dans les départements d'outre-mer aux tarifs de responsabilité des médicaments et des produits et prestations figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7, c'est-à-dire la liste des produits de santé payés aux établissements de santé en sus des groupes homogènes de séjour dans le cadre de la tarification à l'activité.

Il prévoit également la possibilité d'appliquer des majorations aux prix des médicaments de la liste « rétrocession » (deuxième alinéa de l'article L. 162-17). De telles majorations pourraient le cas échéant, après expertise, se justifier par l'existence de coûts spécifiques aux départements d'outre-mer. Faute de cette disposition, les établissements pourraient rencontrer des difficultés d'approvisionnement.

Enfin, l'article étend cette possibilité de majoration aux tarifs forfaitaires de responsabilité.

Article 9

I. - L'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est ainsi modifié :

A. - Le III est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le fonds prend également en charge le financement des emplois de conseillers généraux des hôpitaux, placés auprès du ministre chargé de la santé, qui assurent à sa demande des missions d'études et d'assistance technique, selon des modalités définies par décret. »

B. - Il est inséré après le III un III *bis* ainsi rédigé :

« III *bis*. - Le fonds est également chargé de verser aux établissements de santé les sommes dues au titre des dépenses

évitées par la mise en œuvre des accords nationaux ou locaux mentionnés à l'article L. 6113-12 du code de la santé publique. »

C. - Au IV, les mots : « visés à l'article L. 174-1 » sont remplacés par les mots : « publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 ».

II. - Les dispositions du I du présent article sont applicables à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

III. - Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est fixé, pour l'année 2005, à 405 millions d'euros.

Exposé des motifs

Cette mesure élargit les missions du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés en prévoyant qu'il est chargé, d'une part, d'effectuer les versements aux établissements de santé des sommes dues au titre des dépenses évitées par la mise en œuvre des accords cadres et des accords locaux, y compris les accords d'initiative locale, mentionnés à l'article L. 6112-13 du code de la santé publique, et, d'autre part, d'assurer le financement des postes de conseillers généraux des hôpitaux.

Comme le prévoit le V de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, le II du présent article fixe par ailleurs le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds. Pour l'année 2005, il est proposé de fixer ce montant à 405 millions d'euros.

Article 10

I. - Au dernier alinéa du I des articles L. 162-22-2 et L. 162-22-9 et à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « à l'issue desquelles des établissements de santé ou des services ou des activités de ces établissements » sont remplacés par les mots : « à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux, ».

II. - Au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 du même code, il est ajouté une phrase ainsi rédigée :

« Cet objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant. »

III. - La dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigée :

« Il prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant. »

Exposé des motifs

L'ordonnance du 24 avril 1996 a organisé la fongibilité entre les établissements sanitaires sous dotation globale et les cliniques privées sous objectif quantifié national.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a organisé la fongibilité entre les cliniques privées sous objectif quantifié national et les établissements médico-sociaux.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, dans le cadre de la mise en œuvre de la tarification à l'activité, a organisé une fongibilité complète entre les différentes composantes de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) afférentes aux établissements de santé (objectif des dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique, dotations annuelles de financement et objectif quantifié national) prenant en compte « les évolutions de toute nature à l'issue desquelles des établissements de santé ou des services ou des activités de ces établissements se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant » et a supprimé involontairement la fongibilité avec l'enveloppe médico-sociale.

Or, les opérations de fongibilité liées notamment à des opérations de conversion d'activités peuvent avoir un impact sur toutes les composantes de l'ONDAM, y compris l'enveloppe des soins de ville et l'enveloppe médico-sociale.

La disposition législative proposée a donc pour but d'harmoniser le dispositif et de favoriser les conversions d'établissements en organisant une fongibilité totale entre

toutes les enveloppes de l'ONDAM. A défaut de cette mesure, les opérations de fongibilité entre les enveloppes sanitaires d'une part et les enveloppes soins de ville et médico-sociale d'autre part ne pourraient avoir lieu de façon légale.

Article 11

Au 16° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, après les mots : « les frais d'examens de dépistage », sont insérés les mots : « et les frais liés aux consultations de prévention destinées aux mineurs ».

Exposé des motifs

La conférence de la famille a prévu la mise en oeuvre d'un entretien de santé proposé aux adolescents en classe de cinquième. La mise en oeuvre du dispositif fera l'objet d'une phase d'expérimentation dans plusieurs régions au début de l'année 2005.

Ces entretiens, qui s'inscrivent dans le cadre des programmes de santé définis par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, doivent être considérés comme des consultations médicales périodiques au sens de l'article L. 1411-6 du code de la santé publique. Ils seront pris en charge intégralement par l'assurance maladie et les bénéficiaires seront dispensés de tout reste à charge et de toute avance de frais. Le présent article prévoit donc une exonération du ticket modérateur pour ces entretiens de santé.

Article 12

I. - Il est inséré au chapitre II du titre I^{er} du livre VII du code de la sécurité sociale, après la section 4, une section 4 *bis* ainsi rédigée :

« *Section 4 bis*

« ***Dispositions applicables aux maîtres et documentalistes de l'enseignement privé***

« *Art. L. 712-10-1.* - Les dispositions des articles L. 712-1 et L. 712-3, du premier alinéa de l'article L. 712-9 et de l'article L. 712-10 sont applicables aux maîtres et documentalistes liés à l'Etat par agrément ou par contrat qui sont en activité dans les établissements d'enseignement privés liés à l'Etat par contrat. »

II. - Il est inséré dans la section 2 du chapitre II du titre II du livre VII du code rural, après la sous-section 1, une sous-section 1 bis ainsi rédigée :

« *Sous-section 1 bis*

« ***Dispositions applicables aux personnels enseignants et de documentation liés à l'Etat par contrat***

« *Art. L. 722-24-1.* - Les dispositions des articles L. 712-1 et L. 712-3, du premier alinéa de l'article L. 712-9 et de l'article L. 712-10 du code de la sécurité sociale sont applicables aux personnels enseignants et de documentation liés à l'Etat par contrat qui sont en activité dans des associations ou organismes responsables des établissements d'enseignement agricole privés liés à l'Etat par contrat. »

III. - Les dispositions des I et II du présent article s'appliquent à compter du 1^{er} septembre 2005.

Exposé des motifs

Le présent article a pour objet de tirer toutes les conséquences, en matière d'assurance maladie, du statut particulier des maîtres qui sont recrutés et rémunérés par l'Etat pour enseigner dans les établissements privés. Il prévoit l'affiliation des maîtres et documentalistes contractuels ou agréés au même régime de prise en charge du risque maladie que les fonctionnaires. Si les maîtres de l'enseignement privés bénéficient déjà, en la matière, des mêmes prestations que leurs homologues de l'enseignement public, leur affiliation permettra une simplification dans la gestion du régime et s'inscrit dans la continuité des dispositions de l'article L. 914-1 du code de l'éducation.

Article 13

Pour 2005, le montant maximal des dépenses du fonds institué à l'article 25 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 est fixé à 106 millions d'euros.

Ce fonds est doté de 30 millions d'euros au titre de l'exercice 2005.

Exposé des motifs

Cet article prévoit les ressources du fonds d'aide à la qualité des soins de ville, conformément à l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, ainsi que le plafond de dépenses.

Article 14

Le montant de la dotation globale pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique est fixé à 30 millions d'euros pour l'année 2005.

Exposé des motifs

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a prévu que l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales est financé par une dotation de l'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année en loi de financement de la sécurité sociale (article L. 1142-3 du code de la santé publique).

Pour 2005, le présent article propose une dotation de 30 millions d'euros.

Article 15

I. - Au premier alinéa de l'article 51 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, les mots : « exposées à un agent microbien, toxique, chimique ou radiologique utilisé dans le cadre d'un acte terroriste » sont remplacés par les mots : « exposées à une menace sanitaire grave quelle que soit son origine ou sa nature ».

II. - La contribution de l'assurance maladie au fonds de concours mentionné à l'article 51 de la même loi est fixée en 2004 à 62 millions d'euros.

Cette contribution est répartie entre les différents régimes selon les règles mises en œuvre au titre de l'année 2003 pour l'application de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

Exposé des motifs

Il est proposé d'étendre le champ du fonds de concours

dit « biotox », initialement créé par l'Etat en vue de l'achat, du stockage et de la livraison de produits destinés à la prophylaxie ou aux traitements d'un grand nombre de personnes exposées à un agent microbien, toxique, chimique ou radiologique utilisé dans le cadre d'un acte terroriste, à la prévention et au traitement des crises sanitaires graves d'origine non terroriste telles que des épidémies (pandémie grippale), menaces d'épidémies ou encore alertes liées à des risques environnementaux.

En effet, quelle que soit leur origine -bioterrorisme ou situations exceptionnelles- les crises sanitaires requièrent des mesures de prévention identique, à savoir la constitution de stocks de produits nécessaires à la détection, à la prévention et au traitement d'un grand nombre de personnes exposées et de victimes.

L'article prévoit la dotation de l'assurance maladie à ce fonds de concours au titre de l'exercice 2004.

Article 16

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie révisé de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 131 milliards d'euros pour l'année 2004.

Article 17

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 134,9 milliards d'euros pour l'année 2005.

Article 18

Pour 2005, l'objectif de dépenses de la branche maladie-maternité-invalidité-décès de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres est fixé à 148,3 milliards d'euros.

TITRE IV

DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES POLITIQUES DE SÉCURITE SOCIALE

Section 1

Branche accidents du travail et maladies professionnelles

Article 19

Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, mentionné au VII de l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, est fixé à 200 millions d'euros au titre de l'année 2005.

Exposé des motifs

Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) a été doté comme suit, tant au titre des lois de finances qu'au titre des lois de financement de la sécurité sociale, de 2001 à 2004 :

Dotations au FIVA (année)	État en M €	Branche AT/MP en M €	Total ressources FIVA en M €
2001		438	438
2002	38	180	218
2003	40	190	230
2004	0	100	100
Total au 31/12/2004	78	908	986

Le nombre de dossiers déposés au FIVA ne cesse d'augmenter et devrait être proche de 9 000 à 10 000 dossiers sur l'année 2005.

Compte tenu des dotations déjà votées et du maintien des besoins du FIVA, il apparaît opportun de porter la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au FIVA à 200 millions d'euros en 2005.

Article 20

Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, mentionné au III de l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, est fixé à 600 millions d'euros au titre de l'année 2005.

Exposé des motifs

Le montant fixé pour cette contribution par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 était de 500 millions d'euros. Les prévisions pour les années 2004 et 2005 laissent anticiper une croissance encore forte de ses dépenses. Compte tenu de la ressource constituée par le versement au fonds d'une part fixée à 0,31 % des droits de consommation sur le tabac et de la création par l'article 21 du présent projet d'une contribution destinée au financement de ce fonds pesant sur les entreprises dans lesquelles les salariés ont été exposés à l'amiante, la contribution de la branche devrait être fixée à hauteur de 600 millions d'euros au titre de l'année 2005.

Article 21

I. - Il est institué, au profit du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante créé par l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, une contribution, due pour chaque salarié ou ancien salarié à raison de son admission au bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité. Cette contribution est à la charge de l'entreprise qui a supporté ou qui supporte, au titre de ses cotisations pour accidents du travail et maladies professionnelles, la charge des dépenses occasionnée par la maladie professionnelle provoquée par l'amiante dont est atteint le salarié ou ancien salarié. Lorsque le salarié n'est atteint par aucune maladie professionnelle provoquée par l'amiante, cette contribution est à la charge :

1° D'une ou plusieurs entreprises dont les établissements sont mentionnés au premier alinéa du I de l'article 41 susmentionné ;

2° D'une ou plusieurs entreprises de manutention ou d'un ou plusieurs organismes gestionnaires de port pour, respectivement, les dockers professionnels et les personnels portuaires assurant la manutention dans les ports mentionnés au sixième alinéa du I de l'article 41 susmentionné.

Pour la détermination de l'entreprise ou organisme redevable de la contribution au titre du 1°, les règles suivantes s'appliquent :

a) Lorsque l'établissement est exploité successivement par plusieurs entreprises, la contribution est due par l'entreprise qui exploite l'établissement à la date d'admission du salarié à l'allocation ;

b) Lorsqu'un salarié a travaillé au sein de plusieurs entreprises exploitant des établissements distincts, le montant de la contribution est réparti en fonction de la durée du travail effectué par le salarié au sein de ces établissements pendant la période où y étaient fabriqués ou traités l'amiante ou des matériaux contenant de l'amiante.

Pour l'application du 2°, lorsqu'un salarié a été employé par plusieurs entreprises ou organismes, le montant de la contribution est réparti *au prorata* de la période travaillée dans ces entreprises ou organismes. Lorsqu'un docker professionnel admis à l'allocation relève ou a relevé de la catégorie des dockers professionnels intermittents au sens du III de l'article L. 511-2 du code des ports maritimes, la contribution correspondant à la période d'intermittence est répartie entre tous les employeurs de main-d'œuvre dans le port, au sens de l'article L. 521-6 du même code, *au prorata* des rémunérations totales brutes payées aux dockers professionnels intermittents pendant cette période d'intermittence.

La contribution n'est pas due pour le premier bénéficiaire admis au cours d'une année civile.

II. - Le montant de la contribution varie en fonction de l'âge du bénéficiaire au moment de son admission au bénéfice de l'allocation. Il est égal, par bénéficiaire de l'allocation, à 15 % du montant annuel brut de l'allocation majoré des cotisations à la charge du fonds, multiplié par le nombre d'années comprises entre l'âge mentionné ci-dessus et l'âge de soixante ans.

Le montant de la contribution, qui ne peut dépasser deux millions d'euros par année civile pour chaque redevable, est plafonné, pour les entreprises redevables de la contribution au titre du I, à 2,5 % de la masse totale des salaires payés au personnel pour la dernière année connue.

Les entreprises placées en redressement ou en liquidation judiciaire sont exonérées de la contribution.

III. - La contribution est appelée, recouvrée et contrôlée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général, par

des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Elle est exigible le premier jour du troisième mois de chaque trimestre civil pour les personnes entrant dans le dispositif au cours du trimestre précédent.

IV. - Un décret fixe les modalités d'application du présent article.

V. - Les dispositions du présent article s'appliquent aux admissions au bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité prononcées à compter du 5 octobre 2004.

Exposé des motifs

Le nombre d'allocataires présents dans le dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est en constante augmentation depuis son instauration. Les charges du fonds n'ont cessé de croître, alourdissant sensiblement le montant de la dotation de la branche accidents du travail et maladies professionnelles qui aurait atteint 750 millions d'euros en 2005 contre 450 millions d'euros en 2003.

Du fait de son mode de financement, le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est essentiellement alimenté par la collectivité des entreprises et leur cotisation accident du travail et maladie professionnelle.

Il est donc institué une contribution plus spécifique à la charge des entreprises qui ont exposé leurs salariés à l'amiante. Pour les dockers intermittents, compte tenu de l'impossibilité d'identifier leur employeur, un dispositif de mutualisation du financement est instauré.

La contribution ne sera pas due pour le premier bénéficiaire percevant l'allocation au cours de l'année civile.

Son montant sera égal à 15 % de l'allocation annuelle brute augmentée des charges de retraite. Il ne pourra dépasser deux millions d'euros par année civile pour chaque redevable et sera en outre plafonné à 2,5 % de la masse salariale.

Article 22

Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2005, à 330 millions d'euros.

Exposé des motifs

Eu égard aux conclusions de la commission prévue à l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale qui a été présidée en 2002 par Mme Lévy-Rosenwald, conseiller maître à la Cour des comptes, le versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie, maternité, invalidité, décès du régime général de la sécurité sociale au titre des frais supportés par cette dernière branche en raison des accidents du travail ou des maladies professionnelles non reconnus a été fixé à 330 millions d'euros par les lois de financement de la sécurité sociale pour 2003 et 2004. Les travaux de cette commission étant triennaux, aucun élément nouveau ne justifie de modifier ce montant, qu'il est donc proposé de reconduire en 2005.

Article 23

Pour 2005, l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail-maladies professionnelles de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres est fixé à 10,5 milliards d'euros.

Section 2

Branche famille

Article 24

L'article L. 531-2 du code de la sécurité sociale est complété par la phrase suivante :

« Le montant de la prime est majoré en cas d'adoption. »

Exposé des motifs

En 2003, 5 000 enfants ont été adoptés ; parmi eux, plus de 70 % d'enfants l'ont été à l'étranger.

Le Gouvernement, sensible aux difficultés que vivent les parents en quête d'adoption, souhaite mieux prendre en compte leurs contraintes spécifiques. En effet, les démarches longues et coûteuses qu'ils effectuent comportent des charges supérieures à celles exposées par les parents biologiques (frais de dossiers, déplacements nombreux en France et à l'étranger, paiement de frais d'entretien de l'enfant dans les pays étrangers). Ces charges peuvent aller jusqu'à 12 000 € par enfant adopté à l'étranger.

C'est la raison pour laquelle le Gouvernement souhaite doubler le montant de la prime à l'adoption que les familles perçoivent lors de l'arrivée d'un enfant dans leur foyer. A compter du 1^{er} janvier 2005, le montant de cette prime -qui est incluse dans la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE)- sera porté de 812,37 € par enfant (montant au 1^{er} janvier 2004) à 1 624,75 €.

Article 25

I. - Le 1^o de l'article L. 211-10 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1^o Un fonds spécial alimenté chaque année par un versement effectué par la Caisse nationale des allocations familiales et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole *au prorata* du montant des prestations familiales versées l'année précédente par chacune d'elles.

« Les contributions de ces deux organismes ainsi que le montant du fonds spécial sont fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la famille. Le montant du fonds spécial est fixé dans les conditions suivantes :

« a) Une première part, destinée à couvrir les missions générales mentionnées à l'article L. 211-3, évolue chaque année dans les conditions définies au premier alinéa de l'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale ;

« b) Une deuxième part est destinée à financer des actions définies par voie conventionnelle entre l'Union nationale des associations familiales et le ministre chargé de la famille. Elle est revalorisée chaque année dans la limite du taux d'évolution constaté au titre de l'année civile précédente du montant des prestations familiales. En cas de création ou de suppression d'une de ces prestations, le taux d'évolution retenu au titre de l'année au cours de laquelle intervient cette création ou cette suppression est celui correspondant à la moyenne des taux d'évolution retenus pour les trois années civiles précédentes.

« Les prestations familiales prises en compte pour l'application du présent article sont :

« - les prestations que mentionne l'article L. 511-1 du code de la sécurité sociale, y compris celles qui sont versées dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 du même code, à l'exception de l'allocation de parent isolé ;

« - l'allocation pour jeune enfant, l'allocation d'adoption et l'allocation parentale d'éducation versées en vertu de la réglementation applicable antérieurement au 1^{er} janvier 2004.

« Sont assimilées aux prestations familiales pour l'application du présent article, l'allocation de garde d'enfant à domicile et l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée versées en vertu de la réglementation applicable antérieurement au 1^{er} janvier 2004.

« Les modalités de versement du fonds spécial et sa répartition entre les unions d'associations familiales, les conditions dans lesquelles les fédérations, confédérations ou associations familiales adhérant aux unions peuvent en bénéficier ainsi que les modalités d'évaluation de son utilisation sont fixées par voie réglementaire. »

II. - Le montant du fonds spécial mentionné au 1^o de l'article L. 211-10 du même code dans sa rédaction issue du présent article est fixé pour 2005 à 24,31 millions d'euros, répartis comme suit :

- a) 19 448 000 € au titre de la première part ;
- b) 4 862 000 € au titre de la seconde part.

Exposé des motifs

L'Union nationale des associations familiales (UNAF), créée par une ordonnance du 3 mars 1945, a principalement un rôle de représentation du mouvement familial (avis aux pouvoirs publics sur les questions d'ordre familial, représentation officielle auprès des pouvoirs publics de l'ensemble des familles, possibilité d'ester en justice notamment). Vis-à-vis des unions départementales d'associations familiales (UDAF), elle exerce également une fonction de contrôle et de suivi.

En application de la loi du 24 mai 1951, un fonds spécial alimenté par un prélèvement effectué chaque année sur les ressources des différents régimes de prestations familiales autres que certains régimes spéciaux, finance l'union nationale et les unions départementales.

Le cadre juridique est ancien et n'a pas suivi l'évolution des prestations familiales. La Cour des comptes a elle-même préconisé une refonte des règles relatives à l'assiette du fonds, à l'évolution de son montant, aux conditions de sa répartition et au contrôle de son utilisation.

Le présent article clarifie le système actuel en réformant le mode de financement des unions.

Le montant du fonds spécial est arrêté pour 2005 à 24,31 millions d'euros. Il se décompose en deux enveloppes. La première, à hauteur de 80 %, permet de financer les missions traditionnelles de l'UNAF ; elle évolue comme l'inflation. La seconde, pour 20 % du total, permet de financer des actions nouvelles liées à la politique familiale

dont le contenu sera précisé dans le cadre d'une convention conclue entre l'UNAF et le ministre chargé de la famille ; cette enveloppe évolue d'une façon plus dynamique, en fonction de l'évolution des prestations familiales. Un système de lissage doit prévoir les à-coups dans l'évolution de cette part.

Article 26

La part prise en charge par la Caisse nationale des allocations familiales des dépenses mentionnées au 5° de l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale est égale à une fraction fixée à 60 % pour l'année 2005.

Article 27

Pour 2005, l'objectif de dépenses de la branche famille de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres est fixé à 46,2 milliards d'euros.

Section 3

Branche vieillesse

Article 28

I. - L'article 19 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières est ainsi modifié :

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

« - entre la caisse nationale des industries électriques et gazières et le fonds de réserve pour les retraites. » ;

2° Au premier alinéa du 3°, les mots : « à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « au fonds de réserve pour les retraites mentionné à l'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale », et les mots : « de ces régimes » sont remplacés par les mots : « du régime de base d'assurance vieillesse des salariés, des régimes complémentaires des salariés » ;

3° Au troisième alinéa du même 3°, les mots : « pour la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés »

sont remplacés par les mots : « pour le fonds de réserve pour les retraites ».

II. - L'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Le fonds de réserve pour les retraites a également pour mission de verser chaque année à la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés le montant correspondant au surcoût annuel lié à la différence entre le régime des industries électriques et gazières et le régime général définie au 3° de l'article 19 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières. Les dispositions du quatrième alinéa du présent article ne s'appliquent pas à cette mission.

« Les opérations du fonds de réserve pour les retraites correspondant à chacune des missions mentionnées aux deuxième et cinquième alinéas du présent article sont retracées dans deux sections distinctes. »

III. - Au premier alinéa de l'article L. 135-7 du même code, après les mots : « Les ressources », sont insérés les mots : « de la première section ».

IV. - Il est inséré dans le code de la sécurité sociale, après l'article L. 135-7, deux articles L. 135-7-1 et L. 135-7-2 ainsi rédigés :

« *Art. L. 135-7-1.* - Les ressources de la seconde section du fonds sont constituées par le produit des contributions exceptionnelles, forfaitaires et libératoires mentionnées au 3° de l'article 19 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières.

« Les dépenses de cette section sont constituées par les versements à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés mentionnés au cinquième alinéa de l'article L. 135-6. Le montant et la date de ces versements sont fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, des finances et du budget.

« *Art. L. 135-7-2.* - L'année qui suit le dernier versement effectué en application du deuxième alinéa de l'article L. 135-7-1, les intérêts produits par le placement des ressources mentionnées au premier alinéa de l'article L. 135-7-1 compte tenu des versements mentionnés au même article sont versés à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

« Les modalités de calcul et de versement de ces intérêts sont fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, des finances et du budget. »

V. - Au troisième alinéa de l'article L. 135-8 du même code, après les mots : « le conseil de surveillance fixe », sont insérés les mots : « , pour chacune des sections du fonds, », et les mots : « des ressources du fonds » sont remplacés par les mots : « des ressources de chacune des sections du fonds en tenant compte notamment des versements mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 135-7-1 ».

VI. - Le V de l'article 18 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, les mots : « 1 % et 10 % » sont remplacés par les mots : « 10 % et 20 % », et les mots : « 10 % et 20 % » sont remplacés par les mots : « 20 % et 35 % » ;

2° Au troisième alinéa, les mots : « 10 % et 20 % » sont remplacés par les mots : « 15 % et 25 % ».

Exposé des motifs

Cet article prévoit le versement par la Caisse nationale des industries électriques et gazières au Fonds de réserve pour les retraites (FRR) de la soulte dont doit bénéficier la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) en application de l'article 19 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières. Il garantit également à la CNAVTS le bénéfice de cette soulte et des intérêts de placement qu'elle produira.

Cette nouvelle mission du FRR est isolée dans une deuxième section du fonds, la première section retraçant la mission qui lui a été attribuée lors de sa création en 1999.

Le conseil de surveillance du fonds est ainsi chargé de fixer les orientations générales de la politique de placement de la soulte en respectant l'objectif et l'horizon de placement de celle-ci, en tenant compte notamment des échéances de versement de la caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIÉG) au FRR, d'une part, et du calendrier des versements du FRR à la CNAVTS, d'autre part.

Le « droit de retour » à la CNAVTS est assuré par le versement d'un montant annuel permettant de combler les surcoûts liés à la différence de situation entre le régime des industries électriques et gazières et le régime général. Ce montant annuel est versé par le FRR en utilisant les ressources de la deuxième section.

En outre, l'année qui suivra le dernier versement à la CNAVTS, le FRR versera à cette caisse le montant des

intérêts résiduels résultant du placement de la soulte.

Par ailleurs, la loi du 9 août 2004 a créé une contribution tarifaire sur les prestations d'acheminement de gaz naturel et d'électricité affectée à la CNIÉG. Or, les taux actuels de cette taxe ne lui permettent pas de financer l'intégralité des charges qu'elle est censée couvrir. Cette insuffisance s'explique notamment par le fait que, lors du vote de la loi, l'assiette de la contribution n'était pas connue avec précision. En effet, depuis lors, la commission de régulation de l'énergie a redéfini les tarifs d'acheminement de l'électricité.

Le VI de l'article modifie donc les fourchettes de taux de la contribution.

Article 29

L'âge de soixante ans mentionné au 1° du I de l'article L. 24 du code des pensions civiles et militaires de retraite est abaissé pour les fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales qui justifient, dans ce régime et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, d'une durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes au moins égale à 168 trimestres :

1° A compter du 1^{er} janvier 2008, à cinquante-six ans pour les fonctionnaires qui justifient d'une durée d'activité ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à 168 trimestres et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

2° A compter du 1^{er} juillet 2006, à cinquante-huit ans pour les fonctionnaires qui justifient d'une durée d'activité ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à 164 trimestres et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

3° A compter du 1^{er} janvier 2005, à cinquante-neuf ans pour les fonctionnaires qui justifient d'une durée d'activité ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à 160 trimestres et ayant débuté leur activité avant l'âge de dix-sept ans.

Pour l'application de la condition d'âge de début d'activité définie au 1°, au 2° et au 3° ci-dessus, sont considérés comme ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ou dix-sept ans les fonctionnaires justifiant :

- soit d'une durée d'assurance d'au moins cinq trimestres à la fin de l'année au cours de laquelle est survenu, respectivement, leur seizième ou leur dix-septième anniversaire ;

- soit, s'ils sont nés au cours du quatrième trimestre et ne

justifient pas de la durée d'assurance prévue à l'alinéa précédent, d'une durée d'assurance d'au moins quatre trimestres au titre de l'année au cours de laquelle est survenu, respectivement, leur seizième ou leur dix-septième anniversaire.

Pour l'application de la condition de durée d'activité ayant donné lieu à cotisations à la charge des fonctionnaires définie au 1°, au 2° et au 3° ci-dessus, sont réputées avoir donné lieu à cotisations :

- les périodes de service national, à raison d'un trimestre par période d'au moins quatre-vingt-dix jours, consécutifs ou non. Lorsque la période couvre deux années civiles, elle peut être affectée à l'une ou l'autre de ces années, la solution la plus favorable étant retenue ;

- les périodes pendant lesquelles les fonctionnaires ont été placés en congé de maladie statutaire ainsi que les périodes comptées comme périodes d'assurance dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au titre de la maladie, de la maternité et de l'inaptitude temporaire.

Ces périodes sont retenues respectivement dans la limite de quatre trimestres et sans que le nombre de trimestres ayant donné lieu à cotisation ou réputés tels puisse excéder quatre pour une même année civile.

Pour l'application de cette même condition de durée d'activité ayant donné lieu à cotisations à la charge des fonctionnaires, il est retenu un nombre de trimestres au plus égal à quatre au titre de chaque année civile au cours de laquelle l'assuré a été affilié successivement ou simultanément à plusieurs des régimes considérés.

Pour l'application de la condition de durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes définie au premier alinéa du présent article, sont prises en compte la bonification pour enfant mentionnée aux articles L. 12 *b* et L. 12 *b bis* du code des pensions civiles et militaires de retraite, les majorations de durée d'assurance mentionnées aux articles L. 12 *bis* et L. 12 *ter* et les périodes d'interruption ou de réduction d'activité mentionnées au 1° de l'article L. 9 du même code.

II. - L'année au cours de laquelle sont réunies les conditions définies au I du présent article est l'année retenue pour l'application des dispositions du II et du III de l'article 66 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, à condition que le fonctionnaire demande à bénéficier des dispositions du présent article avant son soixantième anniversaire.

III. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2005.

Exposé des motifs

La loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites a ouvert, à compter du 1^{er} janvier 2004, sous conditions d'âge et de durée de cotisation, un droit au départ anticipé à la retraite aux affiliés du régime général d'assurance vieillesse et des régimes alignés qui ont commencé tôt leur activité professionnelle, dans les conditions suivantes :

Âge du début de carrière	Âge de départ	Durée validée	dont cotisée
moins de 16 ans	56 ou 57 ans	42 ans	42 ans
moins de 16 ans	58 ans	42 ans	41 ans
moins de 17 ans	59 ans	42 ans	40 ans

Conformément au relevé de décisions du 15 mai 2003, un groupe de travail a été installé à l'été 2003 afin de cerner les problèmes dans les fonctions publiques des départs anticipés en retraite pour les fonctionnaires ayant commencé à travailler très jeunes.

Au terme de ces travaux, le ministre de la fonction publique a conduit en juin 2004 une concertation avec les organisations syndicales représentatives de la fonction publique sur les modalités d'accès et de mise en œuvre de la mesure aux fonctionnaires de l'Etat, des collectivités locales et des hôpitaux. Le dispositif « carrières longues » proposé dans la fonction publique respecte les principes suivants d'équité et de responsabilité :

- tous les fonctionnaires ayant atteint l'âge de cinquante-neuf ans en 2004 et remplissant les conditions bénéficieront d'un départ anticipé ;

- la montée en charge du dispositif est progressive jusqu'au 1^{er} janvier 2008, comme l'est la plupart des dispositions de la réforme des retraites applicables aux fonctionnaires ;

- par souci de cohérence et d'équité, les paramètres (durée cotisée, durée validée, conditions de début de carrière) retenus pour qualifier de « longue » la carrière d'un fonctionnaire et lui ouvrir droit à un départ anticipé seront identiques à ceux définis pour les salariés du secteur privé. Ainsi par exemple, les bonifications et les majorations accordées à quelque titre que ce soit ne peuvent être prises en compte dans la durée d'activité ayant donné lieu à cotisations à la charge des fonctionnaires.

Le dispositif de départ anticipé pour les fonctionnaires ayant eu une carrière longue se présente donc de la façon suivante :

Date d'ouverture	Âge du début de carrière	Âge de départ	Durée validée	dont cotisée
1 ^{er} janvier 2008	moins de 16 ans	56 ou 57 ans	42 ans	42 ans
1 ^{er} juillet 2006	moins de 16 ans	58 ans	42 ans	41 ans
1 ^{er} janvier 2005	moins de 17 ans	59 ans	42 ans	40 ans

Le projet de loi de finances pour 2005 comporte un article qui introduit un nouvel article, L. 25 *bis*, dans le code des pensions civiles et militaires de retraite :

- cet article définit les conditions d'accès des fonctionnaires relevant de ce régime à ce dispositif de départ anticipé en fonction de la durée validée, de la durée cotisée et de l'âge de début de carrière ;

- comme pour les salariés du secteur privé, il est prévu de prendre en compte au titre de la durée cotisée, à hauteur respectivement de quatre trimestres, les périodes de service national et les périodes de congés maladie ;

- de la même façon, il est tenu compte pour la durée validée de l'ensemble des bonifications et majorations à caractère familial ;

- s'agissant des paramètres applicables pour le calcul de la pension, ce sont ceux définis à l'article 66 (II et III) de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites, qui correspondent à l'année au cours de laquelle les conditions d'accès à ce dispositif de départ anticipé sont réunies. Toutefois, si le fonctionnaire ne demande pas à bénéficier de ce départ anticipé avant son soixantième anniversaire, les paramètres à retenir sont déterminés dans les conditions définies par cet article 66.

L'entrée en vigueur du dispositif est fixée au 1^{er} janvier 2005.

Le présent article reproduit le dispositif de départ anticipé de l'article L. 25 *bis* du code des pensions pour les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers affiliés à la CNRACL. Le dispositif leur sera ainsi immédiatement applicable sans l'intervention d'un texte réglementaire.

Article 30

Pour 2005, l'objectif de dépenses de la branche vieillesse-veuvage de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres est fixé à 160,5 milliards d'euros.

TITRE V

OBJECTIFS DE DÉPENSES RÉVISÉS POUR 2004

Article 31

Pour 2004, les objectifs révisés de dépenses par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres sont fixés aux montants suivants :

(en milliards d'euros)

Maladie, maternité, invalidité et décès	145,1
Vieillesse et veuvage.....	146,8
Accidents du travail	10,1
Famille	45,0

TITRE VI

MESURES DIVERSES ET DISPOSITIONS RELATIVES À LA TRÉSORERIE

Article 32

I. - L'intitulé du chapitre VIII *bis* du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est remplacé par l'intitulé suivant : « Dispositions communes aux contributions recouvrées par les organismes de recouvrement du régime général ».

II. - L'article L. 138-20 du même code est rédigé comme suit :

« *Art. L. 138-20.* - Les contributions instituées aux articles L. 138-1, L. 138-10, L. 245-1, L. 245-5-1 et L. 245-6 sont recouvrées et contrôlées, selon les règles et sous les sanctions et

garanties applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les rémunérations, par des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

« La contribution instituée à l'article L. 137-6 est recouvrée et contrôlée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans les conditions prévues au 3° de l'article L. 225-1-1. L'Agence peut recueillir l'assistance des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et des caisses générales de sécurité sociale des départements d'outre-mer, notamment par la mise à disposition d'agents de ces organismes, chargés du contrôle.

« Les agents chargés du contrôle sont habilités à recueillir auprès des assujettis tous les renseignements de nature à permettre le contrôle de l'assiette et du champ d'application des contributions. »

III. - L'article L. 138-21 du même code est abrogé.

IV. - Aux articles L. 138-7, L. 138-17, L. 245-3 et L. 245-5-5 du même code, les mots : « au 3° de l'article L. 225-1-1 et des articles L. 138-20 à L. 138-23 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 138-20 à L. 138-23 ». A l'article L. 138-19, les mots : « l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales désignée à cet effet ».

V. - Les dispositions du présent article s'appliquent pour le recouvrement des contributions exigibles à compter du 1^{er} janvier 2005, à l'exception du solde de la contribution prévue au VII de l'article 12 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 ainsi que de la régularisation de la contribution prévue à l'article L. 138-4 du code de la sécurité sociale intervenant le 31 mars 2005, dont le recouvrement et le contrôle relèvent de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 138-20 du code de la sécurité sociale.

Les organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 138-20 reprennent les droits et obligations, actions et poursuites, dettes et créances de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, nés des opérations de recouvrement et de contrôle intervenues jusqu'au 31 décembre 2004, à l'exception de ceux relatifs au solde et à la régularisation mentionnés à l'alinéa précédent.

Exposé des motifs

Le recouvrement des taxes pharmaceutiques est actuellement réalisé directement par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

Ce recouvrement pose des problèmes juridiques provenant principalement du statut d'établissement public national à caractère administratif de l'Agence, qui crée un conflit entre l'application des règles de la comptabilité publique, notamment celles relatives à la séparation des ordonnateurs et des comptables, et celles du recouvrement des recettes du régime général que l'Agence est censée appliquer en la matière.

De plus, l'Agence, par défaut de moyens propres et faute de pouvoir disposer d'inspecteurs du recouvrement des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales spécialement formés à cet effet et affectés de manière stable à ce contrôle, n'est pas en mesure d'assumer pleinement sa mission.

Il est donc proposé de transférer ce recouvrement à un nombre restreint d'URSSAF. L'Agence utilisera ses nouveaux pouvoirs introduits par l'article 72 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 pour engager et coordonner leurs actions de contrôle.

Ce transfert permettra d'homogénéiser les procédures et de garantir leur solidité juridique pour pallier, entre autres, tout contentieux éventuel. Dès lors, les taxes seront effectivement recouvrées comme le prévoit la loi selon les modalités applicables aux cotisations sociales.

Article 33

I. - A l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction applicable à compter du 1^{er} janvier 2005, les mots : « prestations d'hospitalisation mentionnées au 1^o de l'article L. 162-22-6 des établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* du même article et les » sont supprimés.

II. - Après l'article L. 174-2 du même code, il est inséré un article L. 174-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 174-2-1.* - La part prise en charge par l'assurance maladie pour les prestations d'hospitalisation prévues au 1^o de l'article L. 162-22-6 et réalisées dans les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* du même article, les médicaments et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 ainsi que les actes et consultations mentionnés à l'article L. 162-26 est

remboursée aux établissements pour le compte de l'ensemble des régimes par la caisse mentionnée à l'article L. 174-2.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article, notamment les responsabilités respectives de cette caisse et de l'organisme dont dépend le bénéficiaire des soins, en particulier les conditions, notamment de délais, dans lesquelles cet organisme peut assurer la vérification des sommes à rembourser et autoriser leur paiement. »

III. - L'article L. 174-18 du même code est ainsi modifié :

A. - Au premier alinéa, les mots : « à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 » et les mots : « sont versés » sont remplacés par les mots : « sont remboursés ».

B. - Le dernier alinéa de l'article L. 174-18 est ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article, notamment les responsabilités respectives de cette caisse et de l'organisme dont dépend le bénéficiaire des soins, en particulier les conditions, notamment de délais, dans lesquelles cet organisme peut assurer la vérification des sommes à rembourser et autoriser leur paiement. »

IV. - Le D du V de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Les dotations annuelles complémentaires mentionnées au 2° du A du V du présent article sont versées par douzième par la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

« Pour les années 2005 et 2006, la répartition des sommes versées, au titre de l'alinéa précédent aux établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du même code, entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie, est effectuée dans les conditions prévues à l'article L. 174-2 susmentionné. De même, par dérogation à l'article L. 162-22-15 du même code, les sommes versées au titre des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 du même code et des dotations annuelles de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés à l'article L. 162-22-13, sont également réparties selon les modalités prévues à l'article L. 174-2.

« Pour les années 2007 à 2012, la répartition, entre les régimes obligatoires d'assurance maladie, des sommes versées au titre de la dotation annuelle complémentaire aux établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 est effectuée

chaque année *au prorata* des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés l'année précédente et supportées par chacun de ces régimes dans le cadre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie de ces établissements.

« Les modalités d'application des trois alinéas précédents sont précisées par décret en Conseil d'Etat. »

Exposé des motifs

La mise en œuvre de la tarification à l'activité dans les établissements de santé aujourd'hui financés par dotation globale va conduire ces établissements à adresser des factures individuelles à l'assurance maladie. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a modifié l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale. Il prévoit que la caisse chargée de verser les dotations annuelles est également chargée de verser les prestations d'hospitalisation individuelles pour le compte de l'ensemble des régimes.

Or, outre que cette disposition ne couvre pas totalement le champ des prestations concernées qu'il convient donc de compléter, le principe posé par cet article ne suffit pas à opérer une clarification des responsabilités respectives des organismes concernés par la procédure de remboursement. La mesure proposée vise à pallier cette difficulté.

Un décret en Conseil d'Etat fixera le détail des responsabilités de la caisse pivot et de la caisse dont relève l'assuré dans le traitement de la facturation. Le paiement des sommes dues étant assuré par la caisse pivot qui contrôlera la régularité administrative de la facturation effectuée, la caisse dont relève le bénéficiaire des soins assurera ensuite son contrôle *a posteriori*. Toutefois, par conventions conclues entre les régimes et sous réserve qu'ils répondent à des conditions techniques définies, notamment en termes de délai de traitement des bordereaux de facturation, les caisses d'affiliation de ces régimes pourront exercer *a priori* le contrôle des factures de leurs assurés et donner à la caisse pivot l'autorisation de payer la facture. En cas de non respect du délai de traitement par la caisse d'affiliation, l'autorisation de payer sera réputée acquise.

Le III de cet article vise à étendre ce dispositif aux cliniques privées et met fin au système actuel de versements d'acomptes par la caisse centralisatrice des paiements.

Le IV vise à préciser comment sont réparties les sommes versées aux établissements de santé au titre de la dotation annuelle complémentaire, des forfaits annuels et des MIGAC pendant la période transitoire 2005 à 2012. Dans la

mesure où pour les années 2004 et 2005, il n'y a pas de facturation individuelle aux caisses d'assurance maladie, la répartition des sommes versées au titre des années 2005 et 2006 ne peut se faire que selon le régime prévu pour la dotation annuelle et non *au prorata* des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés l'année précédente par chacun des régimes pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique comme ce sera le cas, les années suivantes, en application des dispositions de l'article L. 162-22-15.

Article 34

Le chapitre IV *bis* du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 114-6 ainsi rédigé :

« Art. L. 114-6. - Les comptes des régimes et organismes de sécurité sociale doivent être réguliers, sincères et donner une image fidèle de leur patrimoine et de leur situation financière.

« Les comptes annuels et infra-annuels des organismes de base de sécurité sociale sont présentés par l'agent comptable, établis sous sa responsabilité et visés par le directeur, sont transmis à l'organisme national de la branche ou du régime qui les valide et établit le compte combiné de la branche ou du régime.

« Les organismes nationaux de sécurité sociale qui gèrent un régime obligatoire de base transmettent leurs comptes annuels au ministre chargé de la sécurité sociale et à la Cour des comptes.

« Les organismes nationaux de sécurité sociale qui gèrent un régime obligatoire de base comportant un réseau de caisses locales ou régionales transmettent les comptes combinés annuels au ministre chargé de la sécurité sociale et à la Cour des comptes.

« Les comptes des régimes de protection sociale agricole sont également transmis au ministre de l'agriculture.

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

Exposé des motifs

Depuis plus de dix ans, d'importants travaux de réforme et de modernisation de la comptabilité des organismes de sécurité sociale ont été entrepris, améliorant ainsi la qualité de l'information mise à la disposition de la collectivité nationale.

Cet article permet de franchir un nouveau cap en préparant une première étape de mise en œuvre de la certification des comptes par des commissaires aux comptes, dès lors que la fiabilité des comptes tant au niveau local que

national sera assurée.

Il a pour objet de créer une obligation légale pour les caisses nationales, de vérifier et de valider les comptes des organismes locaux de leur réseau et d'établir des comptes combinés de branche ou de régime. La centralisation des comptes des organismes locaux par la caisse nationale n'est actuellement prévue que par un article réglementaire.

Il précise également les responsabilités respectives du directeur et de l'agent comptable ainsi que la destination des comptes de l'organisme national et des comptes combinés : ils sont adressés à la mission comptable permanente des organismes de sécurité sociale et à la Cour des comptes.

Les organismes de sécurité sociale devront prendre en compte, dans leur démarche d'amélioration des comptes, les délais de transmission des comptes à la mission comptable permanente des organismes de sécurité sociale, qui, à compter des comptes de l'exercice 2005, interviendra au plus tard le 28 février de chaque année, pour permettre à la Commission des comptes de la sécurité sociale de présenter les comptes annuels, notamment du régime général de sécurité sociale, à la commission des comptes de printemps.

Les modalités pratiques de mise en œuvre des présentes dispositions seront définies par décret.

Article 35

Les besoins de trésorerie des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres et des organismes ayant pour mission de concourir à leur financement peuvent être couverts par des ressources non permanentes dans les limites suivantes :

(en millions d'euros)

Régime général.....	13 000
Régime des exploitants agricoles.....	6 200
Caisse nationale des retraites des agents des collectivités locales	500
Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines.....	200
Caisse nationale des industries électriques et gazières.....	500

Les autres régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres, lorsqu'ils disposent d'une trésorerie autonome, ne sont pas autorisés à recourir à des ressources non permanentes.

Exposé des motifs

Les autorisations d'emprunt de trésorerie du régime général et du régime des exploitants agricoles sont réajustées aux besoins nouveaux de ces deux régimes. Celles de la Caisse nationale des retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) et de la Caisse des mines sont reconduites au montant arrêté dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

La situation financière du fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat ne nécessite pas cette année une demande d'autorisation d'emprunt de trésorerie.

L'autorisation d'emprunt de trésorerie ouverte à Caisse nationale des industries électriques et gazières, créée par le titre IV de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004, l'est au seul usage de la gestion de l'assurance vieillesse pour sa partie adossée au régime de base géré par la Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

Fait à Paris, le 5 octobre 2004.

Signé : JEAN-PIERRE RAFFARIN

Par le Premier ministre :

*Le ministre de la santé
et de la protection sociale,*

Signé : PHILIPPE DOUSTE-BLAZY

A N N E X E

Rapport sur les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier

Notre modèle de sécurité sociale a des atouts considérables : il rend possible un accès de tous à des soins de qualité, indépendamment de conditions d'âge ou de revenus. Il garantit à nos aînés, par un système de répartition solidaire, des prestations de retraite d'un niveau élevé. Il est le fondement d'une politique familiale ambitieuse qui soutient notre démographie, aide les familles en difficulté et permet de concilier vie familiale et vie professionnelle. Ce modèle, enfin, permet de construire une solidarité réelle vis-à-vis des personnes âgées comme des personnes handicapées qui ont besoin d'aide et de soutien.

Sa préservation et sa consolidation sont les priorités du Gouvernement. Ce dernier s'est engagé depuis deux ans dans un ensemble de réformes pour adapter notre système de santé et de sécurité sociale aux mutations économiques et sociales, notamment le vieillissement de la population.

Les différents régimes de sécurité sociale sont en effet confrontés à des défis communs qui conduisent à des difficultés financières structurelles et à une remise en cause des organisations et des modes de gestion traditionnels.

Pour faire face à ces défis, le Gouvernement privilégie une méthode : des réponses structurelles issues d'un dialogue avec l'ensemble des partenaires.

La réforme des retraites, par la loi du 21 août 2003, a constitué la première réponse à ces défis en garantissant la pérennité de notre système par répartition et en renforçant son équité.

Le plan « vieillissement et solidarité » avec l'affectation de moyens financiers nouveaux très importants destinés aux politiques de prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées a répondu dans un deuxième temps à un besoin fort de notre société.

Enfin, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie réforme en profondeur notre système de soins et d'assurance maladie pour faire face à la crise financière que traverse l'assurance maladie et pour améliorer l'organisation des soins dans notre pays.

Au travers de ces trois réformes majeures, élaborées en étroite concertation avec l'ensemble des acteurs concernés, le

Gouvernement a pris ses responsabilités pour garantir la pérennité de notre modèle de sécurité sociale.

1° La politique de santé et d'assurance maladie

1-1. - Le renforcement de la politique de santé publique et de sécurité sanitaire

Le vote de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique pose les fondements d'une rénovation de la politique de santé publique.

Si la France dispose d'un système de soins curatifs parmi les meilleurs au monde, elle présente, en termes d'indicateurs de santé, deux points faibles : une importante mortalité prématurée, et des inégalités de santé plus fortes que dans d'autres pays entre les catégories de population, les sexes, ou encore les différentes régions.

La loi du 9 août 2004 permet de se doter d'une organisation sanitaire rééquilibrée au bénéfice de la politique de prévention. C'est à l'Etat que revient la responsabilité de piloter les programmes d'action qui permettront de répondre aux grands enjeux de santé publique. Il le fera au regard des objectifs de santé publique qui figurent dans le rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique.

Cette construction d'une véritable politique de santé publique et de prévention passe aussi par une déclinaison locale, afin d'être adaptée aux populations auxquelles elle s'adresse et à leur cadre de vie. C'est l'objectif des groupements régionaux de santé publique (GRSP) qui rassemblent l'ensemble des acteurs régionaux impliqués dans ces politiques. Les premiers GRSP seront opérationnels au cours de l'année 2005.

Le Gouvernement a également fixé cinq grandes priorités : la lutte contre le cancer, la santé environnementale incluant la santé au travail, la violence et les comportements à risques, les maladies rares et, enfin, la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.

La lutte contre le tabagisme comme la politique de sécurité routière constituent d'incontestables succès. Près d'1 800 000 personnes auront arrêté de fumer en 2004, tandis que le nombre de morts sur la route aura baissé cette même année de plus de 10 %.

Le plan national santé environnement, présenté par le Gouvernement en juin 2004, se fixe comme objectif de mener d'ici 2008 les actions nécessaires pour prévenir les pathologies d'origine environnementale, notamment les cancers, mieux informer le public

et protéger les populations sensibles. Il s'attaque à l'ensemble des facteurs de risques, qu'il s'agisse des substances chimiques ou des événements climatiques extrêmes, et à tous les milieux d'exposition, depuis les expositions professionnelles et l'air extérieur jusqu'à l'habitat individuel.

La rénovation de la politique de santé publique suppose aussi un renforcement du dispositif de sécurité sanitaire. L'organisation de la sécurité sanitaire sera améliorée en définissant plus clairement les responsabilités des différents acteurs. Il en est ainsi de l'Institut de veille sanitaire, dont la mission de veille continue sur l'état de santé de la population est renforcée par la loi relative à la politique de santé publique tout comme son implication dans la vigilance sanitaire et la gestion des alertes.

1-2. - La réforme de l'assurance maladie

Face à la triple crise de financement, d'organisation et de légitimité que traversait l'assurance maladie, le Gouvernement a entamé en 2004 la réforme de l'assurance maladie par la loi du 13 août 2004.

Sur la base du rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, cette réforme garantit la pérennité de notre système de santé et d'assurance maladie en créant les conditions d'une nouvelle organisation des soins, en refondant la gouvernance des organismes d'assurance maladie et en assurant la viabilité financière de la branche.

La mise en place du dossier médical personnel et l'identification d'un médecin traitant permettront d'organiser des parcours de soins plus cohérents, gage d'une meilleure qualité des soins. Celle-ci sera également favorisée par l'élaboration par la Haute autorité de santé de référentiels de bonne pratique effectivement utilisables pour les professionnels de santé. La loi relative à l'assurance maladie prévoit également une obligation d'évaluation des pratiques professionnelles pour les médecins.

La gouvernance de l'assurance maladie est adaptée pour redonner aux conseils un véritable pouvoir d'orientation et clarifier les responsabilités de gestion. L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) mettra en œuvre un nouveau partenariat avec les professionnels de santé et les organismes de couverture complémentaire.

La mise en place d'une véritable maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie passe également par ce renouveau du dialogue conventionnel. Elle implique aussi une mobilisation de l'ensemble du réseau de l'assurance maladie afin de lutter contre les

dépenses injustifiées, notamment dans le domaine des arrêts de travail et des prescriptions.

Cette maîtrise médicalisée devra porter ses fruits conjointement avec une politique du médicament qui vise à concilier les exigences d'économies avec la valorisation de l'innovation et de la recherche.

La politique de développement des médicaments génériques sera amplifiée, avec l'accélération de leur mise sur le marché et la mobilisation de l'ensemble des acteurs. Un comité de suivi du médicament générique permettra au Comité économique des produits de santé d'appliquer les tarifs forfaitaires de responsabilité si l'utilisation de ces produits ne se développe pas suffisamment.

La mise en œuvre d'une charte de la visite médicale, l'adaptation des conditionnements au traitement des maladies chroniques ainsi que le suivi de l'utilisation des médicaments onéreux à l'hôpital permettront aussi de modérer les volumes grâce à l'encouragement du bon usage des traitements.

Par ailleurs, l'assurance maladie adaptera la prise en charge des produits de santé en fonction de l'utilité médicale, selon les recommandations de la Haute autorité de santé.

Enfin, dans le cadre de la politique triennale conventionnelle, le comité économique des produits de santé continuera d'avoir une gestion active des prix en fonction du cycle de vie des produits et de l'état de la concurrence.

La réforme de l'assurance maladie, à travers les économies ainsi effectuées et l'augmentation des recettes déterminée dans la loi du 13 août 2004, permettra un retour vers l'équilibre financier en 2007. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 traduit dans ses équilibres financiers la première étape de ce redressement.

1-3. - Une nouvelle politique en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées

La nouvelle politique en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées s'inscrit dans la perspective donnée par le Premier ministre le 6 novembre 2003 de conduire une réforme de solidarité pour les personnes dépendantes, qui a eu une première traduction avec la création, par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, de la Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie (CNSA).

La refondation de la politique du handicap est en cours avec le projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la

participation et la citoyenneté des personnes handicapées actuellement débattu devant le Parlement.

Parmi les trois chantiers prioritaires du Président de la République pour le quinquennat figure l'intégration pleine et entière des personnes handicapées dans notre société, de l'école à l'entreprise, à domicile comme en institution spécialisée. La politique en faveur des personnes handicapées, largement interministérielle, a pour objectif de leur permettre d'exercer un choix de vie en leur facilitant l'accès au droit commun tout en leur offrant des dispositifs adaptés.

Ces orientations opèrent une refonte profonde de la politique du handicap autour de trois axes :

- la garantie donnée aux personnes handicapées du libre choix de leur projet de vie en proposant à chaque personne, dans une approche globale et individualisée, les solutions les plus appropriées. Le droit à compensation se concrétise notamment par la création d'une prestation de compensation qui prend en charge tout ou partie des surcoûts liés aux aides humaines, aux aides techniques ou à l'aménagement du logement ;

- la reconnaissance du droit de chacun à vivre dans la dignité et à exercer pleinement sa citoyenneté exige de favoriser dans chaque domaine une intégration de droit commun. Il convient d'assurer la participation effective des personnes handicapées à la vie sociale, qu'il s'agisse de l'école, de l'insertion professionnelle ou de l'accessibilité ;

- et pour permettre une vie autonome, il faut assurer à chaque personne handicapée des moyens d'existence suffisants. Les prestations de soutien au revenu seront réformées en abolissant les barrières d'âge et en encourageant l'intégration sociale par un meilleur cumul avec un revenu d'activité.

Pour accompagner financièrement cette évolution, la CNSA a vocation, au titre de 2005, selon les termes de la loi, à financer des actions en faveur des personnes handicapées. Il s'agit principalement du financement de la prestation de compensation et d'une contribution au financement des créations de places d'établissements et services annoncées en janvier 2004.

Dans ce contexte, les crédits d'assurance maladie consacrés aux personnes handicapées consolideront l'offre de compensation collective en matière d'établissements et de services médico-sociaux, en assurant la poursuite du plan de création de places.

S'agissant du volet consacré aux personnes âgées du plan pluriannuel «vieillesse et solidarités », les principales actions sont les suivantes :

- la poursuite de la modernisation des établissements d'hébergement destinés aux personnes âgées dépendantes ;
- la création de nouvelles places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), qui permettent de répondre de façon plus satisfaisante à l'aspiration croissante des personnes âgées dépendantes de continuer à vivre à domicile ;
- l'ouverture de services d'accueil de jour, d'hébergement temporaire ou de tout autre mode d'accueil alternatif proposé aux personnes âgées, notamment les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Ces places visent à élargir la diversité des réponses offertes tant aux personnes âgées qu'à leurs familles : le plan Alzheimer annoncé en septembre 2004 permettra de mieux faire face à l'augmentation des besoins du fait de la prévalence des maladies dégénératives.

2° La branche accidents du travail

2-1. - Les négociations sur l'avenir de la branche

Conformément aux dispositions de l'article 54 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, les organisations professionnelles d'employeurs et les organisations syndicales de salariés représentatives au plan national sont invitées à soumettre au Gouvernement et au Parlement, dans le délai d'un an, des propositions sur l'avenir de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, notamment sur sa gouvernance et l'évolution des conditions de prévention et de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Une convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la branche accidents du travail et maladies professionnelles engagera notamment la branche dans un programme d'amélioration de la qualité du service rendu et élargira sensiblement sa gamme de services offerts aux différents publics.

2-2. - La modernisation de la tarification

Le niveau de complexité technique qu'a atteint le dispositif de tarification de l'assurance des accidents du travail au fil de réformes successives en fait un système extrêmement lourd qu'il convient de rénover. Des propositions seront transmises par le Gouvernement aux partenaires sociaux et seront discutées dans le cadre de la négociation sur l'avenir de la branche.

2-3. - L'indemnisation des victimes de l'amiante

Après la définition en 2003 de son barème d'indemnisation, le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) assume aujourd'hui pleinement ses missions. Le nombre de dossiers déposés au FIVA ne cesse d'augmenter et devrait atteindre 10 000 dossiers sur l'année 2005.

Par ailleurs, suite à la reconnaissance par le Conseil d'Etat de la carence fautive de l'Etat, le Gouvernement engagera dès l'automne, avec l'ensemble des acteurs concernés, partenaires sociaux et associations de victimes, une concertation afin d'envisager les évolutions nécessaires de l'ensemble des procédures judiciaires et extrajudiciaires permettant de garantir un haut niveau d'indemnisation et une meilleure sécurité juridique.

Le recours au dispositif de cessation anticipée pour les travailleurs exposés à l'amiante connaît également une croissance très soutenue. L'instauration d'une contribution à la charge des entreprises qui ont exposé à l'amiante une partie de leurs salariés permettra de partager le financement de ce dispositif et, dans certains cas, de lutter contre les usages détournés du dispositif.

3° La branche famille

3-1. - La poursuite du développement de l'accueil des jeunes enfants

La mise en place de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) au 1^{er} janvier 2004 a permis non seulement de simplifier l'aide apportée aux parents de jeunes enfants mais aussi de l'améliorer significativement, tant en ce qui concerne le dispositif de base qu'en matière d'aide à la conciliation de la vie familiale et professionnelle.

L'objectif en 2005 en matière de petite enfance est d'assurer la montée en charge de la PAJE, dont l'allocation de base et la prime de naissance que doivent toucher, en régime de croisière, 200 000 familles de plus qu'en 2003, et de poursuivre le développement de l'offre de garde.

A cet égard, le Gouvernement mettra en œuvre la rénovation du statut des assistants maternels et familiaux prévue au 1^{er} janvier 2005 ; il assurera la montée en puissance du plan de création des 20 000 places de crèches et suscitera l'implication croissante des entreprises dans des financements mixtes de crèches et dans l'aide à la conciliation de la vie familiale et professionnelle de leurs salariés grâce au « crédit d'impôt famille ».

3-2. - L'accompagnement de l'adolescence

Le Gouvernement mettra en œuvre en 2005 les douze mesures annoncées lors de la conférence de la famille du 29 juin 2004 dans les domaines de l'engagement personnel, de la santé et des loisirs.

Afin de mieux prendre en compte les besoins de santé spécifiques aux adolescents, un entretien de santé personnalisé en classe de cinquième sera instauré afin de repérer au plus tôt les troubles sanitaires et sociaux susceptibles d'altérer le développement. Par ailleurs, de nouvelles maisons de l'adolescent seront créées pour faciliter la mise en réseau des acteurs autour des adolescents et de leur famille en matière sanitaire et pour créer des lieux d'écoute et d'information dédiés aux adolescents.

Des exonérations fiscales faciliteront l'accès à un travail rémunéré au cours des vacances.

Enfin, pour développer l'autonomie de l'adolescent, la convention d'objectif et de gestion (COG) 2004-2007 inclura les orientations nécessaires à la mise en place d'une action sociale facilitant l'accès des adolescents aux sports, aux loisirs et à la culture.

3-3. - L'amélioration du soutien aux familles fragiles et la prise en compte des enjeux démographiques

La conférence de la famille 2005 sera consacrée au soutien aux familles fragiles et aux enjeux démographiques.

Ce sera l'occasion d'analyser le système actuel des prestations (prestations familiales et logement) mais aussi de redéfinir les objectifs de l'action sociale de la branche famille au regard des problématiques liées tant à la composition des familles qu'à leurs contraintes familiales, économiques et sociales.

Les travaux de la conférence de la famille 2005 seront menés en étroite concertation avec l'ensemble des partenaires et des experts, dans le cadre de groupes de travail qui seront lancés au début du mois de novembre.

3-4. - La réforme du dispositif de l'adoption

La réforme du dispositif de l'adoption sera mise en œuvre. Elle consiste à :

- mieux préparer et aider les candidats à l'adoption ;
- refondre le dispositif de l'adoption internationale avec, en particulier, la création d'une agence française de l'adoption ;

- améliorer la prise en charge, le suivi et la santé des enfants adoptés ;
- favoriser les actions de coopération en matière de protection de l'enfance.

4° La branche vieillesse

L'année 2004 a vu la mise en œuvre des orientations fixées par la loi portant réforme des retraites du 21 août 2003, avec la publication de plus de 60 mesures réglementaires d'application sur les 83 prévues par la loi, qui permettront :

- d'assurer un haut niveau de retraite par l'allongement de la durée d'activité et de la durée d'assurance, avec notamment la première étape de convergence des durées de cotisation dans le secteur public et le secteur privé et l'institution au 1^{er} janvier 2004 de la « surcote » et du cumul emploi retraite ;

- de préserver l'équité et l'esprit de justice sociale, avec la retraite anticipée pour les longues carrières et les travailleurs handicapés, la majoration du minimum de pension, la réforme de la réversion et la création du régime additionnel de retraite pour les fonctionnaires ;

- de permettre à chacun de construire librement sa retraite, grâce à l'assouplissement de la décote en cas de carrière incomplète, la relance de la retraite progressive, les rachats de cotisations pour les années d'études ou incomplètes et le lancement du plan d'épargne retraite populaire.

Au cours de l'année 2005, la montée en charge de plusieurs dispositifs -retraite anticipée, allongement de la durée d'assurance- fera l'objet d'une attention particulière. Une première évaluation des effets des dispositifs en faveur de la poursuite de l'activité des salariés âgés pourra être effectuée. Enfin, le groupement d'intérêt public chargé de l'information des assurés sur leurs droits à pension ayant été installé en juillet dernier, les outils permettant l'évaluation du montant prévisible des droits seront mis à la disposition du public.