



TEXTE ADOPTE n° 496
« Petite loi »

ASSEMBLEE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIEME LEGISLATURE

SESSION ORDINAIRE DE 2005-2006

2 novembre 2005

PROJET DE LOI

ADOPTE PAR L'ASSEMBLEE NATIONALE
EN PREMIERE LECTURE,

de financement de la sécurité sociale pour 2006.

L'Assemblée nationale a adopté le projet de loi dont la teneur suit :

Voir les numéros : 2575, 2609 et 2610.

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES A L'EXERCICE 2004

Article 1^{er}

Au titre de l'exercice 2004, sont approuvés :

1° Le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	133,4	145,0	- 11,7
Vieillesse	147,9	147,3	0,6
Famille	48,7	49,0	- 0,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,1	10,2	- 0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	335,3	346,8	- 11,5

 ;

2° Le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de la sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	113,4	125,0	- 11,6
Vieillesse	75,2	74,9	0,3
Famille	48,2	48,6	- 0,4
Accidents du travail et maladies professionnelles	8,8	9,0	- 0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	240,9	252,8	- 11,9

 ;

3° Le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	13,4	14,0	- 0,6
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	0,1	0,1	0,0

 ;

4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 130,2 milliards d'euros ;

5° Les recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, s'élevant à 2,2 milliards d'euros ;

6° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 3,3 milliards d'euros.

Article 2

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits constatés à l'occasion de l'approbation, à l'article 1^{er}, des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2004.

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES A L'ANNEE 2005

Section 1

Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale

Article 3

Au titre de l'année 2005, sont rectifiés, conformément aux tableaux qui suivent :

1° Les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	140,3	149,7	- 9,4
Vieillesse	153,1	155,2	- 2,1
Famille	50,2	51,2	- 1,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,3	10,7	- 0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	349,2	362,1	- 12,9

2° Les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de la sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	120,6	128,8	- 8,3
Vieillesse	78,2	80,1	- 2,0
Famille	49,7	50,8	- 1,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	9,0	9,5	- 0,5
Toutes branches (hors transferts entre branches)	252,6	264,5	- 11,9

3° Les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Prévisions de charges	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	12,5	14,6	- 2,0
Fonds de financement des prestations sociales des non- salariaés agricoles	13,7	15,4	- 1,7
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	0,5	0,5	0,0

Article 4

..... Supprimé

Article 5

I. – Au titre de l'année 2005, l'objectif d'amortissement rectifié de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 2,4 milliards d'euros.

II. – Au titre de l'année 2005, les prévisions rectifiées des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à 1,5 milliard d'euros.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 6

La contribution de l'assurance maladie au fonds de concours mentionné à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) est fixée pour 2005 à 176 millions d'euros.

Cette contribution est répartie entre les différents régimes d'assurance maladie selon les règles mises en œuvre au titre de l'année 2004 pour l'application de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

Article 6 bis (nouveau)

Dans le 2° 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, le taux : « 15 % » est remplacé par les mots : « 20 % au plus ».

Article 7

I. – Au titre de l'année 2005, les prévisions rectifiées des objectifs de dépenses, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale sont fixées à :

(En milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses
Maladie	149,7
Vieillesse	155,2
Famille	51,2
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	362,1

II. – Au titre de l'année 2005, les prévisions rectifiées des objectifs de dépenses, par branche, du régime général de sécurité sociale sont fixées à :

(En milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses
Maladie	128,8
Vieillesse	80,1
Famille	50,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	9,5
Toutes branches (hors transferts entre branches)	264,5

Article 8

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

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2006

Article 9

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2006-2009), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes, ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Section 1

Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement

Article 10

I. – Le II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans le 1°, après les mots : « Les intérêts et primes d'épargne des comptes d'épargne-logement visés à l'article L. 315-1 du code de la construction et de l'habitation, » sont insérés les mots : « à l'exception des plans d'épargne-logement, » ;

2° Le 2° est ainsi rédigé :

« 2° Les intérêts des plans d'épargne-logement, exonérés d'impôt sur le revenu en application du 9° *bis* de l'article 157 du code général des impôts :

« *a*) Au 1^{er} janvier 2006, pour les plans de plus de dix ans à cette date et pour ceux ouverts avant le 1^{er} avril 1992 dont le terme est échu avant le 1^{er} janvier 2006 ;

« b) A la date du dixième anniversaire du plan ou, pour les plans ouverts avant le 1^{er} avril 1992, à leur date d'échéance ;

« c) Lors du dénouement du plan, s'il intervient antérieurement au dixième anniversaire ou antérieurement à leur date d'échéance pour les plans ouverts avant le 1^{er} avril 1992 ;

« d) Lors de leur inscription en compte, pour les intérêts courus à compter du 1^{er} janvier 2006 sur des plans de plus de dix ans ou sur des plans ouverts avant le 1^{er} avril 1992 dont le terme est échu ; »

3° Après le 2°, il est inséré un 2° *bis* ainsi rédigé :

« 2° *bis* Les primes d'épargne des plans d'épargne-logement lors de leur versement ; ».

II. – Le I de l'article 1600-0 J du code général des impôts est ainsi modifié :

1° Dans le 1, après les mots : « Les intérêts et primes d'épargne des comptes d'épargne-logement visés à l'article L. 315-1 du code de la construction et de l'habitation » sont insérés les mots : « , à l'exception des plans d'épargne-logement, » ;

2° Le 2 est ainsi rédigé :

« 2. Les intérêts des plans d'épargne-logement, exonérés d'impôt sur le revenu en application du 9° *bis* de l'article 157 :

« a) Au 1^{er} janvier 2006, pour les plans de plus de dix ans à cette date et pour ceux ouverts avant le 1^{er} avril 1992 dont le terme est échu avant le 1^{er} janvier 2006 ;

« b) A la date du dixième anniversaire du plan ou, pour les plans ouverts avant le 1^{er} avril 1992, à leur date d'échéance ;

« c) Lors du dénouement du plan, s'il intervient antérieurement au dixième anniversaire ou antérieurement à leur date d'échéance pour les plans ouverts avant le 1^{er} avril 1992 ;

« d) Lors de leur inscription en compte, pour les intérêts courus à compter du 1^{er} janvier 2006 sur des plans de plus de dix ans ou sur des plans ouverts avant le 1^{er} avril 1992 dont le terme est échu ; »

3° Après le 2, il est inséré un 2 *bis* ainsi rédigé :

« 2 *bis*. Les primes d'épargne des plans d'épargne-logement lors de leur versement ; ».

III. – Les dispositions du présent article sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2006.

Article 11

Dans l'article 13 de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail, après le mot : « acquis » sont insérés les mots : « jusqu'au 31 décembre 2005 ».

Article 12

I. – Le 1 de l'article 80 *duodecies* du code général des impôts est ainsi rédigé :

« 1. Toute indemnité versée à l'occasion de la rupture du contrat de travail constitue une rémunération imposable, sous réserve de l'exonération prévue au 22° de l'article 81 et des dispositions suivantes.

« Ne constituent pas une rémunération imposable :

« 1° Les indemnités mentionnées à l'article L. 122-14-4 du code du travail ;

« 2° La fraction des indemnités de licenciement ou de départ volontaire versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi au sens des articles L. 321-4 et L. 321-4-1 du même code, qui n'excède pas :

« a) Soit deux fois et demie le montant de la rémunération annuelle brute perçue par le salarié au cours de l'année civile précédant la rupture de son contrat de travail, ou 60 % du montant de l'indemnité si ce seuil est supérieur, dans la limite de huit fois le plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale en vigueur à la date du versement des indemnités ;

« b) Soit le montant de l'indemnité de licenciement prévue par la convention collective de branche, par l'accord professionnel ou interprofessionnel ou, à défaut, par la loi, si ce montant est supérieur à huit fois le plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale en vigueur à la date du versement des indemnités ;

« 3° La fraction des indemnités de licenciement versées en dehors du cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi au sens des articles L. 321-4 et L. 321-4-1 du même code, qui n'excède pas :

« a) Soit deux fois le montant de la rémunération annuelle brute perçue par le salarié au cours de l'année civile précédant la rupture de son contrat de travail, ou 50 % du montant de l'indemnité si ce seuil est supérieur, dans la limite de six fois le plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale en vigueur à la date du versement des indemnités ;

« b) Soit le montant de l'indemnité de licenciement prévue par la convention collective de branche, par l'accord professionnel ou interprofessionnel ou, à défaut, par la loi, si ce montant est supérieur à six fois le plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale en vigueur à la date du versement des indemnités ;

« 4° La fraction des indemnités de mise à la retraite qui n'excède pas :

« a) Soit deux fois le montant de la rémunération annuelle brute perçue par le salarié au cours de l'année civile précédant la rupture de son contrat de travail, ou 50 % du montant de l'indemnité si ce seuil est supérieur, dans la limite de cinq fois le plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale en vigueur à la date du versement des indemnités ;

« b) Soit le montant de l'indemnité de licenciement prévue par la convention collective de branche, par l'accord professionnel ou interprofessionnel ou, à défaut, par la loi, si ce montant est supérieur à cinq fois le plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale en vigueur à la date du versement des indemnités ; »

II. – Dans le 2 du même article, les mots : « au deuxième alinéa du 1 » sont remplacés par les mots : « aux 3° et 4° du 1 ».

III. – Le début de l'antépénultième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Sont aussi prises en compte les indemnités de départ volontaire versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi au sens des articles L. 321-4 et L. 321-4-1 du code du travail, les indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail... *(le reste sans changement)*. »

IV. – Les dispositions du présent article sont applicables aux indemnités perçues à compter du 1^{er} janvier 2006.

Toutefois, les indemnités versées en application d'un plan de sauvegarde de l'emploi restent soumises aux dispositions en vigueur avant la promulgation de la présente loi, si l'information des représentants du personnel prévue par l'article L. 321-4 du code du travail leur a été transmise avant le 12 octobre 2005.

Article 13

I. – Le chapitre I^{er} du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 241-15 ainsi rédigé :

« *Art. L. 241-15.* – Pour la mise en œuvre des mesures d'exonération ou de réduction de cotisations de sécurité sociale prévues par le présent code ou par toute autre disposition législative ou réglementaire, l'assiette de calcul s'entend des heures rémunérées quelle qu'en soit la nature. »

II. – L'article L. 242-1 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La compensation salariale d'une perte de rémunération induite par une mesure de réduction du temps de travail est également considérée comme une rémunération, qu'elle prenne la forme, notamment, d'un complément différentiel de salaire ou d'une hausse du taux de salaire horaire. » ;

2° Le cinquième alinéa est ainsi rédigé :

« Sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa les contributions mises à la charge des employeurs en application d'une disposition législative ou réglementaire ou d'un accord national interprofessionnel mentionné à l'article L. 921-4, destinées au financement des régimes de retraite complémentaire mentionnés au chapitre I^{er} du titre II du livre IX ou versées en couverture d'engagements de retraite complémentaire souscrits antérieurement à l'adhésion des employeurs aux institutions mettant en œuvre les régimes institués en application de l'article L. 921-4 et dues au titre de la part patronale en application des textes régissant ces couvertures d'engagements de retraite complémentaire. »

III. – Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée et des instances en cours à la date de publication de la présente loi, les dispositions du I sont applicables aux cotisations dues au titre des gains et rémunérations versés à compter du 1^{er} janvier 2006.

Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée et des instances en cours à la date de publication de la présente loi, les dispositions du 1^o du II s'appliquent aux compensations salariales versées à compter du 1^{er} janvier 2006 dans le cadre d'accords collectifs réduisant la durée du travail conclus à compter du 1^{er} octobre 1996.

Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée et des instances en cours à la date de publication de la présente loi, les dispositions du 2^o du II s'appliquent aux cotisations dues au titre des contributions versées à compter du 1^{er} janvier 2006.

Article 13 bis (nouveau)

I. – L'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1^o Dans la dernière phrase du septième alinéa, les montants : « 760 € » et « 76 € » sont remplacés respectivement par les montants : « 910 € » et « 91 € » ;

2^o Le même alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« A compter du 1^{er} janvier 2007, les montants mentionnés au présent alinéa sont révisés chaque année, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, en fonction du taux de progression de l'indice des prix à la consommation hors tabac prévue dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour l'année considérée. » ;

3^o L'article est complété par un II ainsi rédigé :

« II. – L'assureur du tiers responsable est tenu d'informer, s'il peut être identifié, l'organisme d'assurance maladie complémentaire de la personne victime de la survenue des lésions causées par un tiers dans des conditions fixées par décret. La méconnaissance de cette obligation d'information

donne lieu à paiement d'une indemnité forfaitaire déterminée par le même décret. »

II. – L'article L. 454-1 du même code est ainsi modifié :

1° Dans la dernière phrase du huitième alinéa, les montants : « 760 € » et « 76 € » sont remplacés respectivement par les montants : « 910 € » et « 91 € » ;

2° Le même alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« A compter du 1^{er} janvier 2007, les montants mentionnés au présent alinéa sont révisés chaque année, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, en fonction du taux de progression de l'indice des prix à la consommation hors tabac prévue dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour l'année considérée. » ;

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

« II. – L'assureur du tiers responsable est tenu d'informer, s'il peut être identifié, l'organisme d'assurance maladie complémentaire de la personne victime de la survenue des lésions causées par un tiers dans des conditions fixées par décret. La méconnaissance de cette obligation d'information donne lieu à paiement d'une indemnité forfaitaire déterminée par le même décret. »

Article 13 *ter* (nouveau)

Les entreprises ou établissements couverts par une convention de branche ou un accord professionnel de branche sur les salaires conclu entre le 1^{er} janvier 2005 et le 15 juin 2006 en application de l'article L. 132-12 du code du travail et applicable en 2006, ou ayant eux-mêmes conclu, en application de l'article L. 132-27 du même code, un accord salarial entre le 1^{er} janvier 2005 et le 15 juin 2006, applicable en 2006, peuvent verser à l'ensemble de leurs salariés un bonus exceptionnel d'un montant maximum de 1 000 € par salarié. Ce bonus ne peut se substituer à des augmentations de rémunération et à des primes conventionnelles prévues par l'accord salarial ou par le contrat de travail. Il ne peut non plus se substituer à aucun des éléments de rémunération au sens de l'article L. 242-1 du code de la

sécurité sociale versés par l'employeur ou qui deviennent obligatoires en vertu de règles légales ou contractuelles.

Dès lors qu'il est exceptionnel et qu'il ne se substituera à aucun élément de rémunération, ce bonus est exonéré de toutes cotisations et contributions d'origine légale ou conventionnelle, à l'exception des contributions définies aux articles L. 136-2 du code de la sécurité sociale et 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, sans qu'il soit fait application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.

Dans les entreprises et établissements non couverts par une convention de branche ou un accord professionnel de branche conclu dans les conditions prévues au premier alinéa et n'entrant pas dans le champ du I de l'article L. 132-26 du code du travail ou dans celui de l'article L. 132-27 du même code, l'accord salarial mentionné au premier alinéa peut être, à titre exceptionnel, conclu selon les modalités fixées par l'article L. 441-1 du même code.

Le montant et les modalités de versement du bonus exceptionnel sont fixés dans l'entreprise par décision de l'employeur prise avant le 30 juin 2006. Le versement des sommes ainsi déterminées doit intervenir le 31 juillet 2006 au plus tard.

La décision de l'employeur mentionnant les sommes versées aux salariés fait l'objet, avant le 31 décembre 2006, d'une notification à l'organisme de recouvrement des cotisations de sécurité sociale dont relève l'entreprise.

Le bénéfice des exonérations définies au premier alinéa est subordonné à cette notification avant le 31 décembre 2006, ainsi qu'au respect des conditions et délais de versement mentionnés ci-dessus.

Article 14

I. – L'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 1° est complété par les mots : « , quelles que soient, le cas échéant, la nature et la répartition de leur capital » ;

2° Le 4° est ainsi rédigé :

« 4° Des personnes morales de droit public, dans la mesure où elles sont assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application des dispositions de l'article 256 B du code général des impôts ; »

3° Après le 4°, il est inséré un 4° *bis* ainsi rédigé :

« 4° *bis* Des groupements d'intérêt public assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée en application de dispositions du chapitre I^{er} du titre II de la première partie du livre I^{er} du code général des impôts autres que celles de l'article 256 B ; ».

II. – 1. Dans le deuxième alinéa de l'article L. 651-3 du même code, les mots : « visés aux 6°, 7° et 8° de l'article L. 651-1 » sont remplacés par les mots : « mentionnés aux 4° *bis*, 6°, 7° et 8° de l'article L. 651-1 ainsi que les groupements d'intérêt public assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 B du code général des impôts ».

2. Dans le troisième alinéa du même article L. 651-3, les mots : « visés aux 1° à 5° et 10° de l'article L. 651-1 » sont remplacés par les mots : « mentionnés aux 1° à 3°, 4°, sauf s'il s'agit de groupements d'intérêt public assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 B du code général des impôts, 5° et 10° de l'article L. 651-1 ».

Article 14 *bis* (nouveau)

Le code général des impôts est ainsi modifié :

1° Dans l'article 575 G, le chiffre : « 2 » est remplacé par le nombre : « 0,2 » ;

2° Dans l'article 575 H, le nombre : « 10 » est remplacé par le chiffre : « 2 ».

Article 15

I. – Dans l'intitulé de la section 2 du chapitre VIII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, le mot : « Contribution » est remplacé par le mot : « Contributions ».

II. – L'article L. 138-10 du même code est ainsi modifié :

1° Au début du premier alinéa, il est inséré la mention : « I. – » ;

2° Dans le quatrième alinéa, les mots : « des articles L. 162-16-1 et suivants » sont remplacés par les mots : « de l'article L. 162-16-4 » ;

3° Dans le dernier alinéa, les mots : « Pour le déclenchement de la contribution » sont remplacés par les mots : « Pour l'assujettissement à la contribution » ;

4° Sont ajoutés un II et un III ainsi rédigés :

« II. – Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au cours de l'année civile, au titre des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique et n'ayant pas passé convention avec le Comité économique des produits de santé, dans les conditions mentionnées au quatrième alinéa ci-après, s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, au titre des médicaments inscrits sur ladite liste, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, précité, par l'ensemble de ces mêmes entreprises, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et de l'année précédente compte tenu, le cas échéant, des lois de financement rectificatives, ces entreprises sont assujetties à une contribution.

« Le montant total de cette contribution est calculé comme suit :

TAUX D'ACCROISSEMENT du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables	TAUX DE LA CONTRIBUTION globale exprimé en pourcentage de la tranche du chiffre d'affaires déclaré par l'ensemble des entreprises redevables
T supérieur à K (*) et/ou égal à K + 0,5 point.....	50 %
T supérieur à K + 0,5 point et inférieur ou égal à K + 1 point.....	60 %
T supérieur à K + 1 point et plus.....	70 %

(*) K = Taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie arrondi à la décimale la plus proche.

« Ne sont pas redevables de cette contribution les entreprises qui ont conclu une convention avec le Comité économique des produits de santé, en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, à condition que cette convention comporte des engagements de l'entreprise portant sur l'ensemble du chiffre d'affaires réalisé au titre des spécialités inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique ou sur le chiffre d'affaires de chacun des produits concernés, dont le non-respect entraîne le versement d'une remise et que cette convention soit en outre conforme aux modalités définies par un accord conclu en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4, sous réserve qu'un tel accord ait été conclu. La liste de ces entreprises est arrêtée par le Comité économique des produits de santé avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

« Pour l'assujettissement à la contribution, ne sont pris en compte ni le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique par les entreprises qui ne sont pas redevables de cette contribution ni le chiffre d'affaires de ces mêmes entreprises réalisé l'année précédente.

« III. – Les dispositions des articles L. 138-11 à L. 138-19 sont applicables séparément à chacune des contributions prévues aux I et II ci-dessus. »

III. – Dans le V de l'article 74 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, les mots : « du premier alinéa » sont supprimés et les mots : « dans le tableau figurant au deuxième alinéa du même article » sont remplacés

par les mots : « dans chacun des deux tableaux figurant au même article ».

IV. – Dans l'article L. 245-5-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « au titre I^{er} » sont remplacés par les mots : « aux titres I^{er} et III ».

V. – Dans le cinquième alinéa de l'article L. 245-5-2 du même code, le montant : « 100 000 € » est remplacé par le montant : « 50 000 € ».

V bis (nouveau). – La première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 245-6 du même code est complétée par les mots : « et à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, dans la limite de l'indication ou des indications au titre de laquelle ou desquelles la désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne et sous réserve que l'autorisation de mise sur le marché dont bénéficie le médicament soit postérieure au 1^{er} janvier 2006 ».

VI. – A titre exceptionnel, pour la détermination de la contribution mentionnée à l'article L. 245-6 du même code due au titre du chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année 2006, le taux de la contribution est fixé à 1,5 %.

VII. – Les dispositions des II et III s'appliquent pour la première fois au calcul de la contribution due au titre de l'année 2005, à l'exception des dispositions du quatrième alinéa du II de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue du présent article, qui ne s'appliquent qu'aux contributions dues au titre des années 2006 et suivantes.

Les dispositions des IV et V s'appliquent pour la première fois à la détermination des contributions dues au plus tard le 1^{er} décembre 2006.

Article 16

Est approuvé le montant de 21,6 milliards d'euros, correspondant à la compensation des exonérations, des réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

Section 2

Dispositions relatives à la lutte contre le travail dissimulé

Article 17

I. – Le chapitre III du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 133-4-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-4-2.* – Le bénéfice de toute mesure de réduction et d'exonération, totale ou partielle, de cotisations de sécurité sociale ou de contributions acquittées auprès des organismes de sécurité sociale, appliquée par un employeur ou un travailleur indépendant sans qu'il soit tenu d'en faire une demande préalable, est subordonné au respect par l'employeur ou le travailleur indépendant des dispositions de l'article L. 324-9 du code du travail.

« Lorsque l'infraction définie au quatrième alinéa de l'article L. 324-10 du même code est constatée par procès-verbal dans les conditions déterminées à l'article L. 324-12 du même code, l'organisme de recouvrement procède, dans la limite de la prescription applicable en matière de travail dissimulé, à l'annulation des réductions ou exonérations des cotisations ou contributions mentionnées à l'alinéa précédent.

« Cette annulation, plafonnée à un montant fixé par décret, est égale au montant des réductions ou exonérations pratiquées dans l'établissement sur la période où a été constatée l'infraction, affecté d'un coefficient égal au rapport existant entre le montant des rémunérations dissimulées et le montant total des rémunérations soumises à cotisations ou contributions sur la même période. »

II. – Après l'article L. 242-1 du même code, il est inséré un article L. 242-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 242-1-1.* – Les rémunérations, versées ou dues à des salariés, qui sont réintégrées dans l'assiette des cotisations à la suite du constat de l'infraction définie aux quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 324-10 du code du travail ne peuvent faire l'objet d'aucune mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale ou de minoration de l'assiette de ces cotisations. »

III. – La dernière phrase de l'article L. 243-11 du même code est supprimée.

IV. – Après l'article L. 243-12 du même code, sont insérés trois articles L. 243-12-1, L. 243-12-2 et L. 243-12-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 243-12-1.* – Le fait de faire obstacle à l'accomplissement des fonctions des agents mentionnés à l'article L. 243-11, quel que soit leur cadre d'action, est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 € d'amende.

« *Art. L. 243-12-2.* – Les personnes morales peuvent être déclarées responsables pénalement, dans les conditions prévues par l'article 121-2 du code pénal, de l'infraction définie à l'article L. 243-12-1 du présent code. La peine encourue par les personnes morales est l'amende, suivant les modalités prévues par l'article 131-38 du code pénal.

« *Art. L. 243-12-3.* – Les dispositions du code pénal qui prévoient et répriment les actes de résistance, les outrages et les violences contre les officiers de police judiciaire sont, en outre, applicables à ceux qui se rendent coupables de faits de même nature à l'égard des agents de contrôle visés à l'article L. 243-11. »

V. – L'article L. 123-11 du code de commerce est complété par sept alinéas ainsi rédigés :

« L'activité de domiciliataire ne peut être exercée dans un local à usage d'habitation principale ou à usage mixte professionnel.

« Sont qualifiés pour procéder, dans le cadre de leurs compétences respectives, à la recherche et à la constatation des infractions aux dispositions des articles de la présente sous-section et des règlements pris pour leur application :

« 1° Les agents mentionnés à l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale ;

« 2° Les inspecteurs du travail et les contrôleurs du travail et fonctionnaires de contrôle assimilés au sens de l'article L. 611-10 du code du travail ;

« 3° Les agents des caisses de la mutualité sociale agricole mentionnés à l'article L. 724-7 du code rural.

« A cet effet, ils agissent, chacun pour ce qui le concerne, conformément aux règles de recherche et de constatation des infractions déterminées par les dispositions du code de la sécurité sociale, du code du travail et du code rural qui leur sont applicables.

« Les infractions sont constatées par des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire et transmis directement au parquet. »

VI. – L'article L. 341-6-4 du code du travail est ainsi modifié :

1° Après les mots : « d'un acte de commerce, » sont insérés les mots : « et tous les six mois jusqu'à la fin de l'exécution dudit contrat, » ;

2° Le deuxième alinéa est supprimé.

Section 3

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 18

Pour l'année 2006, les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, sont fixées :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et par branche à :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Maladie	146,4
Vieillesse	159,1
Famille	52,2
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,0
Toutes branches (hors transferts entre branches)	363,6

2° Pour le régime général de la sécurité sociale et par branche à :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Maladie	125,8
Vieillesse	81,6
Famille	51,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	9,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	263,7

3° Pour les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Fonds de solidarité vieillesse	13,1
Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles	13,9

Article 19

..... Supprimé

Article 20

Pour l'année 2006, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	146,4	153,4	- 7,0
Vieillesse	159,1	161,0	- 1,8
Famille	52,2	53,3	- 1,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,0	11,1	- 0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	363,6	373,7	- 10,1

Article 21

Pour l'année 2006, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de la sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	125,8	131,9	- 6,1
Vieillesse	81,6	83,1	- 1,4
Famille	51,6	52,8	- 1,2
Accidents du travail et maladies professionnelles	9,7	9,9	- 0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	263,7	272,7	- 8,9

Article 22

Pour l'année 2006, est approuvé le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Prévisions de charges	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	13,1	14,6	- 1,5
Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles	13,9	15,6	- 1,7

Article 23

I. – Pour l'année 2006, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 2,4 milliards d'euros.

II. – Pour l'année 2006, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Prélèvement social de 2 %	1,4
Affectation de l'excédent de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés	0,0
Affectation de l'excédent du Fonds de solidarité vieillesse	0,0
Revenus exceptionnels (dont privatisations)	0,0
Revenus de capitaux	0,0
Total	1,4

Section 4

Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité

Article 24

I. – Le chapitre IV *bis* du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 114-8 ainsi rédigé :

« *Art. L. 114-8.* – Les comptes des organismes nationaux de sécurité sociale, autres que ceux mentionnés à l'article L.O. 132-2-1 du code des juridictions financières, ainsi que ceux des organismes créés pour concourir au financement de l'ensemble des régimes, sont certifiés par un commissaire aux comptes. Lorsque ces organismes établissent des comptes combinés, la certification est effectuée par deux commissaires aux comptes au moins.

« Une norme d'exercice professionnel homologuée par voie réglementaire précise les diligences devant être accomplies par les commissaires aux comptes. Les dispositions de l'article L. 140-2 du code des juridictions financières sont applicables à ces derniers. »

II. – L'article L. 723-46 du code rural est abrogé.

III. – Un décret fixe le calendrier d'entrée en vigueur des dispositions du présent article, qui s'appliquent au plus tard aux comptes de l'exercice 2008.

Article 24 bis (nouveau)

Le chapitre II du titre II du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par quatre articles L. 122-2, L. 122-3, L. 122-4 et L. 122-5 ainsi rédigés :

« *Art. L. 122-2.* – L'agent comptable d'un organisme de sécurité sociale est chargé de la tenue de sa comptabilité et veille à retracer dans ses comptes l'ensemble des droits et obligations de l'organisme. Les opérations et les contrôles dont il assume la responsabilité sont précisés par décret.

« L'agent comptable est personnellement et pécuniairement responsable des opérations effectuées, à l'exception de celles faites sur réquisition régulière du directeur de l'organisme. La réquisition a pour effet de transférer la responsabilité au directeur.

« La responsabilité personnelle et pécuniaire de l'agent comptable se trouve engagée dès lors qu'un déficit ou un manquant en deniers ou en valeurs a été constaté, qu'un encaissement n'a pas été effectué, qu'une dépense a été indûment payée, ou que, du fait de l'agent comptable, l'organisme a dû procéder à l'indemnisation d'un autre organisme ou d'un tiers.

« Si le préjudice financier est reconnu imputable à un cas de force majeure par l'autorité compétente, la responsabilité pécuniaire de l'agent comptable ne peut être engagée.

« Avant d'être installé, l'agent comptable doit fournir en garantie un cautionnement.

« *Art. L. 122-3.* – La responsabilité personnelle et pécuniaire de l'agent comptable s'étend à toutes les opérations effectuées depuis la date de son installation jusqu'à la date de cessation des fonctions. Cette responsabilité s'étend aux opérations des régisseurs dans la limite des contrôles que l'agent comptable est tenu d'exercer. Elle ne peut être mise en jeu à raison de la gestion de ses prédécesseurs que pour les opérations prises en charge sans réserve lors de la remise de service ou qui n'auraient pas été contestées par l'agent comptable entrant, dans un délai fixé par décret.

« Le premier acte de la mise en jeu de la responsabilité ne peut plus intervenir au-delà du 31 décembre de la sixième année suivant l'exercice comptable en cause.

« Les régisseurs, chargés pour le compte de l'agent comptable d'opérations d'encaissement et de paiement, les fondés de pouvoirs de l'agent comptable et les responsables des centres agréés par le ministre chargé du budget et le ministre chargé de la sécurité sociale pour effectuer des opérations d'encaissement de certains moyens de paiement sont soumis aux règles, obligations et responsabilité des agents comptables. Ils peuvent être déclarés responsables des opérations effectuées dans la limite du montant du cautionnement qu'ils sont astreints de fournir.

« Art. L. 122-4. – Les conditions de mise en œuvre de la responsabilité prévue aux articles L. 122-2 et L. 122-3, notamment la procédure applicable, les modalités de mise en débet et, le cas échéant, de remise gracieuse ainsi que celles relatives à la délivrance du quitus, sont fixées par décret.

« Art. L. 122-5. – Les dispositions des articles L. 122-2 à L. 122-4 sont applicables à tous les organismes de sécurité sociale à l'exception des organismes ayant le statut d'établissement public.

Article 25

Sont habilités à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les régimes obligatoires de base et les organismes concourant à leur financement mentionnés ci-dessous, dans les limites indiquées :

(En millions d'euros)

	Limites
Régime général	18 500
Régime des exploitants agricoles (Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles)	7 100
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	550
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat	150
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	300
Caisse nationale des industries électriques et gazières	475

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES POUR 2006

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 26

I. – Après l'article L. 161-13 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 161-13-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 161-13-1.* – Les personnes ayant relevé des dispositions de l'article L. 381-30 retrouvent, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, à l'issue de leur incarcération, pour la détermination des conditions d'attribution des prestations en espèces, le bénéfice des droits ouverts dans le régime dont elles relevaient avant la date de leur incarcération, augmenté, le cas échéant, des droits ouverts pendant la période de détention provisoire. Ce décret fixe notamment la durée maximale d'incarcération ouvrant droit au bénéfice de ces dispositions et la durée de maintien des droits aux prestations en espèces pour les personnes n'ayant pas repris d'activité professionnelle à la fin de leur incarcération. »

II. – Le premier alinéa de l'article L. 311-5 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elle continue à en bénéficier, en cas de reprise d'une activité insuffisante pour justifier des conditions d'ouverture du droit à prestation fixées à l'article L. 313-1, pendant une durée déterminée par décret en Conseil d'Etat. »

III. – Le cinquième alinéa de l'article L. 323-4 du même code est supprimé.

III *bis (nouveau)*. – L'article L. 361-2 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 361-2.* – Dans le cas où, entre la date de cessation d'activité et le décès de l'assuré, survient une augmentation générale des salaires, ce capital fait l'objet d'une révision. »

IV. – Les dispositions du III ne s'appliquent pas aux arrêts de travail en cours d'indemnisation depuis plus de six mois au 1^{er} janvier 2006.

V. – L'article L. 381-30-1 du même code est ainsi modifié :

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

« Durant leur incarcération, les détenus titulaires d'une pension d'invalidité liquidée par le régime dont ils relevaient avant leur incarcération bénéficient du maintien de son versement. Leurs ayants droit bénéficient, le cas échéant, du capital-décès prévu à l'article L. 361-1. » ;

2° Au début du deuxième alinéa, le mot : « Toutefois » est remplacé par les mots : « Par dérogation au premier alinéa ».

Article 26 bis (nouveau)

Le cinquième alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, l'article L. 162-26, les dépassements d'honoraires prévus au 18° de l'article L. 162-5 et le huitième alinéa de l'article L. 324-1 du même code ne sont pas applicables aux soins nécessaires au traitement de l'affection des patients reconnus atteints d'une affection mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du même code avant le 15 novembre 2005 et ayant désigné leur médecin traitant, et ce, jusqu'à la remise du protocole de soins, et au plus tard jusqu'au 1^{er} juillet 2008.

Article 26 ter (nouveau)

Le premier alinéa de l'article L. 162-15-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans la première phrase, après les mots : « d'un organisme local d'assurance maladie avec ses usagers », sont insérés les mots : « , notamment les réclamations liées à l'élaboration du protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1 du présent code » ;

2° Après la première phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Le conciliateur peut également être sollicité dans les conditions déterminées par la convention médicale prévue à l'article L. 162-5. »

Article 26 quater (nouveau)

Après le premier alinéa de l'article L. 162-15-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les assurés peuvent également saisir le médiateur quand ils ont acquitté des dépassements d'honoraires qu'ils estiment irréguliers ou contraires au principe du tact et de la mesure. »

Article 27

I. – Après l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-1-7-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-7-1.* – Les règles de hiérarchisation des actes effectués par les directeurs de laboratoire mentionnés à l'article L. 162-14 sont arrêtées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis de la commission mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7. »

II. – Après l'article L. 162-2-1 du même code, il est inséré un article L. 162-2-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-2-2.* – Le médecin qui prescrit des soins de masso-kinésithérapie doit se conformer, pour apprécier l'opportunité de recourir, pour son patient, à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite ou de réadaptation mentionnés à l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, aux recommandations établies par la Haute Autorité de santé. »

III. – Après la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 162-5-3 du même code, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Les médecins exerçant dans le cadre de la même spécialité au sein d'un cabinet médical situé dans les mêmes locaux ou dans un centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique peuvent être conjointement désignés médecins traitants. »

IV. – Dans l'article L. 4151-4 du code de la santé publique, après les mots : « peuvent prescrire », sont insérés les mots : « les dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par l'autorité administrative, et ».

V (*nouveau*). – La première phrase du 4° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et de leurs modalités d'exercice, notamment pour favoriser l'exercice regroupé ».

Article 27 bis (*nouveau*)

Le premier alinéa de l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elle s'assure notamment que ces logiciels permettent directement la prescription en dénomination commune internationale. »

Article 28

Après l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-22-7-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-7-1.* – Le Comité économique des produits de santé peut fixer pour chacun des médicaments ou produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation le montant des dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale au-delà duquel il peut décider de baisser le tarif de responsabilité mentionné aux articles L. 162-16-6 et L. 165-7. Les entreprises peuvent toutefois solliciter auprès du Comité économique des produits de santé de verser sous forme de remise à l'assurance maladie un montant égal à la perte de chiffre d'affaires annuel qui résulterait de l'application de la décision de baisse tarifaire. »

Article 28 bis (*nouveau*)

I. – Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent décider le maintien temporaire de la prise en charge de certaines spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale dont le service médical rendu, apprécié par la

Commission de la transparence, est insuffisant au regard des autres médicaments ou thérapies disponibles.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des spécialités pharmaceutiques concernées. Par dérogation au deuxième alinéa du I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations est fixée à 85 % pour ces spécialités.

II. – Les dispositions prévues au dernier alinéa de l'article L. 871-1 du même code ne s'appliquent pas aux spécialités mentionnées au I du présent article.

Par dérogation à l'article 6 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, l'organisme peut décider, lors du renouvellement du contrat, que tout ou partie de la participation de l'assuré en application du I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale n'est pas pris en charge pour ces spécialités.

III. – La radiation des spécialités concernées de la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, ainsi que celle de leurs génériques au sens du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, inscrits le cas échéant sur la même liste postérieurement à la publication de l'arrêté mentionné au deuxième alinéa du I du présent article, intervient au plus tard le 1^{er} janvier 2008.

Article 29

I. – Après l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-5-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-5-4.* – Un décret prévoit la durée pendant laquelle les dispositions prises en application du 18° de l'article L. 162-5, du cinquième alinéa de l'article L. 162-5-3 et du troisième alinéa de l'article L. 162-26 ne sont pas applicables aux consultations assurées ou prescrites par un médecin généraliste installé pour la première fois en exercice libéral. Il prévoit également la durée pendant laquelle les mêmes dispositions ne sont pas applicables à un médecin généraliste qui s'installe dans une zone définie par la mission régionale de santé mentionnée à l'article L. 162-47. »

II. – Dans le 4° du I de l'article L. 162-14-1 du même code, après les mots : « à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, » sont insérés les mots : « ou le remplacement de professionnels de santé libéraux, ».

Article 30

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

1° Les deux premiers alinéas du IV sont remplacés par trois alinéas ainsi rédigés :

« IV. – Pour les années 2005 à 2012, l'Etat fixe, outre les éléments mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, le taux moyen régional de convergence des coefficients de transition des établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du même code. La convergence doit être achevée au plus tard en 2012.

« L'Etat fixe les règles générales de modulation du taux moyen régional de convergence entre les établissements de la région. Le taux moyen de convergence des coefficients de transition des établissements pour lesquels ce coefficient est inférieur à un peut excéder le taux moyen régional de convergence, à la condition que la masse financière supplémentaire résultant de ce dépassement soit prélevée sur les établissements pour lesquels le coefficient de transition est supérieur à un. Ce prélèvement résulte de l'application d'un taux de convergence pour ces derniers établissements supérieur au taux moyen régional.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les dispositions d'application du présent IV. » ;

2° Le dernier alinéa du A du V est ainsi rédigé :

« Par dérogation aux dispositions des quatre alinéas précédents, les prestations de prélèvement d'organes ou de tissus et celles afférentes à certains modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation complète dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sont 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 code de la sécurité sociale. » ;

3° *Supprimé*.....

II. – L'article L. 6114-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Dans le cinquième alinéa, après les mots : « A défaut de signature du contrat ou de l'avenant dans ce délai, l'agence régionale de l'hospitalisation inscrit ces objectifs quantifiés » sont insérés les mots : « ainsi que les pénalités applicables en cas de non-respect de ces objectifs » ;

2° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Lors du renouvellement du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-1, les objectifs quantifiés mentionnés à l'alinéa précédent sont révisés.

« Lors du renouvellement de l'autorisation prévu à l'article L. 6122-10, ou lorsque l'autorisation a fait l'objet de la révision prévue à l'article L. 6121-2 ou à l'article L. 6122-12, les objectifs quantifiés fixés par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, relatifs à l'activité de soins ou l'équipement matériel lourd faisant l'objet de l'autorisation, sont révisés dans les trois mois suivant le renouvellement ou la décision de révision de l'autorisation. »

III. – Le deuxième alinéa de l'article L. 6122-8 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Dans ce cas, l'autorisation prévoit les pénalités applicables en cas de non-respect de ces objectifs. »

IV. – Pour les titulaires d'autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique, les objectifs quantifiés prévus au cinquième alinéa de l'article L. 6114-2 du même code, ainsi que les pénalités applicables en cas de non-respect de ces objectifs, sont fixés, au plus tard le 31 mars 2007, dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-1 du même code. A défaut de signature de ce contrat au 31 mars 2007, l'agence régionale de l'hospitalisation inscrit ces objectifs quantifiés, ainsi que les pénalités, dans l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1 du même code, dans les trois mois qui suivent. A titre transitoire, jusqu'à la conclusion de ce contrat ou de cet avenant, les titulaires de l'autorisation mentionnée à la phrase précédente demeurent tenus au respect de la capacité des installations autorisées.

Article 31

I. – Dans le 3° de l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « et au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique » sont supprimés.

II. – Dans le dernier alinéa de l'article L. 174-5 du code de la sécurité sociale, les mots : « défini à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles » sont remplacés par les mots : « mentionné à l'article L. 174-1-1 ».

III. – Par dérogation à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, au vu du résultat des analyses transversales réalisées, à partir du référentiel définissant les caractéristiques des personnes relevant de soins de longue durée arrêté par les ministres chargés des personnes âgées, de la santé et de la sécurité sociale, après avis des fédérations d'établissement les plus représentatives, sous le contrôle médical des organismes d'assurance maladie présents au niveau régional, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation fixe au 1^{er} janvier 2007, par établissement et sur la proposition de son organe délibérant transmise avant le 15 juin 2006, en tenant compte du schéma régional d'organisation sanitaire et du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, la répartition des capacités d'accueil et des crédits relevant respectivement des objectifs mentionnés aux articles L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale.

IV. – Pour les établissements dont les organes délibérants n'ont transmis aucune proposition à la date du 15 juin 2006 et pour lesquels la répartition prévue au III ci-dessus n'est pas intervenue au 1^{er} janvier 2007, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation arrête, avant le 1^{er} juin 2007, la répartition des capacités d'accueil et des crédits relevant respectivement des objectifs mentionnés aux articles L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale. Cet arrêté prend effet au 31 décembre 2007.

V. – Les répartitions prévues aux III et IV du présent article correspondent à la transformation en tout ou partie de l'activité de soins de longue durée en places d'établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou à la réorientation de cette activité vers d'autres établissements de santé. Les décisions de l'Etat mentionnées

aux III et IV du présent article valent autorisation au sens de l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles pour les établissements auxquels elles s'appliquent, sans préjudice de la modification de l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique.

Article 31 bis (nouveau)

L'article L. 162-1-10 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les modes de rémunération particuliers et leur montant sont déterminés par un accord au conventionnel interprofessionnel prévu au II de l'article L. 162-14-1 ou des contrats de santé publique prévus à l'article L. 162-12-20. » ;

2° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

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

Article 32

I. – Dans le I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « avant le 31 décembre 2005, ou avant le 31 décembre 2006 pour les établissements mentionnés à l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation » sont remplacés par les mots : « au plus tard le 31 décembre 2007 ».

II. – Le dernier alinéa de l'article L. 314-8 du même code est ainsi rédigé :

« Dans les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 ne comprennent pas l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation de médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables mentionnées à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, ni ceux des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du même code, à l'exception de certains dispositifs

médicaux dont la liste est fixée par arrêté. Ces dispositions sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2007. »

III. – Après le *c* du 3^o de l'article L. 312-7 du même code, il est inséré un *d* ainsi rédigé :

« *d*) Gérer, pour le compte de ses membres, une pharmacie à usage intérieur dans les conditions énoncées à l'article L. 5126-1 du code de la santé publique. »

IV. – Dans le deuxième alinéa de l'article L. 5126-1 du code de la santé publique, après les mots : « au groupement de coopération sanitaire » sont insérés les mots : « , au groupement de coopération médico-sociale mentionné à l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles ».

V. – Le sixième alinéa de l'article L. 5125-17 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« A titre dérogatoire, les dispositions du présent alinéa ne font toutefois pas obstacle à ce qu'un même pharmacien assure la gérance d'une officine et d'une pharmacie à usage intérieur. »

VI. – Le troisième alinéa de l'article L. 5126-5 du même code est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Les pharmaciens libéraux titulaires uniques ou associés peuvent également assurer la gérance d'une pharmacie à usage intérieur dans les établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, sous réserve d'y avoir été autorisés par l'autorité compétente de l'Etat dans le département. Cette autorisation tient notamment compte de la compatibilité de cette gérance avec l'obligation d'exercice personnel du pharmacien ainsi que de la proximité de son officine et de l'établissement. »

Article 32 bis (nouveau)

Dans la première phrase du quatrième alinéa (2^o) de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique, les mots : « , autres que celles portant sur des produits mentionnés à l'article L. 5311-1 et figurant sur une liste fixée par décret en Conseil d'Etat, » sont supprimés.

Article 33

I. – Le deuxième alinéa de l'article L. 3121-5 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Les dépenses afférentes aux missions des centres mentionnés par le présent article sont prises en charge par l'assurance maladie, sans préjudice d'autres participations, notamment des collectivités territoriales. Pour le financement de ces dépenses, il n'est pas fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements, ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale. »

II. – Dans l'attente de l'arrêté fixant la dotation globale pour l'année 2006, les caisses d'assurance maladie versent à chaque structure de réduction des risques pour usagers de drogues dont les missions correspondent à celles définies conformément à l'article L. 3121-5 du code de la santé publique et antérieurement financée par l'Etat, des acomptes mensuels sur la dotation globale de financement, égaux au douzième de la participation de l'Etat allouée à chaque structure. Tout refus d'autorisation d'un centre met fin à son financement par l'assurance maladie.

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

1° Dans le deuxième alinéa de l'article L. 162-43, les mots : « l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 314-3 » sont remplacés par les mots : « les objectifs de dépenses mentionnés respectivement aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 » ;

2° L'article L. 174-9-1 est ainsi modifié :

a) Dans le premier alinéa, après les mots : « L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles », sont insérés les mots : « , ainsi que les structures dénommées "lits halte soins santé" et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 du même code » ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« La répartition des sommes versées à ces établissements au titre de l'alinéa précédent entre les régimes d'assurance maladie

est effectuée chaque année suivant la répartition qui résulte de l'application de l'article L. 174-2. »

IV. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Dans le 9° du I de l'article L. 312-1, après les mots : « centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie », sont insérés les mots : « , les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, les structures dénommées "lits halte soins santé" » ;

2° Dans le cinquième alinéa de l'article L. 313-1, après les mots : « centres de soins spécialisés aux toxicomanes », sont insérés les mots : « et aux centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue » ;

3° Dans les cinquième, septième et huitième alinéas de l'article L. 313-4, après la référence : « L. 314-3 », est insérée la référence : « , L. 314-3-2 » ;

4° Le quatrième alinéa de l'article L. 313-8 est complété par les mots : « et à l'article L. 314-3-2 » ;

5° Après l'article L. 314-3-1, sont insérés deux articles L. 314-3-2 et L. 314-3-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 314-3-2.* – Chaque année, dans les quinze jours suivant la publication de la loi de financement de la sécurité sociale, les ministres chargés de la sécurité sociale, de l'action sociale, de l'économie et du budget arrêtent, d'une part, l'objectif de dépenses correspondant au financement, par les régimes obligatoires d'assurance maladie, des établissements et des actions expérimentales mentionnés à l'article L. 314-3-3, et, d'autre part, le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journée et tarifs afférents aux prestations servies par ces mêmes établissements.

« L'objectif susmentionné est fixé en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement et après imputation de la part mentionnée à l'article L. 162-43 du code de la sécurité sociale. Il prend en compte l'impact des éventuelles modifications des règles de tarification des prestations, ainsi que celui des changements de régime de financement des établissements et services concernés.

« Le montant total annuel susmentionné est constitué en dotations régionales limitatives. Le montant de ces dotations est fixé par les ministres chargés de l'action sociale et de la sécurité sociale, en fonction des besoins de la population, des orientations définies par les schémas prévus à l'article L. 312-5, des priorités définies au niveau national, en tenant compte de l'activité et des coûts moyens des établissements et services, et d'un objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions.

« Chaque dotation régionale est répartie par le représentant de l'Etat dans la région, après avis du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et des représentants de l'Etat dans les départements, en dotations départementales limitatives. Ces dotations départementales peuvent, dans les mêmes conditions, être réparties par le représentant de l'Etat dans le département en dotations affectées par catégories de bénéficiaires ou à certaines prestations.

« *Art. L. 314-3-3.* – Relèvent de l'objectif et du montant total mentionnés à l'article L. 314-3-2 les établissements suivants :

« 1° Les centres de soins spécialisés aux toxicomanes mentionnés à l'article L. 314-8 ;

« 2° Les centres de cure ambulatoire en alcoologie mentionnés à l'article L. 3311-2 du code de la santé publique ;

« 3° Les appartements de coordination thérapeutique, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue et les structures dénommées "lits halte soins santé" mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 du présent code.

« Relèvent également du même objectif, les actions expérimentales de caractère médical et social mentionnées à l'article L. 162-31 du code de la sécurité sociale. » ;

6° Dans les II et III de l'article L. 314-7, après la référence : « L. 314-3 », est insérée la référence : « , L. 314-3-2 » ;

7° Dans le sixième alinéa de l'article L. 314-8, après les mots : « centres de soins spécialisés aux toxicomanes », sont insérés les mots : « et des structures dénommées " lits halte soins santé " ».

Article 34

I. – L'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Le *b* du 1 du I est complété par les mots : « et une contribution, par voie de fonds de concours créé par l'Etat en 2006, au financement des groupes d'entraide mutuelle mentionnés à l'article L. 114-1-1 » ;

2° Après le *b* du III, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Est également retracée en charges la subvention due à la Caisse nationale d'allocations familiales en application de l'article L. 541-4 du code de la sécurité sociale. »

II. – 1. Dans le 3° de l'article L. 314-3-1 du même code, après le mot : « établissements » sont insérés les mots : « et services ».

2. Les dispositions du présent II entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2006.

III. – Les crédits affectés au V de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles peuvent être utilisés, selon des modalités fixées par voie réglementaire, après avis de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, au financement d'opérations d'investissement et d'équipement, pour la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements et des services mentionnés à l'article L. 314-3-1 du même code.

Les montants affectés respectivement aux opérations en faveur des établissements ou services accueillant des personnes âgées et aux opérations en faveur des établissements ou services accueillant des personnes handicapées sont fixés par l'autorité administrative, après avis de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Article 35

L'article L. 1142-23 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le 6° est abrogé ;

2° Le 7° devient le 6°.

Article 36

I. – L'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans le II, le taux : « 1,75 % » est remplacé par le taux : « 2,5 % » ;

2° Dans le III, le montant : « 76,13 € » est remplacé par le montant : « 85 € ».

II. – Dans le troisième alinéa de l'article L. 863-1 du même code, les montants : « 150 € », « 75 € » et « 250 € » sont remplacés, respectivement, par les montants : « 200 € », « 100 € » et « 400 € ».

Article 36 bis (nouveau)

I. – Dans l'intitulé du titre VII du livre VIII du code de la sécurité sociale, les mots : « de santé » sont supprimés.

II. – Le II de l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Toutefois, entrent en vigueur au 1^{er} juillet 2006 :

« 1° Les dispositions concernant la prise en charge des prestations liées à la prévention visées au dernier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale ;

« 2° Les dispositions prévues au I du présent article pour les garanties en cours au 1^{er} janvier 2006 souscrites dans le cadre d'un accord collectif obligatoire de branche. »

III. – L'article 6-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Toutefois, si la prise en charge de certaines de ces prestations n'est pas conforme aux règles définies en application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, la prolongation d'adhésion ou de contrat peut prévoir, pour la prise en charge de ces seules prestations, la mise en conformité avec ces règles, le cas échéant par dérogation au premier alinéa de l'article 6. »

IV. – Les contrats, les bulletins d'adhésion ou les règlements comportant exclusivement des garanties prenant en charge les dépenses occasionnées lors d'une hospitalisation, doivent se mettre en conformité avec les dispositions prévues à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale au plus tard le 1^{er} janvier 2008. Jusqu'à cette date, ces contrats, bulletins d'adhésion ou règlements bénéficient des exonérations fiscales et sociales mentionnées au premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

Article 37

Le troisième alinéa de l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Cette disposition n'est toutefois pas applicable lorsqu'en vertu du 1^o de l'article L. 322-3 la participation de l'assuré à l'occasion d'une hospitalisation est limitée au motif que la dépense demeurant à sa charge dépasse un certain montant. »

Article 38

L'article L. 2133-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1^o Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Les messages publicitaires en faveur de boissons avec ajouts de sucres, de sel ou d'édulcorants de synthèse ou de produits alimentaires manufacturés doivent contenir une information à caractère sanitaire. Dans le cas des messages publicitaires télévisés, radiodiffusés ou diffusés par voie de services de communication au public en ligne, cette obligation ne s'applique qu'aux messages émis et diffusés à partir du territoire français et reçus sur ce territoire. » ;

2^o Les troisième et quatrième alinéas sont ainsi rédigés :

« La contribution prévue à l'alinéa précédent est assise, s'agissant des messages publicitaires, sur le montant annuel des sommes destinées à l'émission et à la diffusion de ces messages, hors remise, rabais, ristourne et taxe sur la valeur ajoutée, payées par les annonceurs. Le montant de cette contribution est égal à 1,5 % du montant de ces sommes.

« Le fait générateur est constitué par la diffusion des messages publicitaires. La contribution est exigible au moment du paiement par l'annonceur aux régies. La contribution est déclarée, liquidée, recouvrée et contrôlée selon les procédures et sous les mêmes sanctions, garanties et privilèges que la taxe sur la valeur ajoutée. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées selon les règles applicables à cette même taxe. Il est opéré un prélèvement de 1,5 % effectué par l'Etat sur le montant de cette contribution pour frais d'assiette et de recouvrement. »

Article 39

I. – 1. L'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) devient l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale, inséré après l'article L. 221-1 du même code.

2. Le même article est ainsi modifié :

1° Dans le I, les mots : « , pour une durée de neuf ans à compter du 1^{er} janvier 1999 » sont supprimés ;

2° Le deuxième alinéa du II est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Jusqu'au 31 décembre 2006, il peut également contribuer à la mise en œuvre du dossier médical personnel, au sens des articles L. 161-36-1 et suivants du présent code. » ;

3° Dans le troisième alinéa du II, les mots : « à l'alinéa précédent » sont remplacés par les mots : « au premier alinéa du présent II » ;

4° Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le fonds peut attribuer des aides pour le financement des structures participant à la permanence des soins, notamment des maisons médicales. Il peut aussi contribuer au financement de toute action visant à favoriser une bonne répartition des professionnels de santé sur le territoire. » ;

5° Dans le III, les mots : « , et pour 1999 à 500 millions de francs » sont supprimés.

I bis (nouveau). – 1. Dans le cinquième alinéa de l'article L. 6121-9 du code de la santé publique, la référence : « 25 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la

sécurité sociale pour 1999 » est remplacée par la référence : « L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale ».

2. Dans le douzième alinéa de l'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale, la référence : « 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) » est remplacée par la référence : « L. 221-1-1 ».

II. – Pour 2006, le montant maximal des dépenses du fonds institué à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 150 millions d'euros.

Ce fonds est doté de 110 millions d'euros au titre de l'année 2006.

Article 40

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 mentionné à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est fixé à 327 millions d'euros.

Article 41

La contribution de l'assurance maladie au fonds de concours mentionné à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) est fixée pour 2006 à 175 millions d'euros.

Cette contribution est répartie entre les différents régimes d'assurance maladie selon les règles mises en œuvre au titre de l'année 2004 pour l'application de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

Article 41 bis (nouveau)

La dispense d'avance de frais totale ou partielle consentie à l'assuré est subordonnée à la vérification préalable par les pharmaciens d'officine lors de leur facturation :

1° De la non-inscription de la carte de l'assuré sur la liste d'opposition mentionnée à l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale ;

2° Du respect de l'ensemble des conditions auxquelles est soumise la prise en charge des prestations délivrées, notamment des exigences prévues aux articles L. 162-17, L. 165-1 et L. 324-1 du même code.

Les modalités d'application du présent article sont déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article 42

Pour l'année 2006, les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 153,4 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 131,9 milliards d'euros.

Article 43

Pour l'année 2006, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

(En milliards d'euros)

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	65,3
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	45,8
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	17,9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	4,3
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	6,6
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	0,7
Total	140,7

Article 43 bis (nouveau)

La deuxième phrase du premier alinéa du I de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « et tient compte notamment des créations et fermetures d'établissements ».

Article 44

L'article L. 111-11 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, les mots : « Chaque caisse nationale » sont remplacés par les mots : « L'Union nationale de caisses » et les mots : « l'évolution de ses charges et de ses produits » sont remplacés par les mots : « l'évolution des charges et des produits de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole » ;

2° Dans le second alinéa, les mots : « la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « l'Union nationale des caisses d'assurance maladie » et les mots : « de son conseil de surveillance mentionné à l'article L. 228-1 » sont remplacés par les mots : « du conseil mentionné à l'article L. 182-2-2 ».

Article 44 bis (nouveau)

Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, créé auprès des ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie, a pour missions :

1° D'évaluer le système d'assurance maladie et ses évolutions ;

2° De décrire la situation financière et les perspectives des régimes d'assurance maladie et d'apprécier les conditions requises pour assurer leur pérennité à terme ;

3° De veiller à la cohésion du système d'assurance maladie au regard de l'égal accès à des soins de haute qualité et d'un financement juste et équitable ;

4° De formuler, le cas échéant, des recommandations ou propositions de réforme de nature à répondre aux objectifs de cohésion sociale et de pérennité financière des régimes d'assurance maladie.

Le haut conseil remet chaque année aux ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie un rapport analysant la situation de l'assurance maladie et proposant les adaptations nécessaires pour assurer ses objectifs de cohésion sociale et son équilibre financier. Ce rapport est communiqué au Parlement et rendu public.

Le haut conseil peut être saisi de toute question par le Premier ministre ou les ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie.

Sa composition et ses modalités de fonctionnement sont fixées par décret.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 45

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

I. – L'intitulé du chapitre II du titre VIII du livre III est ainsi rédigé : « Personnes rattachées au régime général pour l'ensemble des risques » ;

II. – L'intitulé de la section 1 du même chapitre est ainsi rédigé : « Artistes auteurs » ;

III. – Il est inséré, au début de la section 1, une sous-section 1 intitulée : « Champ d'application » et comprenant l'article L. 382-1 ;

IV. – Les sections 2 à 7 du même chapitre deviennent, respectivement, les sous-sections 2 à 7 de la section 1 ;

V. – Le chapitre est complété par une section 2 intitulée : « Ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses ». Cette section comporte quatre sous-sections constituées dans les conditions suivantes :

A. – La sous-section 1 est intitulée : « Dispositions générales ». Elle comprend les articles L. 381-12, à l'exception de ses cinq derniers alinéas, L. 721-15-1, L. 721-2, L. 721-8-1, L. 381-14 et L. 381-15, qui sont ainsi modifiés :

1° L'article L. 381-12, à l'exception de ses cinq derniers alinéas, devient l'article L. 382-15 et est ainsi modifié :

a) Les mots : « le chapitre I^{er} du titre II du livre VII » sont remplacés par les mots : « la présente section » ;

b) Les mots : « d'un autre régime d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « d'un autre régime de base de sécurité sociale » ;

c) La référence : « L. 721-2 » est remplacée par la référence : « L. 382-17 » ;

2° L'article L. 721-15-1 devient l'article L. 382-16. Dans cet article, la référence : « L. 721-1 » est remplacée par la référence : « L. 382-15 » et les mots : « aux régimes prévus aux articles L. 381-12 et L. 721-1 » sont remplacés par les mots : « au régime prévu par la présente section » ;

3° L'article L. 721-2 devient l'article L. 382-17. Dans le deuxième alinéa de cet article, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « , de l'intérieur » ;

4° L'article L. 721-8-1 devient l'article L. 382-18. Dans cet article, la référence : « L. 712-3 » est remplacée par la référence : « L. 382-25 » ;

5° Les articles L. 381-14 et L. 381-15 deviennent respectivement les articles L. 382-19 et L. 382-20. Dans l'article L. 381-14, la référence : « L. 381-12 » est remplacée par la référence : « L. 382-15 » ;

B. – La sous-section 2 est intitulée : « Assurance maladie ». Elle comprend les cinq derniers alinéas de l'article L. 381-12 et les articles L. 381-17 et L. 381-18, qui sont ainsi modifiés :

1° Les cinq derniers alinéas de l'article L. 381-12 deviennent l'article L. 382-21. Dans cet article, les mots : « du présent article » sont remplacés par les mots : « de l'article L. 382-15 » ;

2° Les articles L. 381-17 et L. 381-18 deviennent les articles L. 382-22 et L. 382-23, respectivement. Dans ces articles, les

mots : « de la présente section » sont remplacés par les mots : « de la présente sous-section » ;

3° (*nouveau*) Dans la dernière phrase du deuxième alinéa de l'article L. 381-17, la référence : « L. 381-12 » est remplacée par la référence : « L. 382-15 ». Dans le dernier alinéa du même article, la référence : « L. 721-3 » est remplacée par la référence : « L. 382-25 » ;

C. – La sous-section 3 est intitulée : « Assurance invalidité ». Elle comprend l'article L. 381-18-1, qui devient l'article L. 382-24. Dans cet article, la référence : « L. 381-12 » est remplacée par la référence : « L. 382-15 » et le troisième alinéa de cet article est ainsi rédigé :

« La pension d'invalidité est remplacée, à l'âge fixé en application du premier alinéa de l'article L. 351-1, par la pension de vieillesse prévue à la sous-section 4 de la présente section. » ;

D. – La sous-section 4 est intitulée : « Assurance vieillesse ». Elle comprend les articles L. 721-3, L. 721-5-1, L. 721-6, L. 721-7, L. 721-8 et L. 721-15, qui sont ainsi modifiés :

1° L'article L. 721-3 devient l'article L. 382-25. Dans cet article, la référence : « L. 721-2 » est remplacée par la référence : « L. 382-17 », et les mots : « de la présente section et de la section 4 » sont remplacés par les mots : « de la présente sous-section ». Le 3° du I de ce même article est abrogé ;

2° L'article L. 721-5-1 devient l'article L. 382-26. Dans cet article, les mots : « visés au 3° de l'article L. 721-5 » sont remplacés par les mots : « atteints d'une incapacité totale ou partielle d'exercer dans les conditions prévues à l'article L. 382-24 » et les mots : « à l'article L. 381-18-1 » sont remplacés par les mots : « au même article » ;

3° L'article L. 721-6 devient l'article L. 382-27. Le premier alinéa de cet article est ainsi rédigé :

« Les personnes qui exercent ou qui ont exercé des activités mentionnées à l'article L. 382-15 reçoivent une pension de vieillesse dans les conditions définies aux articles L. 351-1 à L. 351-1-3, au premier alinéa de l'article L. 351-2, aux 4°, 5° et 6° de l'article L. 351-3, aux articles L. 351-4, L. 351-4-1,

L. 351-6, L. 351-8 à L. 351-13, L. 352-1, L. 353-1 à L. 353-5 et L. 355-1 à L. 355-3. »

La première phrase du dernier alinéa du même article est complétée par les mots : « sous réserve d'adaptation par décret » ;

4° L'article L. 721-7 devient l'article L. 382-28. Dans cet article, les mots : « de la présente section » sont remplacés par les mots : « de la présente sous-section » ;

5° L'article L. 721-8 devient l'article L. 382-29. Dans cet article, les mots : « du présent chapitre » sont remplacés par les mots : « de la présente section » et les mots : « audit chapitre » sont remplacés par les mots : « à la présente section » ;

6° L'article L. 721-15 devient l'article L. 382-30. Dans cet article, les mots : « l'article L. 721-1 » sont remplacés par les mots : « la présente sous-section » ;

VI. – L'article L. 134-14, la section 4 du chapitre I^{er} du titre VIII du livre III et le chapitre I^{er} du titre II du livre VII sont abrogés ;

VII. – Le premier alinéa de l'article L. 921-1 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces dispositions sont applicables aux personnes mentionnées à l'article L. 382-15 qui bénéficient d'un revenu d'activité perçu individuellement. »

Article 46

I. – Le chapitre V *ter* du titre I^{er} du livre VIII du code de la sécurité sociale issu de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse est abrogé.

II. – Dans le 1° de l'article L. 135-2 du même code, dans sa rédaction issue du II de l'article 1^{er} de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 précitée, les mots : « aux chapitres V et V *ter* ; » sont remplacés par les mots : « au chapitre V ; ».

III. – L'article L. 816-1 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 816-1.* – Le présent titre est applicable aux personnes de nationalité étrangère sous réserve qu'elles répondent aux conditions prévues aux articles L. 262-9 et L. 262-9-1 du code de l'action sociale et des familles. »

Article 47

I. – La section 1 du chapitre V du titre IV du livre VI du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée :

« Section 1

« **Dispositions générales**

« *Art. L. 645-1.* – Les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux mentionnés à l'article L. 722-1 et les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales non médecins mentionnés à l'article L. 162-14 bénéficient d'un régime de prestations complémentaires de vieillesse propre à chacune de ces catégories professionnelles.

« Ces prestations ne peuvent être attribuées qu'à des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux et directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales non médecins ayant exercé, au moins pendant une durée fixée par décret, une activité professionnelle non salariée dans le cadre des conventions ou adhésions personnelles mentionnées aux articles L. 722-1 et L. 162-14.

« Pour chacun des régimes mentionnés au premier alinéa, des décrets peuvent prévoir que les personnes dont l'activité non salariée ne constitue pas l'activité professionnelle principale ou dont le revenu professionnel non salarié est inférieur à un montant fixé par décret pourront demander à être dispensées de l'affiliation aux régimes prévus au présent chapitre.

« *Art. L. 645-2.* – Le financement des régimes prévus au premier alinéa de l'article L. 645-1 est assuré par une cotisation forfaitaire annuelle obligatoire, distincte selon les régimes, dont le montant est fixé par décret.

« Le versement de cette cotisation annuelle ouvre droit, pour chacun des régimes, à l'acquisition d'un nombre de points dans des conditions déterminées par décret.

« *Art. L. 645-3.* – Pour chacun des régimes prévus au premier alinéa de l'article L. 645-1, une cotisation d'ajustement peut être appelée, dans des conditions fixées par décret, en sus de la cotisation prévue à l'article L. 645-2. Cette cotisation annuelle obligatoire est proportionnelle aux revenus que les intéressés tirent de l'activité mentionnée aux articles L. 722-1 et L. 162-14. Le versement de cette cotisation ne donne pas lieu à l'acquisition de points supplémentaires. Néanmoins, tout ou

partie de cette cotisation peut ouvrir droit à des points supplémentaires dans des conditions fixées par décret, après avis des sections professionnelles des régimes mentionnés à l'article L. 645-1. Les caisses d'assurance maladie participent au financement de cette cotisation dans les conditions prévues au 5° du I de l'article L. 162-14-1.

« Art. L. 645-4. – Les prestations complémentaires de vieillesse prévues au premier alinéa de l'article L. 645-1 et les pensions de réversion y afférentes sont servies aux intéressés par les sections professionnelles mentionnées à l'article L. 641-5, dans des conditions fixées par décret.

« Art. L. 645-5. – La valeur de service du point de retraite pour les prestations de droit direct et les pensions de réversion liquidées antérieurement au 1^{er} janvier 2006 est fixée par décret pour chacun des régimes.

« Les points non liquidés et acquis antérieurement au 1^{er} janvier 2006 ouvrent droit à un montant annuel de pension égal à la somme des produits du nombre de points acquis chaque année par une valeur de service du point. Cette valeur, fixée par décret, peut varier selon l'année durant laquelle les points ont été acquis et selon l'année de liquidation de la pension.

« Les points acquis à compter du 1^{er} janvier 2006 ouvrent droit à un montant annuel de pension égal au produit du nombre de points portés au compte de l'intéressé par la valeur de service du point. Cette valeur de service est fixée par décret. »

II. – Dans le premier alinéa de l'article L. 645-6 du même code, les mots : « et rendus obligatoires en application de l'article L. 645-3 » sont supprimés.

III. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2006.

Article 48

Pour l'année 2006, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 161,0 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 83,1 milliards d'euros.

Section 3

**Dispositions relatives aux dépenses d'assurance
des accidents du travail et des maladies professionnelles**

Article 49

I. – 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, créé par le III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), est fixé à 700 millions d'euros au titre de l'année 2006.

II. – 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, créé par le II de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000), est fixé à 315 millions d'euros au titre de l'année 2006.

Article 50

Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2006, à 330 millions d'euros.

Article 51

Pour l'année 2006, les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 11,1 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 9,9 milliards d'euros.

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Article 52

I. – Le VI de l'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Par exception au 1 du I et dans des conditions définies par décret, le complément de libre choix d'activité à taux plein peut être attribué, à un montant majoré et pendant une durée déterminée, à la personne qui choisit de ne pas exercer d'activité professionnelle pendant cette même durée. Dans ce cas, l'activité professionnelle antérieure minimale prévue au III doit avoir été exercée au cours d'une période de référence fixée par décret. Cette option, définitive, est ouverte au parent qui assume la charge d'un nombre déterminé d'enfants. La période de droit ouverte par cette option peut être partagée entre les deux parents.

« Par exception aux dispositions de l'article L. 552-1, le droit au complément de libre choix d'activité prévu à l'alinéa précédent est ouvert le mois de la naissance, de l'adoption ou de l'arrivée au foyer de l'enfant adopté ou confié en vue d'adoption. »

II. – L'article L. 532-2 du même code est complété par un V ainsi rédigé :

« V. – Pendant le mois au cours duquel le versement des indemnités ou allocations mentionnées aux 1° à 3° du II prend fin, celles-ci sont cumulables avec le complément de libre choix d'activité à taux plein, lorsqu'il est fait usage de l'option mentionnée au deuxième alinéa du VI de l'article L. 531-4. »

III. – Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 552-1 du même code, après les mots : « lorsque le bénéficiaire a un seul enfant à charge », sont insérés les mots : « ou lorsqu'il est fait usage de l'option prévue au deuxième alinéa du VI de l'article L. 531-4 ».

IV. – Les dispositions du présent article sont applicables à compter du 1^{er} juillet 2006 pour les enfants nés ou adoptés à compter de cette date, ainsi que pour les enfants nés avant cette

date alors que leur date de naissance présumée était postérieure au 30 juin 2006.

Article 53

I. – Dans le 9° de l'article L. 511-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « allocation de présence parentale » sont remplacés par les mots : « allocation journalière de présence parentale ».

II. – Le chapitre IV du titre IV du livre V du même code est ainsi rédigé :

« CHAPITRE IV

« Allocation journalière de présence parentale

« *Art. L. 544-1.* – La personne qui assume la charge d'un enfant atteint d'une maladie ou d'un handicap graves ou est victime d'un accident grave nécessitant, pendant une durée minimale, une présence soutenue ou des soins contraignants, bénéficie, pour chaque jour de congé prévu à l'article L. 122-28-9 du code du travail, d'une allocation journalière de présence parentale.

« La durée minimale mentionnée au premier alinéa est fixée par décret et peut varier selon les pathologies.

« *Art. L. 544-2.* – La nécessité d'une présence soutenue ou de soins contraignants ainsi que la durée prévisible du traitement de l'enfant sont attestées par un certificat médical détaillé, établi par le médecin qui suit l'enfant au titre de la maladie, du handicap ou de l'accident visés au premier alinéa de l'article L. 544-1. Le droit à la prestation est soumis à un avis favorable du service du contrôle médical prévu aux articles L. 315-1 et L. 615-13 ou du régime spécial de sécurité sociale.

« Le droit est ouvert pour une période égale à la durée prévisible du traitement de l'enfant visée à l'alinéa précédent. Cette durée fait l'objet d'un nouvel examen selon une périodicité fixée par décret.

« *Art. L. 544-3.* – L'allocation est versée dans la limite d'une durée maximum fixée par décret pour un même enfant et par maladie, handicap ou accident. Le nombre maximum

d'allocations journalières versées au cours de cette période est égal à 310.

« Au-delà de la durée maximum prévue à l'alinéa précédent, le droit à l'allocation journalière de présence parentale peut être ouvert de nouveau, en cas de rechute ou de récurrence de la pathologie de l'enfant au titre de laquelle un premier droit à l'allocation de présence parentale ou à l'allocation journalière de présence parentale avait été ouvert, dès lors que les conditions visées aux articles L. 544-1 et L. 544-2 sont réunies.

« *Art. L. 544-4.* – Le nombre d'allocations journalières versées au titre d'un même enfant au cours d'un mois civil à l'un ou aux deux membres du couple ne peut être supérieur à un nombre maximal fixé par décret.

« *Art. L. 544-5.* – L'allocation journalière de présence parentale est due à compter du premier jour du mois civil au cours duquel est déposée la demande, sous réserve que les conditions d'ouverture de droit soient réunies à cette date. L'allocation cesse d'être due à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions de droit ne sont plus réunies.

« *Art. L. 544-6.* – Le montant de l'allocation journalière est fixé par décret. Il est majoré pour la personne assumant seule la charge de l'enfant, dans des conditions déterminées par décret.

« *Art. L. 544-7.* – Lorsque le traitement de l'enfant exige au moins un déplacement par mois supérieur à une distance fixée par décret, un complément mensuel pour frais est attribué.

« Les modalités de son versement sont déterminées par décret.

« *Art. L. 544-8.* – Les personnes mentionnées aux articles L. 751-1 et L. 772-1 du code du travail, aux 1^o, 4^o et 5^o de l'article L. 615-1, à l'article L. 722-1 du présent code, à l'article L. 722-9 du code rural, aux articles L. 351-1 à L. 351-15 du code du travail peuvent bénéficier de l'allocation journalière de présence parentale.

« Les travailleurs à la recherche d'un emploi mentionnés au premier alinéa ou en formation professionnelle rémunérée bénéficient d'une allocation journalière de présence parentale versée mensuellement sur la base d'un nombre de jours fixé par décret.

« Le versement des indemnités dues aux demandeurs d'emploi est suspendu au début du versement de l'allocation journalière de présence parentale et est, à la date de cessation de paiement de celle-ci, repris et poursuivi jusqu'à son terme.

« Les modalités d'attribution et de versement de l'allocation journalière de présence parentale aux personnes visées aux premier et deuxième alinéas sont fixées par décret.

« *Art. L. 544-9.* – L'allocation journalière de présence parentale n'est pas cumulable, pour un même bénéficiaire, avec :

« 1° L'indemnisation des congés de maternité, de paternité ou d'adoption ;

« 2° L'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité, prévues aux articles L. 615-19 à L. 615-19-2 et L. 722-8 à L. 722-8-3 du présent code, aux articles L. 732-10 à L. 732-12-1 du code rural et à l'article 17 de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines ;

« 3° L'indemnisation des congés de maladie ou d'accident du travail ;

« 4° Les indemnités servies aux demandeurs d'emploi ;

« 5° Un avantage personnel de vieillesse ou d'invalidité ;

« 6° L'allocation parentale d'éducation ou le complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant ;

« 7° Le complément et la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé perçus pour le même enfant ;

« 8° L'allocation aux adultes handicapés.

« Toutefois, l'allocation journalière de présence parentale, lorsqu'elle n'est pas servie pour la totalité des jours prévus à l'article L. 544-4, est cumulable en cours de droit avec l'indemnisation mentionnée au 3° perçue au titre de l'activité exercée à temps partiel. »

III. – Après le quatrième alinéa de l'article L. 381-1 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La personne bénéficiaire de l'allocation journalière de présence parentale est affiliée à l'assurance vieillesse du régime général, sous réserve que ses ressources ou celles du ménage soient inférieures à un plafond fixé par décret. »

IV. – L'article L. 122-28-9 du code du travail est ainsi rédigé :

« *Art. L. 122-28-9.* – Tout salarié dont l'enfant à charge au sens de l'article L. 513-1 du code de la sécurité sociale et remplissant l'une des conditions prévues par l'article L. 512-3 du même code est atteint d'une maladie ou d'un handicap graves ou est victime d'un accident grave nécessitant, pendant une durée minimale, une présence soutenue ou des soins contraignants, a le droit de bénéficier, pour une période déterminée fixée par décret, d'un congé de présence parentale.

« Le nombre de jours de congés dont peut bénéficier le salarié au titre du congé de présence parentale est au maximum de trois cent dix jours ouvrés. Aucun de ces jours ne peut être fractionné.

« La durée initiale de la période au cours de laquelle le salarié peut bénéficier du droit à congé prévu au premier alinéa est celle définie dans le certificat médical mentionné à l'article L. 544-2 du code de la sécurité sociale. Cette durée fait l'objet d'un nouvel examen selon une périodicité définie par décret.

« Le salarié doit envoyer à son employeur, au moins quinze jours avant le début du congé, une lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou lui remettre en main propre une lettre contre décharge l'informant de sa volonté de bénéficier des dispositions du premier alinéa du présent article, ainsi qu'un certificat médical établi selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

« L'employeur peut exiger du salarié, avant chaque absence, le respect d'un délai de prévenance de quarante-huit heures maximum par tous moyens.

« La détermination d'un calendrier prévisionnel ainsi que les modalités de prise des jours de congé peuvent faire l'objet d'une convention entre le salarié et l'employeur.

« A l'issue du congé de présence parentale, le salarié retrouve son précédent emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente.

« Toutefois, en cas de décès de l'enfant ou de diminution importante des ressources du ménage, le salarié retrouve également son précédent emploi ou un emploi similaire assorti

d'une rémunération au moins équivalente, s'il a accompli les formalités prévues à l'article L. 122-28-2. »

V. – Aux articles L. 333-3, L. 552-1 et L. 755-33 du code de la sécurité sociale, les mots : « allocation de présence parentale » sont remplacés par les mots : « allocation journalière de présence parentale ».

VI. – L'intitulé de la section 14 du chapitre V du titre V du livre VII du même code est ainsi rédigé : « Allocation journalière de présence parentale ».

VI *bis* (*nouveau*). – Le même code est ainsi modifié :

1° L'article L. 161-9-1 est abrogé ;

2° L'article L. 161-9-2 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 161-9-2.* – Lorsqu'une personne bénéficie successivement et sans interruption, d'un congé parental d'éducation ou du complément prévu au 3° de l'article L. 531-1 et d'un congé de présence parentale ou de l'allocation journalière de présence parentale, ou inversement, elle retrouve, en cas de reprise d'activité, ses droits aux prestations acquis antérieurement au bénéfice du congé parental d'éducation ou dudit complément dans les conditions prévues à l'article L. 161-9. »

VII. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter du 1^{er} mai 2006 pour toute demande déposée à compter de cette date.

Les personnes qui bénéficient de l'allocation de présence parentale en vertu de la réglementation applicable avant cette date continuent à en bénéficier jusqu'à son terme.

Article 54

Le 4° du VIII de l'article 60 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) est abrogé.

Article 55

Dans le 5° de l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale, le mot : « aux » est remplacé par les mots : « à 60 % des ».

Article 56

Pour l'année 2006, les objectifs de dépenses de la branche famille sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 53,3 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 52,8 milliards d'euros.

Section 5

Dispositions relatives à la gestion du risque

Article 57

I. – Après le chapitre IV *bis* du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, il est inséré un chapitre IV *ter* ainsi rédigé :

« *CHAPITRE IV TER*

« Contrôle et lutte contre la fraude

« *Art. L. 114-9.* – Les directeurs des organismes de sécurité sociale, ainsi que les directeurs des organismes admis à encaisser des cotisations ou à servir des prestations au titre des régimes obligatoires de base, sont tenus, lorsqu'ils ont connaissance d'informations ou de faits pouvant être de nature à constituer une fraude, de procéder aux contrôles et enquêtes nécessaires. Ils transmettent à l'autorité compétente de l'Etat le rapport établi à l'issue des investigations menées.

« Les organismes nationaux des différents régimes suivent les opérations réalisées par les organismes mentionnés au premier alinéa. Ils en établissent annuellement une synthèse qui est transmise au ministre chargé de la sécurité sociale. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en définit le contenu et le calendrier d'élaboration.

« Lorsqu'à l'issue des investigations prévues au présent article, une fraude est constatée pour un montant supérieur à un seuil fixé par décret, les organismes visés au premier alinéa portent plainte en se constituant partie civile. En ce cas, ils sont

dispensés de la consignation prévue à l'article 88 du code de procédure pénale.

« *Art. L. 114-10.* – Les directeurs des organismes de sécurité sociale confient à des agents chargés du contrôle, parmi lesquels figurent les praticiens conseils, assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Ces agents ont qualité pour dresser des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire.

« Lorsque cela est nécessaire à l'accomplissement de sa mission, un agent chargé du contrôle peut être habilité par le directeur de son organisme à effectuer, dans des conditions précisées par décret, des enquêtes administratives et des vérifications complémentaires dans le ressort d'un autre organisme. Les constatations établies à cette occasion font également foi à l'égard de ce dernier organisme dont le directeur tire, le cas échéant, les conséquences concernant l'attribution des prestations et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles.

« Les agents chargés du contrôle peuvent mener leurs vérifications et enquêtes pour le compte de plusieurs organismes appartenant éventuellement à différentes branches du régime général.

« Les modalités de cette coopération sont définies par décret.

« Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux agents mentionnés à l'article L. 243-7.

« *Art. L. 114-11.* – Les constatations relatives à la situation de fait des assurés sociaux résidant hors de France ou à des soins reçus hors de France faites à la demande des organismes de sécurité sociale par des personnes physiques ou morales agréées par l'autorité consulaire française font foi jusqu'à preuve du contraire.

« *Art. L. 114-12.* – Pour l'application des dispositions législatives et réglementaires relatives à la sécurité sociale, les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, les caisses assurant le service des congés payés et les organismes mentionnés à l'article L. 351-21 du code du

travail se communiquent les renseignements qu'ils détiennent sur leurs ressortissants lorsque ces renseignements :

« 1° Sont nécessaires à l'appréciation de droits ou à l'exécution d'obligations entrant dans le fonctionnement normal du service public dont sont chargés ces organismes ;

« 2° Sont nécessaires à l'information des ressortissants sur l'ensemble de leurs droits en cas de partage de la gestion d'une prestation par ces organismes ;

« 3° Sont nécessaires au contrôle, à la justification dans la constitution des droits, notamment à pension de vieillesse et à la justification de la liquidation et du versement des prestations dont sont chargés respectivement ces organismes.

« Un acte réglementaire fixe les conditions de la communication des données autorisée par le présent article.

« *Art. L. 114-13.* – Est passible d'une amende de 5 000 € quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations ou des allocations de toute nature, liquidées et versées par les organismes de protection sociale, qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, le cas échéant.

« *Art. L. 114-14.* – Les échanges d'informations entre les agents des administrations fiscales, d'une part, et les agents des administrations chargées de l'application de la législation sociale et du travail et des organismes de protection sociale, d'autre part, sont effectués conformément aux dispositions prévues par le livre des procédures fiscales, et notamment ses articles L. 97 à L. 99 et L. 152 à L. 162 B.

« *Art. L. 114-15.* – Lorsqu'il apparaît, au cours d'un contrôle accompli dans l'entreprise par l'un des agents de contrôle mentionnés à l'article L. 325-1 du code du travail, que le salarié a, de manière intentionnelle, accepté de travailler sans que les formalités prévues aux articles L. 143-3 et L. 320 du même code aient été accomplies par son ou ses employeurs, cette information est portée à la connaissance des organismes chargés d'un régime de protection sociale en vue, notamment, de la mise en œuvre des procédures et des sanctions prévues aux articles L. 114-16, L. 162-1-14 et L. 323-6 du présent code.

« Cette information est également portée à la connaissance des institutions gestionnaires du régime de l'assurance chômage, afin de mettre en œuvre les sanctions prévues aux articles L. 351-17 et L. 365-1 du code du travail.

« *Art. L. 114-16.* – L'autorité judiciaire est habilitée à communiquer aux organismes de protection sociale toute indication qu'elle peut recueillir de nature à faire présumer une fraude commise en matière sociale ou une manœuvre quelconque ayant eu pour objet ou ayant pour résultat de frauder ou de compromettre le recouvrement des cotisations sociales, qu'il s'agisse d'une instance civile ou commerciale ou d'une information criminelle ou correctionnelle même terminée par un non-lieu.

« *Art. L. 114-17.* – L'inexactitude ou le caractère incomplet des déclarations faites pour le service des prestations versées par les organismes chargés de la gestion des prestations familiales ou des prestations d'assurance vieillesse, ainsi que l'absence de déclaration d'un changement dans la situation justifiant ces prestations, ayant abouti au versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme concerné, après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil d'administration de cet organisme. Celle-ci apprécie la responsabilité du bénéficiaire dans l'inobservation des règles applicables.

« Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité des faits, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Ce montant est doublé en cas de récidive. Le directeur de l'organisme concerné notifie le montant envisagé de la pénalité et les faits reprochés à la personne en cause, afin qu'elle puisse présenter ses observations écrites ou orales dans un délai d'un mois. A l'issue de ce délai, le directeur de l'organisme prononce, le cas échéant, la pénalité et la notifie à l'intéressé en lui indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter.

« La mesure prononcée est motivée et peut être contestée devant la juridiction administrative.

« En l'absence de paiement dans le délai prévu par la notification de la pénalité, le directeur de l'organisme envoie une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. La mise en demeure ne peut concerner que des pénalités notifiées dans les deux ans précédant son envoi. Le directeur de

l'organisme, lorsque la mise en demeure est restée sans effet, peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux pénalités qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées sur la mise en demeure.

« Les modalités d'application du présent article, notamment les situations mentionnées au premier alinéa et le barème des pénalités, sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

II. – La sous-section 1 de la section 1 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} du même code est complétée par un article L. 161-1-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 161-1-4.* – Les organismes de sécurité sociale demandent, pour le service d'une prestation, toutes pièces justificatives utiles pour apprécier les conditions du droit à la prestation, notamment la production d'avis d'imposition ou de déclarations déposées auprès des administrations fiscales compétentes. Les organismes peuvent se dispenser de cette demande lorsqu'ils sont en mesure d'effectuer des contrôles par d'autres moyens mis à leur disposition.

« Sauf cas de force majeure, la non-présentation par le demandeur des pièces justificatives entraîne la suspension, selon le cas, soit du délai d'instruction de la demande pendant une durée maximale fixée par décret, soit du versement de la prestation jusqu'à la production des pièces demandées.

« Pour le service des prestations sous condition de ressources, l'appréciation des ressources prend en compte les prestations et ressources d'origine française, étrangère ou versées par une organisation internationale. Un décret en Conseil d'Etat prévoit les conditions dans lesquelles la vérification de l'exactitude des déclarations relatives aux revenus de source étrangère peut être confiée à un ou plusieurs organismes du régime général de sécurité sociale agissant pour le compte de l'ensemble des régimes. Les dispositions de l'article L. 114-11 sont applicables à cette vérification. »

III. – L'article L. 380-2 du même code est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Pour bénéficier du remboursement des prestations, l'assuré mentionné au premier alinéa doit être à jour de ses cotisations.

« En cas de fraude ou de fausse déclaration sur le montant des ressources, la caisse peut, sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-1-14, suspendre à titre conservatoire, après mise en demeure, le versement des prestations. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret.

« Pour la détermination du montant de la cotisation visée au premier alinéa et le contrôle des déclarations de ressources effectué à cette fin, les organismes d'assurance maladie peuvent demander toutes les informations nécessaires à l'administration des impôts, aux organismes de sécurité sociale et aux organismes d'indemnisation du chômage qui sont tenus de les leur communiquer. Les personnels des organismes sont tenus au secret quant aux informations qui leur sont communiquées. Les informations demandées doivent être limitées aux données strictement nécessaires à l'accomplissement de cette mission, dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les personnes intéressées sont informées de la possibilité de ces échanges d'informations. »

IV. – *Supprimé*.....

V. – Dans le troisième alinéa de l'article L. 161-2-1 du même code, après les mots : « élire domicile soit », sont insérés les mots : « , après avis favorable d'un assistant de service social, ».

VI. – Les articles L. 115-2, L. 216-6, L. 243-13, L. 243-13-1, L. 256-5, L. 377-1, L. 471-3 et L. 481-2 et le II de l'article L. 861-10 du même code sont abrogés. Dans les articles L. 623-1 et L. 721-8 du même code, la référence : « L. 216-6 » est remplacée par la référence : « L. 114-10 ».

VII. – Le septième alinéa de l'article L. 152 du livre des procédures fiscales est ainsi rédigé :

« Les agents des administrations fiscales signalent aux directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales et aux chefs des services régionaux de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles, ainsi qu'aux organismes de protection sociale, les faits susceptibles de constituer des infractions qu'ils relèvent en ce qui concerne

l'application des lois et règlements relatifs au régime général, au régime des travailleurs indépendants non agricoles, aux régimes spéciaux ou au régime agricole de sécurité sociale. »

VIII. – Le deuxième alinéa de l'article L. 99 du livre des procédures fiscales est supprimé.

Section 6

**Dispositions relatives aux organismes concourant
au financement des régimes obligatoires**

Article 58

Pour l'année 2006, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées à :

(En millions d'euros)

	Prévisions de charges
Fonds de solidarité vieillesse	14,6
Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles	15,6

Délibéré en séance publique, à Paris, le 2 novembre 2005.

Le Président,
Signé : Jean-Louis DEBRÉ

ANNEXE A

Rapport décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits constatés sur l'exercice 2004

I. – Pour le régime général, l'exercice 2004 fait apparaître un déficit de 11,9 milliards d'euros. Il porte essentiellement sur la branche maladie.

1. Couverture du déficit de la branche maladie

Pour cette branche, le déficit de 11,6 milliards d'euros a été couvert par des versements de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES).

L'article 76 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a en effet prévu que la couverture des déficits cumulés de la branche maladie au 31 décembre 2003 et du déficit prévisionnel au titre de l'exercice 2004 serait assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à hauteur de 10 milliards d'euros le 1^{er} septembre 2004 et dans la limite de 25 milliards d'euros au plus tard le 31 décembre 2004.

Ainsi, quatre versements ont été effectués par la CADES en 2004 pour un montant total de 35 milliards d'euros en 2004 :

- 10 milliards d'euros le 1^{er} septembre 2004 ;
- 7 milliards d'euros le 11 octobre 2004 ;
- 9 milliards d'euros le 9 novembre 2004 ;
- 9 milliards d'euros le 9 décembre 2004.

Or, le déficit constaté de la branche maladie en 2004 a été inférieur à celui prévu au moment du débat parlementaire relatif à la loi du 13 août 2004 précitée. Les déficits cumulés au 31 décembre 2004 se sont en effet élevés à 33,3 milliards d'euros, au lieu des 35 milliards d'euros alors envisagés.

En conséquence, une régularisation d'un montant de 1,7 milliard d'euros sera opérée lors de la reprise du déficit 2005 de la branche maladie également prévue par la loi du 13 août 2004 précitée.

2. Affectation de l'excédent de la branche vieillesse

L'excédent de la branche vieillesse du régime général est de 0,3 milliard d'euros en 2004. En application de l'article

L. 251-6-1 du code de la sécurité sociale, cet excédent sera affecté au Fonds de réserve pour les retraites (FRR) en 2005.

Au total, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) a versé au FRR de 2000 à 2004, au titre de ses excédents constatés entre 1999 et 2003, 5,4 milliards d'euros.

3. Couverture des déficits des branches famille et accidents du travail – maladies professionnelles

La Caisse nationale des allocations familiales enregistre en 2004 un déficit de 0,4 milliard d'euros, la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général un déficit de 0,2 milliard d'euros.

Au vu de leur faiblesse, ces montants n'ont pas nécessité la prise de mesures spécifiques. Ils ont été couverts par les emprunts de trésorerie que peut conclure le régime général dans la limite du plafond fixé dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005.

II. – S'agissant des organismes concourant au financement des régimes :

Seul le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) est concerné en 2004.

Le Fonds de financement de la protection sociale agricole n'a été substitué au budget annexe des prestations sociales agricoles qu'à compter du 1^{er} janvier 2005.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie n'est intervenue que pour abonder à hauteur de 0,1 milliard d'euros la Caisse nationale de l'assurance maladie du régime général.

Couverture du déficit du FSV

Le résultat du FSV pour l'exercice 2004 est déficitaire de 0,6 milliard d'euros.

Le FSV n'ayant pas le droit d'emprunter et ne recevant pas de dotation d'équilibre de l'Etat, le déficit cumulé est inscrit au bilan en fonds de roulement négatif.

Au 31 décembre 2004, les sommes dues à la CNAVTS sont de 2,2 milliards d'euros et celles dues à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole de 0,1 milliard d'euros.

ANNEXE B

Rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir

Hypothèses d'évolution – moyennes sur la période 2007-2009

Produit intérieur brut volume	2,60 %
Masse salariale du secteur privé	4,45 %
Objectif national de dépenses d'assurance maladie	2,20 %
Inflation hors tabac	1,80 %

Ce scénario économique est un scénario intermédiaire entre les deux scénarios présentés dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2006.

La masse salariale du secteur privé est ajustée à l'hypothèse de croissance du produit intérieur brut (en valeur), augmentée de 0,1 point pour tenir compte du dynamisme propre au champ de recouvrement des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, plus étendu que le champ du secteur privé au sens de la comptabilité nationale.

Le taux de croissance de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) retenu dans cette prévision, 2,2 %, suppose une poursuite de l'effort de redressement engagé par la réforme de 2004.

L'hypothèse d'inflation de 1,75 % par an est conforme à l'évolution des prix observée depuis 2002, et prévue pour 2005 et 2006, qui se situe entre 1,7 % et 1,8 %.

Sous ces hypothèses, le solde global du régime général et de l'ensemble des régimes de base se redresserait régulièrement sur la période 2006-2009.

La branche maladie, sous l'effet de la croissance modérée des charges dans le champ de l'ONDAM, verrait son déficit se réduire sensiblement. Pour le seul régime général, le solde redevient excédentaire en fin de période.

La branche famille verra jusqu'en 2007 la poursuite de la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant. A partir de 2008, son solde se redresserait rapidement, le déficit

passant de 1,2 milliard d'euros en 2007 à 0,3 milliard d'euros en 2009.

La branche vieillesse subira sur toute la période l'effet du choc démographique résultant de l'arrivée à la retraite des générations nombreuses du « baby-boom ». En conséquence, son solde resterait déficitaire sur toute la période, et s'établirait en 2009 à - 2,2 milliards d'euros pour le régime général, - 2,9 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base.

La branche accidents du travail – maladies professionnelles, sous l'effet d'une progression ralentie de ses charges, connaîtrait un redressement régulier de son solde qui redeviendrait excédentaire en fin de période.

Les soldes calculés sur l'ensemble des régimes de base sont assez proches de ceux du seul régime général. Cette proximité résulte de l'existence, pour de nombreux régimes, de mécanismes garantissant l'équilibre financier : il peut s'agir d'une contribution de régime général, d'une subvention de l'Etat, ou de l'attribution d'une ressource externe (impôt). Quelques régimes ne bénéficient pas de tels mécanismes d'équilibrage. Leurs résultats comptables (excédentaires ou déficitaires) sont toutefois faibles au regard de celui du régime général. Le régime des non-salariés agricoles fait néanmoins exception à cette règle depuis 2005. En effet, jusqu'en 2004, ce régime bénéficiait d'une subvention de l'Etat, destinée à équilibrer le budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA). Depuis 2005, et le remplacement du BAPSA par le Fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA), le versement par l'Etat d'une subvention d'équilibre n'est plus garanti. La prévision présentée ne tient compte d'aucune éventuelle subvention de l'Etat sur la période 2005-2009. Dans ces conditions, le régime des exploitants agricoles présente sur cette période un déficit proche de 2 milliards d'euros. Ce déficit se retrouve dans les prévisions pour le FFIPSA, dont le compte retrace les opérations techniques relatives aux prestations sociales des non-salariés agricoles.

Le Fonds de solidarité vieillesse devrait bénéficier de l'amélioration de la conjoncture, qui se traduit par une accélération des recettes, et par un ralentissement des charges au titre de la prise en charge des cotisations de retraite des chômeurs. Son solde diminuerait notablement sur la période.

Prévision de recettes et de dépenses sur la période 2006-2009
Ensemble des régimes obligatoires de base

(En milliards d'euros)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Maladie						
Recettes	133,4	140,3	146,4	151,5	157,3	163,3
Dépenses	145,0	149,7	153,4	156,1	160,0	163,8
Solde	- 11,7	- 9,4	- 7,0	- 4,6	- 2,8	- 0,5
Accidents du travail – Maladies professionnelles						
Recettes	10,1	10,3	11,0	11,4	11,9	12,3
Dépenses	10,2	10,7	11,1	11,4	11,7	12,1
Solde	- 0,1	- 0,4	- 0,1	0,0	0,1	0,2
Famille						
Recettes	48,7	50,2	52,2	54,1	56,4	58,7
Dépenses	49,0	51,2	53,3	55,3	57,1	59,0
Solde	- 0,3	- 1,0	- 1,1	- 1,2	- 0,7	- 0,3
Vieillesse						
Recettes	147,9	153,1	159,1	165,6	172,3	179,4
Dépenses	147,3	155,2	161,0	167,7	174,7	182,4
Solde	0,6	- 2,1	- 1,8	- 2,1	- 2,4	- 2,9
Toutes branches consolidé						
Recettes	335,3	349,2	363,6	377,4	390,9	408,1
Dépenses	346,8	362,1	373,7	385,3	396,6	411,6
Solde	- 11,5	- 12,9	- 10,1	- 7,9	- 5,8	- 3,5

**Prévision de recettes et de dépenses sur la période 2006-2009
Régime général**

(En milliards d'euros)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Maladie						
Recettes	113,4	120,6	125,8	130,9	136,3	141,9
Dépenses	125,0	128,8	131,9	134,5	138,0	141,3
Solde	-11,6	-8,3	-6,1	-3,5	-1,7	0,6
Accidents du travail - Maladies professionnelles						
Recettes	8,8	9,0	9,7	10,1	10,6	11,0
Dépenses	9,0	9,5	9,9	10,2	10,5	10,9
Solde	-0,2	-0,5	-0,2	-0,1	0,1	0,1
Famille						
Recettes	48,2	49,7	51,6	53,6	55,9	58,2
Dépenses	48,6	50,8	52,8	54,9	56,6	58,5
Solde	-0,4	-1,1	-1,2	-1,2	-0,8	-0,3
Vieillesse						
Recettes	75,2	78,2	81,6	84,7	88,0	91,4
Dépenses	74,9	80,1	83,1	86,4	89,8	93,6
Solde	0,3	-2,0	-1,4	-1,7	-1,8	-2,2
Toutes branches consolidé						
Recettes	240,9	252,6	263,7	274,3	285,4	297,0
Dépenses	252,8	264,5	272,7	280,8	289,5	298,7
Solde	-11,9	-11,9	-8,9	-6,5	-4,2	-1,8

Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Recettes	13,4	12,5	13,1	13,4	13,9	14,5
Dépenses	14,0	14,6	14,6	14,8	15,0	15,0
Solde	-0,6	-2,0	-1,5	-1,4	-1,1	-0,5

Fonds de financement des prestations sociales agricoles

(En milliards d'euros)

	2005	2006	2007	2008	2009
Recettes	13,7	13,9	13,8	13,8	13,7
Dépenses	15,4	15,6	15,6	15,6	15,7
Solde	-1,7	-1,7	-1,8	-1,8	-1,9

ANNEXE C

**Etat des recettes par catégorie et par branche :
des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ;
du régime général de la sécurité sociale ;
des organismes concourant au financement
des régimes obligatoires de sécurité sociale.**

1. Recettes par catégorie et par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

Exercice 2004

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail – Maladies professionnelles	Total par catégorie
Cotisations effectives	66,2	84,2	28,6	7,6	186,5
Cotisations fictives	1,0	30,3	0,1	0,3	31,6
Cotisations prises en charge par l'Etat	8,4	6,2	3,6	1,6	19,8
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Autres contributions publiques	1,0	5,4	5,8	0,1	12,2
Impôts et taxes affectées dont contribution sociale généralisée	54,0	3,8	10,0	0,0	67,9
	46,4	0,0	10,0	0,0	56,3
Transferts reçus	0,5	17,2	0,0	0,0	13,2
Revenus des capitaux	0,0	0,2	0,1	0,0	0,4
Autres ressources	2,3	0,6	0,3	0,4	3,6
Total par branche	133,4	147,9	48,7	10,1	335,3

Exercice 2005 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail - Maladies professionnell es	Total par catégorie
Cotisations effectives	67,3	84,9	29,1	7,7	189,0
Cotisations fictives	1,0	31,7	0,1	0,3	33,8
Cotisations prises en charge par l'Etat	8,0	6,6	3,4	1,5	19,0
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Autres contributions publiques	0,6	5,2	6,1	0,1	12,0
Impôts et taxes affectées dont contribution sociale généralisée	60,3 50,3	5,3 0,0	10,7 10,3	0,2 0,0	76,5 60,6
Transferts reçus	0,6	18,6	0,1	0,0	14,9
Revenus des capitaux	0,0	0,2	0,1	0,0	0,4
Autres ressources	2,4	0,5	0,3	0,4	3,6
Total par branche	140,3	153,1	50,2	10,3	349,2

Exercice 2006 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail – Maladies professionnelles	Total par catégorie
Cotisations effectives	69,2	88,5	30,1	8,2	196,0
Cotisations fictives	1,0	33,6	0,1	0,3	35,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	1,7	1,2	0,7	0,3	3,9
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Autres contributions publiques	0,6	5,3	6,4	0,1	12,4
Impôts et taxes affectées	70,6	10,8	14,2	1,5	97,0
dont contribution sociale généralisée	52,4	0,0	10,7	0,0	63,2
Transferts reçus	0,7	19,1	0,1	0,0	15,1
Revenus des capitaux	0,0	0,2	0,1	0,0	0,4
Autres ressources	2,6	0,5	0,2	0,4	3,7
Total par branche	146,4	159,1	52,2	11,0	363,6

Les montants figurant en total par branche et par catégorie peuvent être différents de l'agrégation des montants détaillés du fait des opérations réciproques (notamment transferts).

2. Recettes par catégorie et par branche du régime général de sécurité sociale :

Exercice 2004

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail – Maladies professionnelles	Total par catégorie
Cotisations effectives	59,2	53,1	28,3	6,9	147,5
Cotisations fictives	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	7,9	5,8	3,5	1,5	18,8
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,2	0,0	0,3	0,0	0,2
Autres contributions publiques	0,4	0,1	5,8	0,0	6,3
Impôts et taxes affectées	43,0	0,3	10,0	0,0	53,2
dont contribution sociale généralisée	40,1	0,0	10,0	0,0	50,1
Transferts reçus	0,7	15,7	0,0	0,0	12,0
Revenus des capitaux	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2
Autres ressources	2,0	0,2	0,2	0,4	2,7
Total par branche	113,4	75,2	48,2	8,8	240,9

Exercice 2005 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail - Maladies professionnelles	Total par catégorie
Cotisations effectives	60,2	54,8	28,8	7,0	150,7
Cotisations fictives	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	7,6	5,6	3,4	1,4	18,0
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,2	0,0	0,3	0,0	0,3
Autres contributions publiques	0,4	0,1	6,1	0,0	6,6
Impôts et taxes affectées					
dont contribution sociale généralisée	49,1	0,9	10,6	0,2	60,8
	43,8	0,0	10,3	0,0	54,1
Transferts reçus	0,8	16,7	0,1	0,0	13,1
Revenus des capitaux	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Autres ressources	2,2	0,1	0,3	0,4	3,0
Total par branche	120,6	78,2	49,7	9,0	252,6

Exercice 2006 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail - Maladies professionnelles	Total par catégorie
Cotisations effectives	61,9	57,5	29,8	7,6	156,7
Cotisations fictives	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	1,6	1,2	0,8	0,3	3,8
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,3	0,0	0,3	0,0	0,3
Autres contributions publiques	0,4	0,1	6,4	0,0	6,9
Impôts et taxes affectées					
dont contribution sociale généralisée	58,5	6,0	14,0	1,4	79,9
	45,8	0,0	10,7	0,0	56,5
Transferts reçus	0,8	16,8	0,1	0,0	13,0
Revenus des capitaux	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Autres ressources	2,3	0,1	0,2	0,4	3,0
Total par branche	125,8	81,6	51,6	9,7	263,7

Les montants figurant en total par branche et par catégorie peuvent être différents de l'agrégation des montants détaillés du fait des opérations réciproques (notamment transferts).

3. Recettes par catégorie des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

Exercice 2004

(En milliards d'euros)

	Fonds de solidarité vieillesse	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
Cotisations effectives	0,0	0,0
Cotisations fictives	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	0,0	0,0
Autres contributions publiques	0,0	0,0
Impôts et taxes affectées	11,3	0,1
dont contribution sociale généralisée	9,6	
Transferts reçus	2,0	0,0
Revenus des capitaux	0,0	0,0
Autres ressources	0,1	0,0
Total par organisme	13,4	0,1

Exercice 2005 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	Fonds de solidarité vieillesse	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	Fonds de financement des prestations sociales agricoles
Cotisations effectives	0,0	0,0	1,7
Cotisations fictives	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	0,0	0,0	0,0
Autres contributions publiques	0,0	0,0	0,0
Impôts et taxes affectées	10,4	0,5	6,0
dont contribution sociale généralisée	9,8		0,9
Transferts reçus	2,1	0,0	5,9
Revenus des capitaux	0,0	0,0	0,0
Autres ressources	0,0	0,0	0,0
Total par organisme	12,5	0,5	13,7

Exercice 2006 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	Fonds de solidarité vieillesse	Fonds de financement des prestations sociales agricoles
Cotisations effectives	0,0	1,7
Cotisations fictives	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	0,0	0,0
Autres contributions publiques	0,0	0,0
Impôts et taxes affectées	10,9	6,1
dont contribution sociale généralisée	10,2	0,9
Transferts reçus	2,2	6,0
Revenus des capitaux	0,0	0,0
Autres ressources	0,0	0,1
Total par organisme	13,1	13,8

*Vu pour être annexé au projet de loi adopté par
l'Assemblée nationale dans sa séance du 2 novembre 2005.*

*Le Président,
Signé : Jean-Louis DEBRÉ*

Texte adopté n° 496 – Projet de loi adopté par l'Assemblée nationale
en première lecture de financement de la sécurité sociale pour 2006