

**Note d'orientation sur la réforme de l'assurance maladie
Mai 2004**

1 Une nouvelle gouvernance pour l'assurance maladie

L'objectif du Gouvernement est de mettre en place un nouveau partenariat entre les acteurs du monde de la santé pour **assurer un pilotage responsable de l'assurance maladie**.

L'ordonnance du 4 octobre 1945 qui crée la sécurité sociale a confié l'assurance maladie aux partenaires sociaux sous la tutelle de l'Etat. La couverture maladie était alors principalement un « salaire différé » financé par des cotisations sociales, le contrat de travail garantissant le maintien d'une partie du salaire en cas de maladie. Les ordonnances de 1967 établissent une stricte parité dans la gestion de la sécurité sociale et confient aux partenaires sociaux gestionnaires la responsabilité de veiller à son équilibre.

L'extension progressive de notre couverture maladie vers son universalisation et le poids croissant des prestations de soins dans la richesse de notre pays ont indiscutablement fait évoluer les missions traditionnelles de l'assurance maladie. **Ces évolutions se sont traduites par une intervention croissante du Parlement dans la fixation des principaux objectifs de la politique de santé et des grands équilibres économiques des régimes sociaux.**

A cet égard, la réforme de 1996 a permis d'enrichir le débat démocratique sur les équilibres financiers de la sécurité sociale. Le projet de loi de santé publique actuellement en cours d'examen au Parlement complète le débat parlementaire grâce à l'élaboration d'objectifs de santé publique.

Malgré ces avancées, la situation actuelle reste marquée par l'enchevêtrement des responsabilités des différents acteurs, Etat, partenaires sociaux, organismes de couverture complémentaire, professionnels de santé. Nous devons aujourd'hui penser un nouveau mode de gestion qui soit à la fois légitime et responsable pour assurer la pérennité de notre système de santé. C'est l'ambition du Gouvernement. C'est le sens de son projet de nouvelle gouvernance.

Le cadre de gestion de l'assurance maladie que privilégie le Gouvernement est celui d'un paritarisme rénové qui permette à la fois de favoriser une véritable démocratie sociale et de clarifier le rôle et les responsabilités de chacun des acteurs.

C'est à l'Etat qu'il revient de fixer les grandes orientations et de garantir les principes fondamentaux de notre système de soins et d'assurance maladie.

L'Etat doit ainsi déterminer pour plusieurs années les grands objectifs de santé publique. C'est l'un des aspects de la loi de santé publique qui sera voté dans les prochaines semaines. Il doit aussi fixer les conditions de l'équilibre pluriannuel des régimes sociaux. La réforme de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale sera engagée en ce sens et soumise à l'approbation du Parlement à l'automne.

L'Etat doit enfin **garantir l'égal accès de tous à des soins de qualité** sur l'ensemble du territoire. C'est l'un des principes forts de notre système de santé. Il doit être préservé et même renforcé.

L'Etat limitera ses interventions dans la gestion de l'assurance maladie au respect de ces grands principes. Les relations entre l'Etat et l'assurance maladie devront

reposer sur une base contractuelle et pluriannuelle, permettant la définition d'un « *cahier des charges* » et les engagements réciproques des deux parties.

Une **Haute autorité de santé** se verra confier l'évaluation scientifique des pratiques médicales et des processus diagnostiques et thérapeutiques.

Cette haute autorité sera constituée sous la forme **d'une autorité scientifique indépendante**. La Haute autorité devra émettre des recommandations à l'Etat et aux gestionnaires de l'assurance maladie pour déterminer ce qui doit être admis au remboursement ou ce qui doit être sorti du domaine des actes et des prestations pris en charge par l'assurance maladie.

Le Gouvernement souhaite par là créer les conditions d'un débat plus serein et plus transparent sur l'évolution de la prise en charge par l'assurance maladie.

Dirigée par un collège de 12 sages nommés par le président de la République, les Présidents de l'Assemblée Nationale et du Sénat et le Président du comité économique et social, la Haute autorité aura également un rôle central dans la promotion de la qualité des pratiques médicales en se voyant confier la responsabilité de l'élaboration et de la diffusion de référentiels de bonnes pratiques effectivement utilisables par les professionnels de santé.

La proposition du Gouvernement est ensuite de donner à l'assurance maladie les compétences et les outils lui permettant d'assumer ses responsabilités. Face à un système aujourd'hui sans réel pilote, où la responsabilité est diluée, il faut confier aux gestionnaires de l'assurance maladie des pouvoirs plus importants.

Cela passe d'abord par un rôle effectif dans la préparation du « budget » de l'assurance maladie qui est aujourd'hui fixé par le Parlement sur la base d'une proposition élaborée à la seule initiative de l'Etat. **Le Gouvernement propose que les caisses nationales d'assurance maladie le saisissent, chaque année en juin, d'une proposition d'orientation budgétaire pour l'année suivante.** Cette proposition devra s'accompagner des mesures permettant de respecter le cadre pluriannuel fixé par le Parlement.

Pour que l'ONDAM voté par le Parlement ait une réelle portée, un dispositif de suivi des dépenses sera mis en place. Dans ce but, **un comité d'alerte sera créé.** Composé du directeur général de l'INSEE, du secrétaire général de la commission des comptes et d'un expert nommé par le président du Conseil économique et social, ce comité devra alerter les caisses d'assurance maladie et l'Etat lorsque le risque d'un dépassement significatif de l'ONDAM sera avéré. Dans ce cas, les caisses nationales d'assurance maladie devront proposer des mesures susceptibles de rétablir l'équilibre prévu par la loi de financement.

Le Gouvernement propose ensuite de confier aux gestionnaires de l'assurance maladie des responsabilités importantes dans la gestion du périmètre remboursé par l'assurance maladie. Sur la base des avis de la Haute autorité, il reviendra à l'assurance maladie de fixer la liste des actes et des médicaments admis au remboursement. L'Etat aura, pour des motifs de santé publique, le pouvoir de s'opposer aux décisions prises par l'assurance maladie et de faire admettre au remboursement des actes médicaux ou des médicaments qui auraient été écartés.

L'Etat propose que l'assurance maladie puisse, dans des limites fixées par voie réglementaire, faire varier les taux de remboursement qui sont aujourd'hui fixées à la seule initiative de l'Etat. La consultation chez un médecin est, par exemple, aujourd'hui remboursé à hauteur de 70 %, sur la base d'un décret pris par l'Etat : demain, l'assurance maladie pourra faire évoluer ce taux dans un « couloir » défini à l'avance.

Dans le domaine du médicament le Gouvernement souhaite associer beaucoup plus fortement qu'aujourd'hui l'assurance maladie aux décisions prises. C'est la raison pour laquelle il propose de modifier la composition du comité économique des produits de santé (CEPS) qui a un rôle central dans la fixation des prix du médicament et des tarifs de remboursement. L'assurance maladie et l'Etat y siègeront désormais de façon paritaire, l'Etat conservant la nomination de son Président qui dispose d'une voie prépondérante.

De la même façon, le Gouvernement estime que **le rapprochement de l'hôpital et de la ville qui est au cœur de la réforme de l'organisation des soins, doit se traduire par un rôle plus important donné dans ce domaine à l'assurance maladie.** Les soins de ville et l'hôpital ne peuvent être gérés de façon séparées. C'est pourquoi le Gouvernement propose la création d'un comité de l'hospitalisation qui, sur le modèle de ce qui se fera pour le médicament, permettra une association de l'assurance maladie aux prises de décision, notamment sur les conditions de financement de l'hôpital.

Afin d'exercer l'ensemble de ces responsabilités, **l'assurance maladie sera dotée d'instances de direction légitimes et responsables.**

Dans ce but, **une union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM)** formée des caisses des 3 principaux régimes (CNAMTS, MSA, CANAM) sera créée. Elle aura un rôle de coordination des caisses nationales dans le pilotage de l'assurance maladie, notamment pour nouer un véritable partenariat avec les professionnels de santé et les organismes complémentaires. Elle sera dirigée par un conseil d'orientation issue des 3 régimes et par un directeur. Le conseil d'orientation de l'UNCAM se prononcera annuellement sur les orientations de la politique conventionnelle avec les professionnels de santé et pourra, à la majorité des deux tiers, s'opposer à un accord. Le directeur de la CNAMTS assurera la direction de l'UNCAM.

Les instances de direction internes à la CNAMTS devront également être réformées. La branche maladie du régime général est une structure complexe dont le pilotage doit être renforcé. **L'importance des missions qui lui seront confiées justifie également de la doter d'une instance d'orientation légitime et d'un exécutif doté de pouvoirs de gestion étendus.** Comme aujourd'hui, l'Etat nommera le directeur mais le conseil d'orientation disposera d'un pouvoir d'opposition sur cette nomination. Le directeur de la caisse nationale disposera également du pouvoir de nommer les directeurs des caisses locales, les conseils d'orientation de ces caisses pouvant s'opposer à ces nominations.

Le Gouvernement souhaite que **le conseil d'orientation comprenne des représentants des salariés et de représentants des employeurs.** Certains partenaires sociaux envisagent qu'en l'absence d'élections spécifiques, la composition du collège des salariés tienne compte des résultats aux élections prud'homales dans le secteur privé et parapublic ainsi que des élections professionnelles dans le secteur public. Ce point, ainsi que la composition du collège patronal, devra être précisé lors des discussions avec les partenaires sociaux.

La structuration d'un partenariat efficace entre les acteurs des régimes de base et les organismes complémentaires est également une nécessité. Il ne s'agit pas de confondre le champ d'intervention de ces différents acteurs ni ce pourquoi ils existent. Il s'agit d'organiser un dialogue garantissant une intervention cohérente de ces régimes.

Les régimes d'assurance maladie, en particulier la CNAMTS n'assumeront pas seuls cette délégation de gestion nouvelle et élargie. **Ils devront s'appuyer sur un partenariat avec les organismes de couverture complémentaire.**

Il n'y a pas aujourd'hui de dialogue réel entre l'assurance maladie de base et les organismes complémentaires alors même que les enjeux du partenariat sont majeurs.

Dans ce but, une union nationale des organismes de protection complémentaire pourrait être créée. Cette union des organismes complémentaires sera associée aux décisions prises par l'UNCAM en matière d'admission au remboursement et de fixation des taux. Ce partenariat permettra un véritable dialogue entre l'assurance maladie et les organismes complémentaires en amont des discussions conventionnelles avec les professions de santé, dans le respect de la prééminence de l'assurance maladie obligatoire.

Par ailleurs, l'Etat soumettra pour avis à l'UNCAM et à l'union des organismes complémentaires le cahier des charges que devront respecter les contrats de couverture complémentaire éligibles à une aide sociale ou fiscale. Pour qu'un contrat de prévoyance bénéficie des aides fiscales ou sociales, ce contrat devra avoir un contenu minimal ou, si cela est souhaitable, ne pas prendre en charge certains types de dépenses.

Enfin, le partage d'informations doit être au cœur de ce partenariat. L'implication des organismes complémentaires et de l'assurance maladie de base dans **un institut des données de santé** doit y contribuer fortement. Cet institut sera en charge d'assurer la centralisation de l'ensemble des données disponibles sur les pathologies et les soins produites par les différents partenaires. L'objectif est de favoriser un partage d'information aujourd'hui indispensable tout en définissant l'ensemble des procédures garantissant le respect du secret médical et des libertés individuelles.

2 Une organisation des soins centrée sur la qualité

Notre système de soins dispose fondamentalement de trois atouts : une très bonne formation des professionnels de santé, un système hospitalier de haut niveau et une médecine libérale en ville très polyvalente.

Dans le même temps, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie relève que *« le système de soins doit améliorer ses performances, non seulement par une recherche de la qualité mais aussi par l'efficacité dans l'emploi des moyens : mobiliser les justes compétences aux justes niveaux, utiliser les ressources sans excès inutiles, et savoir guider le malade dans son accès et son cheminement au sein de l'univers soignant »* Le Gouvernement partage pleinement cette recommandation car notre système d'assurance maladie s'épuise à tout financer sans cohérence réelle, sans ligne directrice.

Cela signifie d'abord, en amont de l'organisation des soins, **de remettre la prévention au cœur de notre système de santé**. L'investissement de notre pays dans la prévention reste trop faible. Les indicateurs de mortalité avant 65 ans en sont un signe évident. Alors que l'espérance de vie en France est une des plus longues du monde, la mortalité prématurée est une des plus élevées.

La loi relative à la politique de santé publique qui sera votée dans les prochaines semaines pose les fondements d'une politique de prévention structurée au niveau régional. Il s'agit de mettre en œuvre la politique nationale de santé publique et de prévention en l'adaptant aux spécificités locales afin d'en accroître l'efficacité.

Cette loi définira aussi le principe des consultations de prévention. Ces consultations pourront donner lieu à des majorations de remboursement décidées par l'UNCAM après discussion avec les professionnels concernés et l'union des organismes complémentaires. Le contenu de ces consultations de prévention sera établi par les régimes d'assurance maladie ou par l'Etat, après avis des organisations représentatives des professionnels et de la Haute autorité en santé.

Mettre la qualité au cœur de l'organisation des soins implique de mener une action déterminée dans l'utilisation effective par les professionnels de santé de références de bonnes pratiques

Le Gouvernement souhaite **la mise en place progressive de référentiels** qui contribuent effectivement à améliorer la qualité des soins. Ils devraient notamment permettre de favoriser pour les professionnels comme pour les usagers, **un bon usage du médicament**. La campagne sur les antibiotiques a montré que des changements dans les comportements des prescripteurs comme des consommateurs étaient possibles. Le suivi de référentiels permettra de conforter cette approche responsable.

L'élaboration de ces référentiels sera confiée à la Haute autorité. Il lui appartiendra de construire ces outils en étroite concertation avec les professionnels de santé afin que ceux-ci soient adaptés à leur pratique quotidienne et que les professionnels puissent se les approprier.

Cette promotion de la qualité n'a de sens que si elle se diffuse parmi les professionnels de santé. **La formation professionnelle continue, l'évaluation des pratiques, les échanges entre professionnels doivent y contribuer**. Le Gouvernement estime là aussi qu'il faut

donner une véritable effectivité à ces différents outils. **Il propose qu'à l'horizon 2007, l'ensemble des professionnels de santé soit rentré dans l'une de ces démarches.**

L'exigence de qualité suppose par ailleurs de **faire évoluer en profondeur les rapports entre les professionnels de santé et les médecins-conseils de l'assurance maladie.** Le Gouvernement estime qu'il faut mieux identifier au sein de l'activité des médecins conseils ce qui relève d'une activité de contrôle de ce qui vise à contribuer à l'amélioration des pratiques. Ce deuxième volet doit être renforcé dans un esprit de confiance et de coopération entre le corps médical de l'assurance maladie et les professionnels de santé.

La mise en place des outils favorisant la coordination des soins dispensés aux malades constitue le troisième axe d'une véritable organisation de notre système de santé. Si la liberté du patient comme du médecin constitue une des forces de notre modèle, elle ne doit pas conduire à abandonner les malades en les laissant seuls face à une offre de soins désorganisée.

De vrais parcours du patient dans le système de soins doivent donc être favorisés. Les patients pourront choisir, s'ils le souhaitent, un médecin traitant qui pourra être un généraliste ou un spécialiste. Ce médecin traitant sera responsable de la coordination des soins. Par ailleurs, le renforcement de la qualité des traitements des pathologies chroniques et sévères devra être favorisé au moyen du déploiement des réseaux de soins. A moyen terme et pour certaines pathologies, l'obligation d'exercice des professionnels spécialisés dans ces réseaux pourra être envisagée.

L'accès direct à un praticien de ville ou hospitalier en dehors de ces procédures de coordination des soins sera désincitée dans des conditions qui seront précisées dans le cadre des discussions entre les différents acteurs du système de santé.

Élément central de la coordination des soins, le dossier médical partagé devra être mis en place dans les deux prochaines années. L'effort prioritaire de déploiement devra porter sur les assurés atteints de pathologies sévères et chroniques afin de leur assurer le plus rapidement possible une meilleure coordination des soins, facteur clef de la qualité.

Ce dossier médical partagé concernera la ville et l'hôpital et sera étendu à l'ensemble de la population, l'accès des professionnels de santé à ce dossier médical partagé devant être autorisé par le patient. Dans le cadre du dossier médical partagé, un carnet de prévention sera mis en place.

La coordination des soins suppose tout d'abord **un pilotage cohérent au niveau régional entre ce qui relève de la ville et de l'hôpital.** C'est pourquoi, le Gouvernement propose un rapprochement entre les ARH et les URCAM. Celui-ci passera d'abord par une compétence conjointe sur un certain nombre de sujets qui nécessitent une étroite coordination entre les deux institutions : la gestion de la démographie médicale, la permanence des soins, le développement des réseaux, la politique d'installation des professionnels. Dans ces domaines, les organisations représentatives des professionnels deviendront des partenaires privilégiés (Les nions régionales des médecins libéraux par exemple).

Le Gouvernement souhaite également redonner tout son sens à la vie conventionnelle entre l'assurance maladie et les professionnels de santé. Il souhaite en

conséquence limiter son intervention dans ce domaine pour que se noue, sans interférence, un véritable partenariat entre l'assurance maladie et les professionnels.

Le champ de ces conventions devrait être élargi. Elles seraient rendues plus légitimes grâce à un droit d'opposition qui sera reconnu aux syndicats majoritaires. Les conventions pourront contenir une ou plusieurs options sur lesquelles les professionnels pourront s'engager de manière individuelle. Ces options consisteront en des engagements des professionnels sur différentes conditions de pratique en échange éventuellement d'un supplément de rémunération ou d'un avantage accessoire. Le contenu de ces engagements devra être validé par la Haute autorité en santé.

Le Gouvernement souhaite aussi **favoriser une meilleure répartition des professionnels sur le territoire**. Si l'augmentation du nombre de professionnels de santé formés doit se poursuivre, elle ne peut être la seule réponse aux problèmes actuels liés à la démographie médicale.

Les professionnels de santé seront incités à s'installer dans les zones dans lesquelles la densité de l'offre médicale est faible. Par ailleurs, la prise en charge des avantages sociaux des médecins pourra être modulée en cas d'installation dans des zones à faible ou forte densité médicale. Un bilan de la répartition de l'offre de soins et de l'impact de ces mesures incitatives sera établi, profession par profession, à un horizon de 4 ans.

L'assurance maladie apportera aux assurés à travers la mise en place de plates-formes informatiques et téléphoniques l'information nécessaire sur leurs droits mais aussi sur l'offre locale de soins tant en ville qu'à l'hôpital et ses caractéristiques, en liaison avec les URML.

Enfin, parce que les remboursements de l'assurance maladie sont financés par les cotisations et les contributions de l'ensemble de nos concitoyens, l'exigence d'une utilisation économe des deniers publics impose à l'ensemble des acteurs de l'assurance maladie d'engager une lutte résolue contre tout recours abusif au système de soins : **chacun d'entre nous doit se sentir responsable du juste recours aux prestations** de l'assurance maladie.

Il y a aujourd'hui **des signes évidents d'abus et de gaspillage**. Notre consommation de médicaments en est un exemple indéniable : nous consommons en moyenne plus d'une boîte de médicament par personne et par an. On peut également souligner la dispersion dans l'attribution des indemnités journalières, tant au niveau géographique (variation de 1 à 2,5 entre les départements) qu'au niveau des prescripteurs (de 1 à 3). Ces abus n'expliquent qu'une partie limitée de la progression très forte des dépenses. Néanmoins, ils ne peuvent être tolérés dans un système fondé sur un financement socialisé.

Un renforcement **de l'action de contrôle des caisses d'assurance maladie doit être mené en ce sens**. Ce contrôle doit être ciblé sur les dérives manifestes et avoir des effets réels. A cet égard, le Gouvernement propose **la mise en place d'un dispositif de sanction modulée et efficace qui touche les professionnels comme les assurés auteurs d'abus manifestes**. Des actions spécifiques doivent être conduites en direction des gros consommateurs de soins et des gros prescripteurs.

Investir dans la qualité des soins, organiser la coordination autour du malade, favoriser le juste recours au malade sont les priorités du Gouvernement. C'est aussi la garantie d'une médecine de qualité utilisant de manière efficient les moyens de l'assurance maladie.

3 Le redressement financier de l'assurance maladie

Le déficit de l'assurance maladie menace directement son avenir à court terme. **La rapidité avec laquelle les déséquilibres se creusent appelle une action résolue.** C'est la condition de la sauvegarde d'un système solidaire qui permet une large couverture de nos dépenses de santé.

Cela passe d'abord par la mise en place **des outils d'un pilotage financier de l'assurance maladie plus transparent, plus efficace, plus lisible** dans le cadre de la nouvelle gouvernance : la réforme de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale et l'intervention d'un comité d'alerte pour suivre l'exécution de l'ONDAM permettront de s'assurer du respect du cadre pluriannuel défini par le Parlement.

Le Gouvernement partage pleinement l'analyse du Haut du Conseil qui prône « *une action méthodique et résolue pour mieux organiser le système de soins autour d'un meilleur rapport qualité-prix* ».

Cette action méthodique et résolue passe d'abord **par le déploiement systématique de l'ensemble des outils de maîtrise médicalisée.** Ce déploiement devrait permettre de ralentir la progression des dépenses de l'ordre de 3,5 milliards d'euros.

Promouvoir la qualité des soins implique également **de renforcer les dispositifs d'évaluation des pratiques.** Le Gouvernement propose la généralisation rapide des groupes de pairs ou des cercles de qualité permettant une véritable auto-évaluation. Les médecins conseils de l'assurance maladie seront également mobilisés pour donner aux professionnels de santé un retour d'information personnalisé sur leur prescription.

La diffusion de protocoles de soins élaborés par la Haute autorité en santé permettra également de renforcer la qualité des soins. Parallèlement, le gouvernement souhaite développer, sur la base de références médicales, une liquidation plus médicalisée des dépenses par les caisses d'assurance maladie afin de favoriser le juste recours au système de soins.

La maîtrise médicalisée signifie aussi de **renforcer la coordination des soins** : le déploiement du dossier médical partagé, l'affirmation du rôle du médecin traitant, le renforcement des liens entre la ville et l'hôpital donneront une réalité à cette coordination autour du malade. La promotion d'un exercice plus collectif de la médecine libérale, notamment au travers des cabinets de groupe permettra aussi d'atteindre cet objectif.

Cette maîtrise médicalisée devrait également trouver une traduction concrète **dans la promotion du bon usage des médicaments.** La dépense moyenne de médicament par habitant en France atteint près de 1,5 fois celle de l'Allemagne ou de l'Espagne sans réelle justification. Trop de molécules sont aujourd'hui prescrites en dehors des indications posées par l'autorisation de mise sur le marché (AMM).

Le Gouvernement propose donc une mobilisation de l'ensemble des acteurs, professionnels de santé, assurés, caisses d'assurance maladie, représentants de l'industrie pharmaceutique pour promouvoir un usage plus responsable du médicament. Cela passe par la diffusion d'une information de qualité et indépendante à l'attention des professionnels de

santé, des référentiels de prise en charge, le développement des logiciels d'aide à la prescription.

La politique du médicament doit également contribuer au retour à l'équilibre de l'assurance maladie. Le développement du médicament générique et le déploiement progressif des tarifs forfaitaires de responsabilité sont des leviers importants qui peuvent permettre de dégager plus de 2 Mds€ d'économies. L'assurance maladie doit aussi pouvoir continuer à financer les molécules réellement innovantes. Inversement, une gestion active des molécules plus anciennes et devenues moins efficaces doit permettre de dégager les marges de manœuvre nécessaires au financement des innovations thérapeutiques.

La rationalisation des achats hospitaliers constitue un autre levier pour une dépense plus efficace. Les travaux de la Cour des comptes sur le médicament à l'hôpital et l'étude des politiques d'achat des hôpitaux par la mission d'étude et d'audit hospitalière montrent qu'il y a des marges de progrès considérables. Une nouvelle politique d'achat devrait permettre de réduire la croissance des dépenses de gestion hospitalière d'environ d'1,5 milliard d'euros.

Le renforcement du contrôle des arrêts de travail s'inscrit dans cette logique qui vise à s'assurer de l'utilisation économe des deniers publics et que les sommes versées pour indemniser un arrêt de travail sont médicalement justifiées. Au regard du dynamisme des dépenses observées ces dernières années, on peut estimer qu'une économie de 800 M€ est envisageable. Les moyens juridiques seront donc donnés au contrôle médical pour sanctionner les dérives quelles soient imputables à quelques prescripteurs ou à certains assurés.

Au travers des mesures portant sur l'offre de soins, le Gouvernement entend créer **les conditions d'une maîtrise durable des dépenses, seule condition de la pérennité à moyen terme de notre assurance maladie**. Rien ne serait pire que de voir les déficits se creuser à nouveau rapidement après 2007 du fait d'un retour artificiel à l'équilibre.

Le retour à l'équilibre nécessite parallèlement d'accompagner l'effort sur les dépenses de santé par un accroissement des recettes affectées à l'assurance maladie.

Sur ce point, le Gouvernement entend limiter au maximum l'appel à des recettes supplémentaires. Augmenter les prélèvements n'est pas la réponse adaptée au déficit de l'assurance maladie, comme l'a justement souligné le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie : *« Lever chaque année un cinquième de point de CSG constituerait une contrainte telle qu'on sera tenté de la contourner par l'accroissement de l'endettement »*

Il est également soucieux de garantir l'équité et le respect de la justice sociale. Préserver un système d'assurance maladie solidaire et juste est l'objectif partagé par l'ensemble des acteurs de la concertation qui a eu lieu sur les grands axes de la réforme. Cet objectif ne pourra être atteint qu'au travers de mesures solidaires et justes, fondées sur un partage équilibré de l'effort contributif entre l'ensemble des acteurs concernés, qu'il s'agisse de l'Etat, des entreprises, du citoyen ou de l'utilisateur du système de soins.

C'est à la lumière de ces principes que le Gouvernement proposera au Parlement des mesures destinées à accroître les recettes de l'assurance maladie, selon les orientations suivantes.

Les mesures prises en matière de maîtrise de l'offre et d'amélioration des parcours de soins auront pour corollaire la responsabilisation du patient. C'est dans cet esprit que le Premier ministre a proposé la mise en place d'une contribution de chaque citoyen au coût des soins assumés par la collectivité. Afin de ne pas pénaliser les patients aux revenus les plus modestes, le montant de cette participation pourrait être de l'ordre de 1€ par acte. Les jeunes de moins de 20 ans et les bénéficiaires de la CMU en seront exonérés.

Les entreprises seront appelées à contribuer au financement par l'intermédiaire de la cotisation de sécurité sociale des sociétés (C3S), dont le taux pourrait être porté de 0,13 % à 0,16 % du chiffre d'affaires, pour les entreprises dont le C.A. annuel est supérieur à 760 000 euros.

Le gouvernement étudie par ailleurs des modalités de relèvement de la contribution sociale généralisée permettant d'associer de manière équitable l'ensemble des revenus à l'effort contributif. Afin de limiter les effets de cette hausse pour les salariés, le taux de CSG sur les revenus du travail serait maintenu inchangé, en contrepartie d'une extension de l'assiette de cette taxe. La CSG serait par ailleurs relevée d'environ ½ point en ce qui concerne les revenus de remplacement, et moins d'un point pour les revenus du capital.

L'Etat apportera quant à lui sa contribution au redressement du financement de l'assurance maladie sous la forme d'un transfert d'un milliard d'euros de recettes fiscales à l'assurance maladie à compter de l'année 2005. Par cet engagement, il entend également démontrer sa volonté de mettre un terme au débat récurrent né de la prise en charge par l'assurance maladie de charges liées à un certain nombre de politiques publiques mises en place par l'Etat.

L'ensemble de ces mesures permettra d'accroître les ressources de l'assurance maladie de 5 milliards d'euros.

Enfin, la situation financière de l'assurance maladie nécessite un traitement rapide de la dette accumulée depuis 1998. Le Gouvernement propose que cette dette soit transférée à la CADES. Cela représente une économie de frais financiers de l'ordre d'1 milliard d'euros.