

80

ANNEXE
RAPPORT SUR LES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE
DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE ET LES
OBJECTIFS QUI DÉTERMINENT LES CONDITIONS
GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

La sécurité sociale est au cœur de notre politique de solidarité et de notre contrat social. Grâce à un financement dépendant des revenus de chacun, elle permet une véritable solidarité entre l'ensemble de nos concitoyens. Elle est un élément central de notre pacte républicain.

La qualité de notre système de protection sociale est reconnue tant en France qu'à l'étranger. Les régimes de retraite sont l'expression de la solidarité entre les générations. Les plus âgés des Français bénéficient aujourd'hui de ressources d'un niveau comparable à celui des ressources des plus jeunes générations. Les régimes d'assurance maladie nous assurent un égal accès à des soins de qualité. C'est d'abord cette caractéristique qui assure l'excellence de notre système de santé. Notre politique familiale permet d'assurer un bon niveau de ressources aux familles les plus nombreuses et favorise un bon accueil des enfants.

iniquités

Toutefois, la viabilité de notre système de protection sociale est menacée. De nombreuses ~~iniquités~~ demeurent, liées à l'emploi ou à l'appartenance socioprofessionnelle. Par ailleurs, le drame de l'été 2003 a pointé certains dysfonctionnements de notre système de veille et d'alerte sanitaires auxquels il nous faut impérativement remédier. Enfin et surtout, des difficultés financières significatives sont devant nous. Le vieillissement de la population et notre aspiration commune à mieux vivre entraînent une forte croissance des dépenses. A partir de 2007, avec l'arrivée à la retraite des premières générations issues du baby boom, l'évolution des recettes pourrait être insuffisante pour financer une progression trop rapide, et concomitante, de ces dépenses. Le ralentissement conjoncturel actuel aggrave, par ailleurs, la situation financière.

ital.

Face à cette situation, le choix du Gouvernement n'est pas de recourir à des expédients conjoncturels mais de moderniser en profondeur notre sécurité sociale en respectant et en confortant ses principes fondateurs, en particulier la solidarité et la justice sociale, et en garantissant sa viabilité financière et son efficience.

La loi portant réforme des retraites a été promulguée le 21 août 2003. Elle est le résultat d'un processus de concertation qui a duré plusieurs mois. Elle garantit l'équité de notre système de retraites tout en assurant sa viabilité financière.

Dans le domaine de la santé, le projet de loi de santé publique a été présenté au Parlement. Il donne, pour la première fois, un véritable cap à notre politique de santé. La modernisation de l'hôpital est, elle aussi, en marche grâce au plan « Hôpital 2007 ». Enfin, le Gouvernement a lancé une démarche de diagnostic, de concertation et de négociation qui aboutira d'ici septembre 2004 à une modernisation ambitieuse, nécessaire mais longtemps repoussée, de notre système d'assurance maladie.

La sauvegarde de notre sécurité sociale, et donc des éléments fondamentaux de notre pacte social, est en jeu. Le Gouvernement s'est engagé résolument dans l'action. Le dialogue avec les différents partenaires, le choix de la confiance, mais aussi la détermination sont les clefs de la réussite.

Dans ce cadre et comme cela a été fait pour les masseurs-kinésithérapeutes dans le cadre de l'examen du projet de loi relatif à la politique de santé publique, il sera rétabli un ordre des pédicures-podologues.

La politique nationale en direction de l'hôpital, en particulier à travers l'objectif national de dépenses d'assurance maladie prévu à l'article 44 de la présente loi, prend en compte les inégalités territoriales et vise au rattrapage des régions sous-dotées.

a) La modernisation de l'hôpital

La modernisation de l'hôpital à travers le plan « Hôpital 2007 » est une des composantes les plus visibles de la politique de promotion de l'excellence des soins conduite par le Gouvernement.

Cette modernisation passe d'abord par une relance sans précédent de l'investissement hospitalier. En dégageant un financement supplémentaire de 6 milliards d'euros d'ici 2007, le Gouvernement a amplifié de près d'un tiers le rythme naturel des investissements hospitaliers. Cet effort d'investissement permet d'accompagner les priorités sanitaires nationales (cancer, urgences et périnatalité) et toutes les autres priorités de santé publique, telles que la prise en charge des personnes âgées ou la psychiatrie.

En 2004, le Gouvernement mettra en œuvre les moyens pour permettre aux établissements de santé de certaines zones frontalières de fidéliser les étudiants infirmiers qui souhaitent exercer dans ces établissements après obtention de leur diplôme.

La modernisation passe aussi par une allocation efficiente des ressources à travers la tarification à l'activité. Ce mode de tarification vise à libérer le dynamisme des établissements de santé et leur potentiel d'adaptation dans un environnement en mutation. A l'étude depuis plus de dix ans, il sera mis en œuvre progressivement à partir de 2004. L'objectif est d'aboutir à une convergence des modalités de financement et des tarifs entre secteurs public et privé à une échéance de dix ans. L'entrée en vigueur de la tarification à l'activité permettra aussi la reconnaissance des missions d'intérêt général (recherche, enseignement, innovations et recours) et de certaines activités particulières (urgences, prélèvement d'organes par exemple).

La recherche de la proximité est également le gage d'une meilleure réponse aux besoins des usagers. Une ordonnance de simplification dans le domaine sanitaire a traduit cet objectif en modernisant et en simplifiant les procédures de planification. A une planification fondée sur des indices a priori, se substitue une régulation des capacités de soins au regard des nécessités régionales. L'efficacité de cette dernière passe par une contractualisation d'objectifs avec les agences régionales de l'hospitalisation et les établissements.

Enfin, la responsabilisation des acteurs hospitaliers exige, en contrepartie, une autonomie accrue et une plus grande souplesse de gestion dans les établissements publics. La concertation spécifique lancée avec les acteurs du monde hospitalier devra aboutir au cours de l'année 2004.

b) La maîtrise médicalisée

Dans le domaine de la médecine de ville, le Gouvernement a choisi de s'engager résolument dans la maîtrise médicalisée. Cette politique est la seule voie possible pour respecter les deux exigences distinctes de qualité des soins ambulatoires et de maîtrise de la croissance des dépenses ambulatoires. C'est une ardente obligation.

L'accord de juin 2002 entre les caisses d'assurance maladie et les syndicats de médecins généralistes contient pour la première fois de véritables contreparties à la hausse des honoraires : hausse des prescriptions des génériques, réduction des

prescriptions d'antibiotiques, diminution du nombre de visites inutiles. Les évolutions constatées depuis lors ont crédibilisé la démarche retenue même si des progrès doivent encore être faits.

L'avenant sur la gestion du risque de 2003 signé entre l'État et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) est un autre élément de progrès. L'assurance maladie, notamment son service médical, est appelée à se mobiliser. L'État lui en donne les moyens à travers les mesures proposées dans les projets de loi de financement successifs.

Les actions de maîtrise médicalisée doivent être approfondies et accélérées par l'ensemble des acteurs, en particulier les caisses d'assurance maladie et les professionnels de santé. Cela passe notamment par :

- la signature d'accords de bon usage et de contrats de bonne pratique ;
- le développement de la formation continue et de l'évaluation des pratiques professionnelles. La formation continue des professions de santé est instaurée. Elle sera obligatoire, financée et évaluée. Ses conditions de mise en œuvre seront précisées par décret ;
- le contrôle accru des indemnités journalières.

Un effort particulier doit être consenti pour le suivi des affections de longue durée. En effet, la croissance des soins liés aux affections de longue durée représente deux tiers de la croissance des dépenses de soins de ville observée entre 2000 et 2002. La présente loi propose donc de modifier la portée du protocole interrégimes d'examen spécial (PIRES) pour qu'il devienne un véritable contrat entre le médecin traitant et le médecin conseil. Ce protocole ouvre en effet des droits supplémentaires importants pour le patient et implique, en contrepartie, le respect des références de bonne pratique.

c) Une politique du médicament en faveur de l'innovation

Le Gouvernement souhaite poursuivre la politique qu'il a engagée en faveur de l'innovation.

Favoriser l'innovation permet d'apporter des soins de la meilleure qualité possible aux patients. Toutefois, cette politique ne peut être conduite au détriment du revenu des cotisants. Même si la croissance des dépenses pharmaceutiques ralentit, la consommation de médicaments en France reste l'une des plus élevées du monde. Il est donc indispensable de mener une politique de maîtrise médicalisée renforcée et de recherche d'économies reposant sur le développement des médicaments génériques.

Aussi, la mise en œuvre de la tarification à l'activité à l'hôpital facilitera l'utilisation des médicaments coûteux les plus innovants grâce à une harmonisation des règles de financement de ces médicaments entre les deux secteurs d'hospitalisation. Cette harmonisation devra s'accompagner d'un meilleur respect des bonnes pratiques de prescription. En ville, l'accord-cadre signé en 2003 prévoit par ailleurs un dispositif de mise sur le marché rapide des médicaments les plus innovants.

La politique de développement du générique sera donc également poursuivie, avec l'extension des tarifs forfaitaires de remboursement à d'autres groupes génériques. Par ailleurs, le Gouvernement continuera à tirer toutes les conséquences de la procédure de réévaluation des médicaments.

d) La coordination des soins

L'amélioration de la coordination de l'ensemble des acteurs qui contribuent à l'offre de soins est un enjeu majeur de la modernisation de notre système de santé. Organiser la permanence des soins, rapprocher la ville de l'hôpital et développer des réseaux sont des chantiers majeurs que le Gouvernement a lancés depuis dix-huit mois.

Le développement des réseaux constitue une priorité dans l'évolution de l'organisation des soins. Ainsi, dans le cadre du plan cancer, les professionnels sont appelés à former des réseaux spécifiques. La dotation nationale des réseaux a été doublée en 2003 et sera quasiment triplée en 2004. Parallèlement, le Gouvernement a simplifié les procédures d'agrément des réseaux. Le financement relève désormais du niveau régional, les directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) étant conjointement responsables des décisions.

La mise en place d'un dossier médical partagé doit représenter, au vu des expériences étrangères, un progrès majeur pour une prise en charge coordonnée du patient. Cette meilleure coordination des professionnels conduira à des soins de meilleure qualité et une suppression des actes redondants et des interactions médicamenteuses. En 2004, le fonds d'aide à la qualité des soins de ville financera des expérimentations pilotes qui seront mises en œuvre en concertation avec les caisses d'assurance maladie, les professionnels et les représentants des patients.

Enfin, une meilleure organisation de la permanence des soins doit permettre une réponse plus rapide et mieux proportionnée aux demandes urgentes de la population. Après concertation avec les acteurs, le Gouvernement a pris deux décrets qui réorganisent les gardes médicales de la médecine libérale. La permanence des soins est désormais organisée sur la base du volontariat, mais le conseil de l'ordre et le préfet peuvent intervenir en cas de carence.

L'ensemble de ces actions seront activement poursuivies. Le processus de concertation et de négociation sur la modernisation de l'assurance maladie devra notamment prolonger la réflexion sur les moyens d'une coordination accrue des différents acteurs.

De même, il conviendra d'examiner si, au-delà des incitations à une meilleure répartition géographique des professionnels de santé instituées notamment dans le cadre du fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale (FORMMEL), les objectifs de lutte contre la désertification médicale de certaines zones de notre territoire ou de répartition harmonieuse de l'offre médicale justifient, pour l'avenir, l'introduction de dispositifs plus contraignants.

1.3. Troisième orientation : la modernisation de l'assurance maladie

Le Gouvernement s'engage résolument dans la voie de la modernisation de l'assurance maladie. L'objectif est de sauvegarder notre assurance maladie en respectant ses grands principes qui sont la clef de l'excellence du système de santé français : un financement solidaire et un égal accès pour tous à des soins de grande qualité. Cette modernisation devra conduire à une nouvelle répartition des rôles entre l'État, garant de la santé, et les partenaires sociaux, gestionnaires de l'assurance maladie, dans le cadre d'une plus grande autonomie de gestion de l'assurance maladie.

La modernisation doit être conduite dans le dialogue social avec l'ensemble des acteurs de l'assurance maladie. La méthode et le calendrier proposés par le Gouvernement aux partenaires sont les suivants :

- l'établissement d'un diagnostic partagé constitue la première phase. Un Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie établira ce diagnostic avant la fin de l'année 2003. Mais le Haut Conseil inscrira ses travaux dans la durée et les poursuivra au-delà de cette échéance ;

- à la suite de ce diagnostic, des groupes de travail établiront dans la concertation les éléments constitutifs de la modernisation de notre assurance maladie ;

- des solutions devront être proposées à nos concitoyens avant l'été.

Il s'agit là d'un chantier majeur pour l'avenir de notre protection sociale.

1.4. Quatrième orientation : une meilleure prise en charge des personnes les plus fragiles

a) La prise en charge des personnes âgées dépendantes

La politique en faveur des personnes âgées dépendantes repose sur trois piliers principaux :

- la poursuite de l'amélioration de la qualité dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes à travers notamment une médicalisation accrue des établissements. Au 31 août 2003, sur les 8 500 établissements concernés, 1 800 environ ont conclu un processus de conventionnement avec l'Etat et les départements les engageant dans une telle démarche de modernisation ;

- la création de nouvelles places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Réparties entre 1 700 services, les 72 800 places existantes doivent répondre à un besoin grandissant compte tenu de la proportion de personnes âgées dépendantes souhaitant rester à domicile ;

- l'ouverture de services d'accueil de jour, d'hébergement temporaire ou autres alternatives offertes aux personnes âgées et aux familles qui le souhaitent, notamment les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. Visant d'une part à offrir une alternative à la prise en charge à domicile, d'autre part à soulager les aidants, le nombre de ces services est destiné à croître très sensiblement du fait de la prévalence des maladies dégénératives.

Ces orientations seront poursuivies et développées dans le cadre du plan « Vieillesse et solidarités », décidé par le Premier ministre pour faire suite aux conséquences de la canicule. Celui-ci proposera des développements sur ces différents volets à partir d'une approche globale adaptée instaurant une continuité de prise en charge entre domicile et établissement, dans le cadre de procédures allégées.

La fin de vie est un problème majeur de notre société. Il conviendra donc d'augmenter le nombre de lits de soins palliatifs et d'équipes mobiles.

b) La prise en charge des personnes handicapées

La présente loi prévoit une hausse des moyens consacrés aux personnes handicapées. Il est prévu de reconduire l'effort actuel en matière de création de places dans les établissements. L'objectif est :

- de développer les services permettant le soutien et l'accompagnement à domicile tant des enfants (SESSAD) que des adultes ;

- de renforcer les services de diagnostic et d'accompagnement précoce (CAMSP), en particulier pour les troubles autistiques ;

- d'encourager l'accueil temporaire qui offrira aux familles des possibilités d'alterner la prise en charge à domicile et le séjour en institution ;

- de poursuivre le programme spécifique de rattrapage pour les régions connaissant les plus grands déficits en termes de places (Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte-d'Azur) ;

- d'achever des opérations de maisons d'accueil spécialisé (MAS) ou foyers d'accueil médicalisé (FAM) n'ayant bénéficié jusqu'alors que de financements partiels.

Par ailleurs, le Gouvernement modifiera avant la fin de l'année la loi de 1975 afin d'assurer un droit à la compensation aux personnes handicapées et de promouvoir leur intégration véritable dans notre société.

c) La prise en charge des personnes les plus démunies

Les personnes ne bénéficiant pas de la couverture maladie universelle complémentaire bénéficieront d'une aide personnalisée à la santé. Cette aide, inversement proportionnelle aux revenus, permettra à ces personnes de financer l'assurance complémentaire qu'ils choisiront librement.

2. La branche accidents du travail

2.1. Première orientation : rénover la gouvernance de la branche

La signature d'une convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la branche accidents du travail et maladies professionnelles, avant la fin de l'année 2003, devra permettre d'améliorer la gestion de cette branche de manière significative.

De plus, le Gouvernement souhaite que la branche renforce son autonomie, ce qui passe par la constitution d'un conseil d'administration dont la composition soit propre à la branche. L'action de la branche continuerait naturellement de s'appuyer sur le réseau de l'assurance maladie. Une disposition législative spécifique sera prochainement présentée au Parlement.

Respectant la volonté majoritairement exprimée par les partenaires sociaux membres de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, le Gouvernement a décidé de ne pas relever le taux de cotisation, sous réserve que la surveillance des comptes de la branche n'amène pas à constater, en cours d'année, un trop grand déséquilibre.

Enfin, dans un souci de clarification des comptes, le montant des transferts pris en charge par la branche reste stable, voire diminue.

2.2. Deuxième orientation : prendre une décision sur l'évolution des conditions d'indemnisation des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles

Les travaux du comité de pilotage présidé par M. Michel Yahiel, puis par M. Michel Laroque, chargé d'approfondir l'expertise sur la réparation intégrale dans ses aspects juridiques, financiers et organisationnels doivent aboutir prochainement. Des premiers chiffrages qui méritent d'être complétés et affinés ont été réalisés.

Un bilan d'étape sera très prochainement disponible.

Sur leur fondement, le Gouvernement mènera une concertation approfondie avec les partenaires sociaux et les associations de victimes, afin d'être en mesure d'élaborer des propositions opérationnelles.

L'objectif est de parvenir à une solution consensuelle, qui permette à la fois de prendre en compte les évolutions de la jurisprudence, d'améliorer l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles les plus graves et de rester compatible avec l'impératif de maîtrise de nos dépenses publiques.

2.3. Troisième orientation : suivre avec attention la montée en charge du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Grâce à l'adoption d'un barème définitif d'indemnisation, le 21 janvier 2003, la réparation des préjudices subis par les victimes de l'amiante est désormais effective. Au 31 août 2003, 45,3 millions d'euros avaient été versés au titre des provisions. Des offres avaient été présentées pour plus de 80 millions d'euros. Le taux d'acceptation des offres (97 %) apparaît particulièrement satisfaisant.

3. La politique d'assurance vieillesse

3.1. Première orientation : appliquer la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites

La loi du 21 août 2003 permet à notre pays de se préparer au choc démographique de l'arrivée à la retraite de la génération du baby boom, tout en introduisant d'importantes mesures d'équité et de justice sociale.

Conformément à son article 27, la revalorisation des pensions de vieillesse de 1,7 % sera déterminée par voie réglementaire. Elle sera supérieure de 0,2 % à l'inflation prévue pour 2004, afin d'éviter de pénaliser le pouvoir d'achat des retraités, du fait du léger surcroît d'inflation constaté en 2003.

Un certain nombre de dispositions de la loi portant réforme des retraites nécessitent des décrets d'application. Le Gouvernement s'attachera à ce que ces textes soient publiés sans délai.

Au cours de l'année 2004, le relèvement du taux d'activité des salariés âgés - qui est l'un des enjeux de la réforme de 2003 - fera aussi l'objet d'une attention toute particulière.

3.2. Deuxième orientation : améliorer le droit à l'information

Le débat du premier semestre 2003 sur les retraites a montré l'importance d'apporter à nos concitoyens une meilleure connaissance sur la situation et les règles des différents régimes de retraite. L'objectif est également de leur assurer une meilleure information sur leurs perspectives propres de droit à pension. Conformément à l'article 10 de la loi du 21 août 2003, un groupement d'intérêt public sera mis en place en 2004, afin de faciliter l'échange de données entre les régimes.

4. La politique de la famille

4.1. Première orientation : favoriser l'accueil des jeunes enfants

La présente loi institue au 1^{er} janvier 2004 la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), qui va regrouper les six prestations existant en faveur de la petite enfance. L'instauration de cette prestation répond à la volonté du Gouvernement de simplifier et d'améliorer significativement l'aide apportée aux parents de jeunes enfants pour concilier leur vie familiale et professionnelle.

Le développement de l'offre de garde est un complément indispensable à la mise en œuvre de la PAJE. Plusieurs mesures importantes ~~seront~~ traduites financièrement dans ~~le PLESS~~ pour 2004 :

- le plan de création de places de crèches permettra de créer 20 000 places supplémentaires. Ce plan fera l'objet d'un avenant à la convention d'objectifs et de gestion (COG) entre l'État et la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) d'ici la fin de l'année. Il sera orienté en particulier en faveur des projets les plus innovants et souples pour les parents ainsi qu'en faveur de l'accueil des enfants handicapés ;

- pour ouvrir le secteur de l'offre de garde au maximum d'intervenants, la présente loi prévoit de permettre aux parents de passer par une entreprise ou une association sans être employeurs directs de leur assistante maternelle ou de leur garde à domicile tout en bénéficiant du complément de garde de la PAJE ;

- enfin, concernant la revalorisation du statut des assistantes maternelles, les cotisations relatives à la création d'un fonds de formation professionnelle ainsi que d'un fonds du paritarisme seront prises en charge par la sécurité sociale dans le courant de

révisé par H

sent H

l'année 2004 ; en 2005, ce sera au tour des cotisations sociales de prévoyance avec la création d'une complémentaire santé et accidents du travail.

Par souci de simplification, le complément de garde de la PAJE sera proposé aux familles sous forme d'un « chéquier PAJE » inspiré du chèque-emploi service actuel. Grâce à ce chéquier, le versement du complément sera fortement accéléré, les formalités imposées aux familles seront allégées et les risques de rupture des droits supprimés.

Par ailleurs, les familles adoptantes auront droit à une prime d'adoption ainsi qu'à l'allocation de base de la PAJE. Elle leur sera versée, quel que soit l'âge de l'enfant, pendant la même durée que pour les enfants naturels, assurant ainsi l'égalité des droits et améliorant de façon importante les droits des familles qui adoptent.

Dans le même souci de répondre aux besoins spécifiques, l'allocation de base de la PAJE sera versée, en cas de naissances multiples, pour chaque enfant et sera cumulable avec le complément de libre choix d'activité qui remplace l'APE.

Enfin, la PAJE sera versée dans les départements d'outre-mer dans les mêmes conditions qu'en métropole. Les plafonds de ressources de l'allocation de base de la PAJE seront donc alignés. A compter de 2004, le Gouvernement déposera sur le bureau de l'Assemblée nationale et sur celui du Sénat un rapport faisant état de la pertinence de modifier les conditions portant sur l'exercice antérieur d'une activité professionnelle permettant l'ouverture du droit au complément de libre choix d'activité.

4.2. Deuxième orientation : l'accompagnement de l'adolescence

Après avoir lancé pour les années à venir une politique d'accueil de la petite enfance claire et ambitieuse, le Gouvernement souhaite se concentrer en 2004 sur une politique d'accompagnement de l'adolescence.

La Conférence de la famille sera donc axée sur l'adolescence. Comme celle de 2003, cette conférence privilégiera la concertation. Elle sera aussi à l'écoute des adolescents.

Dès cet automne seront lancés différents groupes de travail sur des sujets aussi variés que la santé, la découverte de la vie professionnelle ou encore les temps libres des adolescents.

5. Le financement et l'équilibre de la sécurité sociale

5.1. Première orientation : clarifier les relations financières entre l'État et la sécurité sociale

La clarification des relations financières entre l'État et la sécurité sociale est essentielle au processus de modernisation de l'assurance maladie. En effet, elle est un préalable à la responsabilisation des différents partenaires.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a engagé les premières mesures permettant cette clarification : l'engagement de l'État de compenser intégralement les nouveaux allègements de charge et la réaffectation à la sécurité sociale d'une partie des recettes qui avaient été utilisées pour le financement du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC).

En 2004, le Gouvernement souhaite supprimer le FOREC. Ce fonds est un élément important de cette tuyauterie de financements complexe et très critiquée. La création du FOREC puis la gestion de son équilibre ont en effet été marquées par une forte instabilité liée notamment à la difficulté de prévoir efficacement ses dépenses comme ses recettes.

La suppression du fonds permet de revenir à la logique de la loi du 25 juillet 1994 qui veut que l'État compense l'intégralité des exonérations de charge qui privent la

89

sécurité sociale de recettes. Elle permet de simplifier de nombreux circuits de financement et surtout d'identifier les compétences financières de l'État et celles de la sécurité sociale.

5.2. Deuxième orientation : stabiliser le déficit de l'assurance maladie pour préparer le redressement des comptes

La crise financière à laquelle fait face le régime général et en premier lieu l'assurance maladie est trop profonde pour permettre un redressement financier des comptes sans une véritable modernisation en profondeur. Ce processus de modernisation est en cours.

Toutefois, il n'est ni possible ni souhaitable de laisser le déficit croître. Le Gouvernement a donc décidé de stabiliser le déficit de l'assurance maladie, les autres branches restant proches de l'équilibre.

Une telle stabilisation, par son ampleur, nécessite un effort significatif de tous les acteurs : offreurs de soins, patients, industrie et caisses d'assurance maladie. La présente loi et un certain nombre d'actes réglementaires mettront en œuvre les mesures nécessaires. Toutefois, une intense mobilisation en faveur de la maîtrise médicalisée est indispensable immédiatement.

Vu pour être annexé au projet de loi adopté par le Sénat dans sa séance du 27 novembre 2003.

Le Président,

Signé : CHRISTIAN PONCELET