

## FRANCHISES MEDICALES :

*l'arnaque  
à plusieurs visages***Un nouvel appel à  
notre porte-monnaie**

**De réforme en réforme, le coût de la maladie à la charge des malades ne cesse d'augmenter.**

Aux 15 euros de franchise par jour se sont ajoutées celle de un euro sur chaque consultation de médecin et celle de 18 euros pour un acte médical lourd, sans compter les dépassements d'honoraires etc..

En 2007, le forfait de 1 euro a été revu à la hausse : en cas de consultations à plusieurs reprises du même médecin au cours de la même journée ou si un médecin réalise plusieurs actes au cours d'une même séance, la participation d'un euro est retenue à chaque consultation ou acte dans la limite de 4 euros par jour pour un même professionnel de santé. Le 1<sup>er</sup> juillet, la consultation chez un généraliste est passée de 21 à 22€. Et depuis le 3 septembre, de nouvelles mesures sont entrées en vigueur pour inciter les patients à s'inscrire dans un parcours de soins coordonnés : si ce n'est pas le cas, si ce n'est pas le cas le taux de remboursement passe de 60 à 50% soit, pour une consultation chez un généraliste, un remboursement de la Sécu qui passe de 14,40 euros à 10 euros.

Depuis le début de l'année 2008, trois nouvelles franchises médicales sont venues accentuer la pression sur le pouvoir d'achat

des malades. Rien n'y a fait ni les protestations multiples, ni les critiques des acteurs de santé, ni les sondages défavorables.

Le patient paie 50 centimes d'euro sur chaque boîte de médicaments prescrite par le médecin, plus 50 centimes pour tout acte paramédical (kinésithérapie, soins infirmiers ...) Les malades qui ne peuvent pas se déplacer par eux mêmes seront prélevés de 2€ lors de chaque transport sanitaire en ambulance ou en taxi. Ces franchises sont déduites automatiquement du montant des remboursements du régime obligatoire de l'assurance maladie et, dans le cas de bénéfice du tiers-payant, elles seront déduites d'un remboursement ulté-

rieur (et le fait que les mutuelles de la fonction publique de l'état gère le régime obligatoire n'y change rien). Le montant de ces trois franchises est plafonné à 50 euros par an et par personne.

Ces nouvelles dépenses imposées aux patients s'ajoutent à un reste à charge annuel, qui de forfaits en déremboursements divers, peut atteindre jusqu'à 500 euros pour des millions de patients gravement malades. Les affections de longue durée prises en charge à 100% par l'assurance maladie n'échappent pas aux franchises.

**Ces franchises sont complètement**



*Franchises: des pilules de plus en plus amères*

### **injustes et inefficaces pour financer les besoins de santé qui progressent au rythme de l'augmentation de l'espérance de vie et des progrès de la médecine.**

- Injustes parce que les malades doivent payer du seul fait qu'ils seraient coupables d'être malades. Pour interpeller l'opinion publique, certains n'ont pas hésité à mettre leur vie en danger, en arrêtant de se soigner,... afin de sauvegarder leur droit de se soigner !!!
- Inefficaces une fois de plus car, pas plus l'ancienne vignette auto n'a financé la vieillesse comme cela avait été annoncé lors de sa création en 1956 ces prélèvements payés par les malades ne financeront pas la maladie d'Alzheimer, le cancer ou les soins palliatifs délivrés en fin de vie : le système d'assurance maladie n'attribue pas des enveloppes de crédits par pathologies.

**Pour l'UGFF CGT les franchises ne constituent pas une réponse acceptable aux difficultés du système de santé. A l'initiative du collectif de lutte contre les franchises, des pétitions circulent depuis quelques mois, l'UGFF invite à les faire exploser pour que le gouvernement soit contraint de revoir sa copie.**

### **Une remise en cause des principes fondateurs de la Sécu**

Avec les franchises, ce sont les malades qui paient pour les malades. L'assurance maladie, à sa création en 1945, reposait sur la solidarité entre les malades et les bien portants. Aujourd'hui, les patients doivent « être responsables » et mettre la main à la poche !

Les franchises constituent ainsi un changement majeur dans le système français basé sur la solidarité. Elles modifient le comportement de chacun face à la maladie et à son coût, elles poussent à l'individualisme et à reporter voire renoncer aux soins.

Et, lorsque dans le même temps, le parlement décide que les mutuelles « solidaires » ne pourront pas rembourser les franchises dans le cadre des « contrats responsables » des complémentaires santé (alors que 90% des contrats mutualistes relèvent des contrats responsables pour bénéficier des exonérations fiscales et sociales) cela équivaut à une interdiction de prendre en charge les franchises si les mutuelles ne veulent pas être taxées et en conséquence appliquer une hausse mécanique des cotisations....

### **Le but est bien de briser l'un des fondements de la société française, la solidarité de tous face à l'attaque la plus dure, celle de la maladie.**

Les réformes engendrent déjà une baisse de la fréquentation de spécialistes, un déremboursement optique et dentaire, l'exclusion d'un nombre croissant de personnes aux soins, moins de dépistage et de médecine de prévention chez les plus jeunes, les plus pauvres se retrouvent à l'hôpital avec des maladies plus graves etc....

### **Une ouverture aux assurances**

Progressivement, en transférant sur les familles toutes les dépenses courantes, en interdisant qu'elles soient prises en charge par les mutuelles, en laissant à l'assurance maladie les longues maladies et les interventions lourdes, en organisant une inégalité devant la maladie en fonction des revenus de chacun... le principe de solidarité recule.

Le gouvernement permet ainsi aux assureurs privés de proposer des contrats sur mesure aux plus riches. D'une logique de solidarité nationale on passe peu à peu à une forte inégalité d'accès aux soins. D'un côté on aura bientôt un régime solidaire pour les personnes à risque et de l'autre des assurances privées pour les petites maladies, les enfants, les soins dentaires ou les lunettes...ou pour ceux qui pourront payer. C'est ainsi que le gouvernement ouvre la

santé au marché des assurances.

Les faibles recettes escomptées avec les franchises (environ 650 à 850 millions d'euros par an) comparées au déficit de la sécu estimé à 12.7 milliards d'euros en 2008 dont 7.1 milliards pour la seule branche maladie mettent en évidence que les motivations sont à chercher ailleurs. Les franchises participent de l'installation progressive d'une société inégalitaire et individualiste.

### **Agir ensemble**

**Pour l'UGFF CGT, le gouvernement doit négocier des pistes alternatives de financement.**

4 français sur 5 sont très attachés à leur Sécu. 61% des français disent non à la franchise médicale.

Nombre de professionnels de santé, estimant que le déficit de l'assurance maladie n'est pas une fatalité, mais une construction, se battent. Ils estiment qu'on ne peut pas dissocier la défense du système solidaire des pratiques de santé alternatives, qu'il est possible de changer profondément le mode d'organisation de l'offre de soins... et ils avancent des propositions.

A la CGT, face au tarissement du financement socialisé de la protection sociale par la réduction du coût du travail (qui vise particulièrement les cotisations sociales patronales), face aussi au report sur les ménages du financement par la CSG, la CRDS, le projet de TVA sociale etc... des propositions d'un autre financement de la protection sociale sont des revendications partagées (cf. repères revendicatifs de la CGT).

**Pour un système de protection sociale capable de faire face aux besoins nouveaux liés à la démographie, la dépendance, la santé, l'emploi... Il convient aujourd'hui d'AGIR ENSEMBLE, demain il sera trop tard. La CGT doit en prendre l'initiative pour imposer au gouvernement de négocier les alternatives à ces réformes.**