



**Syndicat
du
Personnel
des
Banques**

**Section
CEPAL**

Construire ensemble

Avec franchise...



Août 2007

Franchises médicales... le malade au rang du lampiste !

Le Président de la République a précisé le 31 juillet 2007 à Dax, les modalités d'application des franchises médicales, soit disant pour financer la lutte contre la maladie d'Alzheimer et le cancer...

Certes, pour faire reculer ces maladies (*et bien d'autres*), la Cgt soutient l'idée qu'un investissement important est nécessaire dans les domaines de la recherche, de la prévention, de l'accompagnement et de la prise en charge des patients.

Cela ne l'empêche pas, bien au contraire, de réaffirmer **son opposition catégorique** à la mise en place de franchises médicales (*0,50 € par boîte de médicament, 0,50 € pour chaque acte paramédical, 2 € pour chaque recours à un transport sanitaire,...* avec un plafond à 50 €), qui vont faire porter l'effort financier par les malades les plus nécessiteux et vont s'ajouter aux tickets modérateurs et aux remboursements institués par la réforme Douste-Blazy : 1 € par acte médical, augmentation du forfait hospitalier, 18 € de franchise sur les actes médicaux dits « lourds » ,....

L'accumulation de ces mesures, présentées au nom de la responsabilisation, de la solidarité, mais faisant surtout appel aux bons sentiments, **vide en réalité la Sécurité Sociale de son contenu sans rien régler des problèmes posés**. Les assurés sociaux, les plus malades d'entre eux, vont voir leur « reste à charge » augmenter, leur pouvoir d'achat et leurs conditions de vie se détériorer.

Pourtant d'autres mesures que les franchises permettraient de financer la prise en charge des pathologies lourdes. Dans le même temps, ce doit être aussi par pure coïncidence que les cadeaux fiscaux aux couches les plus aisées de la population se multiplient.

Une logique ni médicale, ni vraiment financière...

Ainsi, alors que la ministre de la Santé indique que ces franchises rapporteront 850 M€, les comptes de la Sécurité Sociale subissent un manque à gagner de plusieurs milliards d'euros, dû en partie aux accidents du travail non déclarés et aux maladies dont l'origine est professionnelle mais qui ne sont pas reconnues à ce titre. La prise en charge financière de tous les accidents du travail et maladies professionnelles par les employeurs, comme le prévoit la législation, dégagerait des ressources nouvelles pour la Sécurité sociale.

Aujourd'hui, l'Etat a accumulé, à l'égard de la Sécurité Sociale, une dette impressionnante.

Dans une note de janvier 2007, l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), indiquait que la dette de l'Etat, vis à vis du seul régime général, aurait atteint **5,9 Md€** à la fin 2006. Avec les autres régimes, notamment le régime agricole, la dette envers la Sécu représente plus de **7 Md€** (*rappelons que... le « trou » de la Sécu est estimé à 11,5 Md€*).

Cette nouvelle augmentation de la dette de l'Etat est liée principalement à :

- des exonérations de cotisations que l'Etat s'était engagé à prendre à sa charge : contrats d'apprentissage et de professionnalisation, exonérations dans les DOM, etc.
- des prestations sociales versées pour le compte ou prises en charge par l'Etat sans que les budgets votés suffisent à couvrir la dépense (*AME, API, etc.*).

Chose curieuse, typiquement française en matière de comptabilité publique, cette dette n'apparaît ni dans le déficit budgétaire (*les sommes n'étant pas effectivement versées par l'Etat*), ni dans le déficit de la Sécurité Sociale (*qui, elle, intègre ces créances dans ses comptes*).

Les coûts de trésorerie associés à la dette ont représenté, quant à eux, **plus de 160 M€** en 2006 !

Au final, ce sont toujours les mêmes remèdes et économies de bout de chandelle qui sont proposés au fil des années : plus de médicaments non remboursés, plus de franchises, plus de restrictions budgétaires pour les hôpitaux, des taux de remboursement moindres pour les médicaments encore à la nomenclature...

Dans le même temps, la CNAM surestime les économies pouvant être réalisées avec les médicaments génériques mais s'interroge peu sur l'opportunité et la réalité de la cotation de certains actes médicaux facturés à la Sécurité Sociale par certains établissements privés, et fait toujours preuve d'autant de bienveillance au sujet des établissements facturant des journées complètes d'hospitalisation alors que le malade est rentré ou sorti en cours de journée !

On voit mal également, comment les médecins libéraux pourraient effectivement participer à cet énième plan d'économies alors que le tarif de la consultation des généralistes passera à 23 € en 2008.

Quant au plan hôpital 2007, il pousse à la privatisation de pans entiers de l'hôpital public et à l'adoption des critères de gestion du privé, comme le soulignent les syndicats de médecins et d'hospitaliers. La « tarification à l'activité » favorise les établissements hospitaliers privés à travers un financement public et pousse à une sélection accrue des malades.

Quant à l'industrie pharmaceutique, tant qu'elle pourra fixer librement ses prix, notamment pour les médicaments qualifiés « d'innovants », elle répercutera immédiatement sur ces derniers tout effort qui lui sera demandé.

Mais pour la presse et les médias « bien-pensants », c'est d'abord le salarié qui abuse d'arrêts de travail, l'assuré social qui retourne voir plusieurs fois son médecin traitant ou le chômeur qui réclame ses prestations familiales qui sont responsables du déficit de la Sécurité sociale !

Une vraie réforme supposerait d'abord d'en finir avec les argumentaires qui ne sont que des opérations de communication dont la dernière est l'annonce faite par Nicolas Sarkozy visant à affecter le produit des franchises à la recherche sur certaines maladies alors que ce ne sera même pas suffisant pour combler le déficit de la seule branche maladie du régime général !

Faute d'un financement plus juste de la protection sociale, c'est encore sur les assurés sociaux, salariés ou retraités, que va peser l'essentiel du fardeau de la solidarité...

Mais l'objectif avoué derrière cela, c'est « d'amorcer la pompe », de commencer petit (*enfin, pas tant que cela...*) et d'augmenter, année après année au fur et à mesure de l'inéluctable croissance des dépenses de santé, ces contributions asociales.

Ce qui revient également à remplacer progressivement le financement actuel (*proportionnel aux revenus*) par un financement identique quel que soit le revenu (*c'est-à-dire plus douloureux pour les plus modestes*) c'est-à-dire un financement qui sera, en fait, contraire à la solidarité originelle et pénalisera d'abord ceux qui devraient fondamentalement être protégés.

La réalité de la franchise :

c'est faire payer les pauvres, les familles, les malades et les vieux.

**Vous souhaitez réagir, alors n'hésitez pas à signer la pétition...
sur le site « www.appelcontrelafranchise.org ».**

Vos Délégués SPB / CGT, un réel contre-pouvoir.