

La CGT et le Collectif National contre les Franchises* vous appellent à dire NON aux franchises médicales !

LES FRANCHISES MEDICALES : OBSTACLES A L'ACCES AUX SOINS

Les franchises se cumulent : franchises sur chaque boîte de médicament, franchises sur chaque acte des auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, etc.), sur chaque transport sanitaire. Elles mettent en difficulté des personnes âgées, des invalides, des familles à revenus modestes, qui repoussent ainsi à plus tard leurs démarches de soins... ou y renoncent même.

Ces franchises s'ajoutent aux forfaits qui ponctionnent les malades, sur les consultations et les actes biologiques. Elles s'ajoutent aussi au forfait de 18 € prélevé sur les actes techniques d'un coût supérieur à 91 €, et au forfait hospitalier

Ces franchises peuvent augmenter du jour au lendemain par décret gouvernemental. Le forfait hospitalier coûtait à l'origine 3 Euros. Il atteint maintenant 16 Euros par jour !

LES FRANCHISES : la double peine !

La « responsabilisation » des malades s'appuie sur la culpabilisation des soi-disant « consommateurs » de soins, et les contraint, en fait, à effectuer des soins trop tardivement. L'hospitalisation devient alors la seule alternative, dans un contexte de démantèlement du service public hospitalier. Est-ce ainsi qu'on entend garantir le droit à la santé pour tous ? Est-ce ainsi que l'on « fait des économies » ?

DERRIERE LES BELLES PAROLES : DES OBJECTIFS MOINS NOBLES !

La justification des franchises - encore confirmée par le président Sarkozy - était le financement des plans « Alzheimer » et « Cancer » et des soins palliatifs.

Or, la presse vient de révéler qu'aucune ligne de recette spécifique provenant de l'assurance-maladie n'a été attribuée dans le budget de la *Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie* qui devait recevoir ces fonds au titre du plan Alzheimer.

Après avoir lancé récemment des « ballons d'essai » sur le déremboursement total des frais optiques et dentaires, le gouvernement, non content de piocher avec les franchises dans la poche des malades, envisage aujourd'hui la restriction des remboursements à 100% pour les malades atteints de maladie grave (Affection de Longue Durée). Cela commencerait par le diabète et les maladies cardio-vasculaires, qui ne seraient dorénavant remboursées à 100 % du tarif de la Sécu qu'au stade de complications avérées.

Plusieurs déclarations mettent la lumière sur les objectifs du gouvernement : contraindre chacun à prendre en charge une part des dépenses de santé, et donc de contracter des assurances privées.

« Qu'est-ce qui doit être financé par la solidarité nationale, qu'est-ce qui doit relever de la responsabilité individuelle à travers une couverture complémentaire ? Ce débat qui a déjà eu lieu chez nos voisins, je demande au gouvernement de l'organiser » a indiqué en mars le chef de l'Etat.

Aussitôt la ministre de la santé précisait que *« le gouvernement mène une réflexion sur la prise en charge des soins par l'assurance maladie qui pourrait déboucher sur une loi au premier semestre 2009, ce texte pourrait définir les soins qui relèvent de l'assurance maladie et ceux qui relèvent de la responsabilité individuelle »*

Nous ne voulons pas d'un tel système, à l'américaine : 47 millions d'habitants des Etats Unis n'ont pas de couverture sociale, les très pauvres recourent à l'assistance, ceux qui en ont les moyens doivent payer des assurances privées. Les dépenses de santé y sont les plus élevées au monde (15,3% du PIB) pour des résultats parmi les plus médiocres des pays les plus riches.