

<p>LOI DE FINANCES DE SECURITE SOCIALE 2008 TRAME ARGUMENTAIRE PAR RAPPORT AUX FRANCHISES</p>

Rédaction : Conseil de la CPAM du Calvados

Commission de réflexion permanente du 8 Octobre 2007 :

ù les conseillers présents adoptent à l'unanimité la teneur de l'argumentaire

ù les conseillers excusés ont été contactés téléphoniquement par le président : Mrs Bourbon (Mutualité française) et Duval (UPA) ont donné leur accord. Monsieur Cavellec (MEDEF) s'abstient de prendre position.

Cette trame argumentaire est réalisée à partir des préoccupations de militants de l'Assurance maladie, elle n'aborde pas l'ensemble de la Loi de finances de la Sécurité Sociale (PLFSS) et de ses mécanismes... mais seulement la question des franchises.

- q Remise en cause des fondamentaux de l'ordonnance de 45 où les malades désormais devront payer pour les malades
 - q Un dispositif qui touche les revenus modestes juste au dessus des minima sociaux
 - q Les malades en ALD auront une dette avec l'assurance maladie de 100 euros au 1^{er} janvier chaque année
 - q L'entrée dans un processus qui, l'Histoire nous le montre, ne restera pas en l'état !
 - q Toute la question de l'accès aux soins avec l'ensemble des restes à charge de plus en plus lourds pour les assurés sociaux
 - q Un risque de recettes « nouvelles » qui peuvent provoquer des dépenses supplémentaires à moyen ou long terme
 - q Une fausse réponse à un vrai problème d'organisation,
 - q Un paradoxe : l'assurance maladie aide à l'acquisition de couverture maladie complémentaire
-

Remise en cause des fondamentaux de l'ordonnance de 45 où les malades désormais devront payer pour les malades

En France, la Sécurité sociale a été définie pendant la Seconde Guerre mondiale, par le Conseil national de la Résistance.

Selon l'ordonnance du 4 octobre 1945 :

« art. 1er — Il est institué une organisation de la sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent »

La Sécurité sociale figure explicitement dans le préambule de la constitution de la Quatrième République française qui «garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs» (alinéa 11), préambule repris à son compte par la Constitution de la Cinquième République

Faire peser financièrement sur les malades les franchises, c'est aller contre le principe même de Solidarité institué par l'ordonnance de 45 qui prévoyait que le bien portant paie pour le malade.

C'est tout de même 0,6% de l'évolution de l'ONDAM 2008 qui serait financé par cette mesure, orientation qui accentue encore le reste à charge des personnes. Ce chiffre d'ailleurs serait à rapprocher du coût des augmentations successives des professionnels de santé en particulier des médecins pour lesquels une nouvelle revalorisation tarifaire est prévue en milieu de l'année prochaine.

Si, en cas de comité d'alerte, la revalorisation prévue au premier Juillet pour les médecins est reportée, elle ne le sera en tout état de cause que jusqu'au 1er janvier 2009 selon les propos retrouvés dans le dossier de presse de Mme le Ministre de la Santé

Le PLFSS prévoit également qu'en cas de déclenchement de la procédure d'alerte face à un risque sérieux de dépassement de l'ONDAM de plus de 0,75 %, les revalorisations à venir sont suspendues. Elles peuvent être différées ou confirmées par voie d'un nouvel avenant, si l'UNCAM les juge compatibles avec le respect de l'ONDAM. En l'absence d'avenant, les revalorisations prévues entrent en vigueur en tout état de cause au plus tard le 1er janvier de l'année suivante, ce qui permet d'assurer la mise en oeuvre des conventions. (source : dossier de presse PLFSS Ministère de la santé)

Si les franchises étaient bien annoncées dans le programme électoral de l'actuel président de la république, elles l'étaient pour financer différents plans ou chantiers présidentiels dont le plan Alzheimer et le renforcement du plan cancer...

Le constat aujourd'hui est qu'elles sont intégrées dans le PLFSS comme recettes... que ce PLFSS prévoit bien les plans de santé publique, mais qu'il ne prend pas en compte intégralement les besoins exprimés par les orientations CNAMTS votées le 19 Juillet dernier...

Pour rappel : l'évolution de l'ONDAM 2008 souhaitée par la Caisse Nationale était de 3.4%... mais sans les franchises !

Un dispositif qui touche les revenus modestes juste au dessus des minima sociaux

Afin de préserver la situation des plus fragiles, cette mesure prévoit que sont exonérés de son application les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, les enfants mineurs et les femmes enceintes dont la situation reste ainsi inchangée. Le montant de la franchise ne pourra excéder un plafond global de 50 euros par an. Conformément à la loi en vigueur, les assureurs complémentaires pourront prendre en charge le montant de la franchise. Toutefois, eu égard au caractère spécifique de ce dispositif et à la volonté de responsabilisation des assurés qui en fonde la mise en place, il ne semble pas souhaitable d'ouvrir à ces contrats l'ensemble des avantages fiscaux qui soutiennent le développement de l'assurance complémentaire santé. (source : dossier de presse PLFSS Ministère de la santé).

S'il est reconnu que certains dispositifs ont pour but de permettre aux plus défavorisés l'accès aux soins, la situation devient de plus en plus problématique pour les assurés qui se situent juste au dessus des plafonds pour bénéficier de ces dispositifs.

Leur situation devient de plus en plus problématique même si pour les revenus jusqu'à CMUC plus 20% il peut y avoir une aide à la mutualisation (assez peu utilisée du reste), le panier de service n'est plus opposable contrairement aux dispositifs CMU/CMUC.

Du coup ils sont largement pénalisés avec une couverture santé complémentaire qui coûte de plus en plus cher, et certains soins (exemple dentaire, optique) deviennent inaccessibles du fait des restes à charge importants.

De plus, selon le dossier de presse présentant le projet de loi de finances sécurité sociale l'orientation retenue serait de ne pas prendre en charge ces franchises ... toujours au nom de la responsabilisation !!!

Les malades en ALD auront une dette avec l'assurance maladie de 100 euros au 1er janvier chaque année

Si la Loi de finances est adoptée en l'état, en guise de carte de vœux, les assurés malades, reconnus en Affection Longue Durée, verront très certainement leur compteur débiteur de 100 euros envers l'assurance maladie... compte tenu du nombre de boîtes de médicaments leur étant prescrit ou/et de soins paramédicaux.

Il ne faut pas oublier que ces franchises limitées pour l'instant à un plafond de 50 euros se surajoutent à un autre plafond déjà en place avec le reste à charge d'un euro sur la consultation médicale... déjà en vigueur !

A cela bien sûr risquent fortement de s'ajouter les forfaits hospitaliers, les forfaits soins lourds... une facture pour se soigner qui pèsera très lourd chez les plus malades... un risque majeur de limiter l'accès aux soins ...

L'entrée dans un processus qui l'histoire nous le montre, ne restera pas en l'état !

Il suffit de prendre l'exemple du forfait hospitalier qui à son origine était de 20 Francs, soit environ 3 euros.. ; c'était en avril 1983... aujourd'hui son montant est tout de même de 16 euros pour passer à 17 au 1er janvier prochain, soit presque 6 fois plus qu'à son origine !

Ce n'est d'ailleurs qu'une étape de déremboursement... le forfait soins lourds à la charge de l'assuré ou de son organisme complémentaire de santé est venu aggraver le reste à charge, tout comme la participation forfaitaire d'un euro qui est passée à un potentiel de 4 euros par jour après les mesures prises après le Comité d'alerte en Juillet dernier.

Il ne faudra pas oublier non plus les dépassements d'honoraires de plus en plus fréquents de certains professionnels de santé, dépassements de plus en plus lourds pour les assurés....

Toute la question de l'accès aux soins avec l'ensemble des restes à charge de plus en plus lourds pour les assurés sociaux

Jusqu'à 4 euros par jour restant à la charge d'un assuré avec la participation forfaitaire, un forfait hospitalier à 16 euros par jour depuis le 1er janvier 2007 (17 euros au 1er janvier 2008), la franchise (déjà !) de 18 euros sur les actes lourds, des déremboursements de médicaments (fixé par la Haute Autorité de Santé) qui sont encore prescrits par les médecins, et bien entendu les tickets modérateurs... la facture devient intenable pour les revenus les plus modestes qui ne peuvent plus se payer une couverture maladie complémentaire du fait de leurs tarifs qui augmentent au fur et à mesure des dispositifs de déremboursements !

La question de l'accès aux soins pour raison purement financière se pose donc de manière de plus en plus accrue, sans parler d'ailleurs des remboursements quasi symboliques de l'optique, de l'auditif et de certains soins dentaires ! Au passage, il y avait aussi dans les promesses du candidat à l'élection présidentielle, l'augmentation de ces remboursements... sans suite à aujourd'hui !

Un risque de recettes «nouvelles» qui peuvent provoquer des dépenses supplémentaires à moyen ou long terme

L'orientation d'une prise en charge moindre au fil des années des conséquences financières liées à la santé et son accélération avec la mise en place de franchises sur les consommateurs de soins peut retarder un certain nombre de prises en charge, qui deviendront plus coûteuses du fait de la dégradation de l'état de santé des personnes qui auront renoncé ou retardé des soins nécessaires.

Les études sur les consommations de bénéficiaires de la CMU ou de la CMUC montrent bien une surconsommation « de rattrapage » à l'entrée dans le dispositif pour des soins qui avaient été différés par manque de couverture sociale par exemple (le niveau de consommation rejoint celui des assurés « classiques » par la suite)

Une fausse réponse à un vrai problème d'organisation :

Il aurait mieux fallu travailler sur l'organisation du système de soins et renforcer le rôle du médecin traitant par exemple, la mise en place au plus tôt du Dossier Médical Partagé, source d'économie de souffrance humaine, source d'amélioration de la qualité de la prise en charge, et enfin, source d'économies financières.

Il aurait fallu également se poser la question de manière plus accrue du côté inflationniste de la rémunération à l'acte des professionnels de santé.

La responsabilisation du malade a quelques limites, notamment celle du fait que ce n'est pas lui qui prescrit, ni les médicaments, ni les actes paramédicaux, même si parfois il peut être très demandeur.

Un paradoxe... l'assurance maladie aide à l'acquisition de couverture maladie complémentaire

L'Assurance maladie a pu déceler à travers son action sanitaire et sociale les difficultés grandissantes de ses assurés à acquérir ou même à maintenir une couverture maladie complémentaire, par le recours de ceux-ci aux aides ou secours exceptionnels.

Les initiatives des Caisses visant à aider leurs ressortissants en difficulté avec une aide à l'accession à une couverture complémentaire, notamment les exclus de la CMUC (pour seulement quelques euros parfois), ont été relayées par un dispositif national d'aide à la «mutualisation».

Il est paradoxal tout de même que soit mis en place un dispositif national d'aide pour compenser les déremboursements successifs décidés par les différents ministres, déremboursements qui pèsent de plus en plus lourds sur le prix à payer pour avoir une complémentaire... qui plus est, ce dispositif s'applique pour les complémentaires issues du monde de la Mutualité ou de l'assurance ...

---oo0oo---