

DOUBLEMENT DES FRANCHISES MEDICALES ET DES PARTICIPATIONS FORFAITAIRES.

QUAND LE GOUVERNEMENT SE SERT DANS LA POCHE DES TRAVAILLEUR.SES ET DES RETRAITES.ES

Franchises médicales, participations forfaitaires, deux appellations qui cachent un même principe : sous couvert de la **pseudo-volonté de « responsabiliser » les malades, les pénaliser financièrement** en laissant à leur charge une partie des dépenses de santé.

Instaurées en 2008, le gouvernement Macron a décidé de doubler leur montant depuis le 31 mars 2024.

La **participation forfaitaire** s'applique à toutes les **consultations ou actes** réalisés par un **médecin généraliste ou spécialiste**, en ville ou en établissement de santé, aux **examens de radiologie** et aux **analyses de biologie médicales**.

Son montant est de **2€ par acte pour tous ces soins, limité à 8€ par jour**. Elle ne concerne pas les soins dentaires, les interventions chirurgicales, les hospitalisations et actes de dépistage notamment.

En cas de prescriptions ou consultations multiples dans la même journée, les forfaits seront dus pour chaque acte, dans la limite des plafonds journaliers prévus pour chaque type d'acte.

La **franchise médicale** s'applique sur les **médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires, avec des montants et des plafonds différents :**

1€ par boîte de médicament, préparation magistrale, sans plafond journalier.

1€ par acte paramédical (infirmier, kiné, orthophonistes, orthoptistes, pédicure- podologue) en ville et en établissement de santé, limité à 4€ par jour.

4€ par trajet de transport sanitaire, limité à 8€ par jour (aller/retour).

Seuls sont exonérés du versement de ces franchises et participations forfaitaires les moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse et les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ou de l'AME.

Les sommes dues sont déduites automatiquement de vos remboursements sur chaque acte concerné, ou en cas de tiers payant, sur les remboursements suivants. Et si en fin d'année vos remboursements n'ont pas permis de récupérer toutes les franchises et participations dues, vous recevrez un courrier et vous devrez les régler à la CAMIEG.

Un plafond annuel de 50€ est prévu pour chaque dispositif, mais les 2 plafonds se cumulent, **c'est donc jusqu'à 100€ de reste à charge possible par an** et par personne au titre des franchises et participations forfaitaires qui s'ajoutent à toutes les dépenses non remboursées.

Selon le gouvernement, le doublement des franchises et participations forfaitaires devraient « rapporter » 1,5 milliard d'euros à la Sécurité sociale.

Nous pouvons sincèrement en douter compte tenu des effets pervers de cette mesure qui vont entraîner des renoncements aux soins et une détérioration de la santé, avec à terme un besoin de soins plus lourds et plus coûteux.

Les malades ne sont pas des irresponsables qui consomment abusivement. Si la production et le prix des médicaments étaient mieux encadrés et contrôlés, dans le cadre d'un pôle public par exemple, les économies pour l'assurance maladie seraient bien plus importantes et les malades seraient mieux soignés, sans les pénuries que l'on connaît.

Pour la CGT, aucun reste à charge ne peut permettre de garantir un bon accès aux soins pour toutes et tous. Plutôt que pénaliser les malades, il y a urgence à stopper les exonérations de cotisations sociales et à augmenter les salaires particulièrement par l'égalité salariale (+ 6 milliards d'euros) pour financer, par le salaire socialisé, fruit du travail, une Sécurité sociale à la hauteur de la réponse aux besoins.