

La franchise médicale en pratique

La franchise médicale s'applique à partir du 1^{er} janvier 2008 sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Elle concerne des postes de dépenses particulièrement dynamiques en France : la consommation de médicaments reste en effet l'une des plus fortes en Europe¹.

Le montant de la franchise est de 50 centimes d'euros par boîte de médicaments et par acte paramédical et de 2 euros par transport sanitaire. Le montant de la franchise ne pourra excéder un plafond global de 50 euros par an. En pratique, cette somme est déduite au fur et à mesure des remboursements effectués par les caisses d'assurance maladie. En cas de tiers de payant, la franchise est déduite sur un remboursement ultérieur. Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, les enfants et les femmes enceintes en sont exonérés.

Les franchises serviront à financer les investissements consacrés à la lutte contre le cancer, la maladie d'Alzheimer et l'amélioration des soins palliatifs à hauteur de 850 millions d'euros. Un rapport sera présenté tous les ans devant le Parlement pour préciser l'affectation des montants correspondant aux franchises.

La franchise médicale en pratique

- La franchise, qu'est-ce que c'est ?

C'est une somme qui est déduite des remboursements effectués par la caisse d'assurance maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Le montant de la franchise est **plafonné à 50 euros par an** pour l'ensemble des actes ou prestations concernés.

- Qui est exonéré ?

Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, les enfants et jeunes de moins de 18 ans et les femmes enceintes.

- La franchise, combien ça coûte ? Quels sont les actes, les produits et les prestations concernés ?

50 centimes d'euro sur les remboursements de médicaments

50 centimes d'euro sur les actes paramédicaux

2 euros par transport sanitaire

- Un plafond journalier a été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires : on ne pourra pas déduire plus de 2 euros par jour sur les actes paramédicaux et 4 euros par jour pour les transports sanitaires.

¹ Cf *Consommation et dépenses de médicaments : comparaison des pratiques françaises et européennes* (19/10/2007) sur www.ameli.fr espace presse

I - Comment s'applique la franchise sur les médicaments ?

Le contexte

Les dépenses de médicaments représentent 20,3 milliards d'euros en 2006 soit 1/3 des dépenses de soins de ville en France.

2,5 milliards de boîtes, flacons, ou autres présentations de médicaments ont été délivrés par les officines de ville et remboursés pour tous les régimes, soit plus de 40 boîtes par assuré et par an.

En France, 90 % des consultations aboutissent à une prescription contre 50 % seulement aux Pays-Bas. En France, une visite ou une consultation donne lieu à la prescription de 6 boîtes de médicaments en moyenne.

- Quel est le montant de la franchise sur les médicaments ?

Le montant de la franchise est de 50 centimes d'euros par boîte de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement : flacon par exemple).

- Qui est exonéré de la franchise ?

Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, les enfants et les femmes enceintes en sont exonérés.

- En pratique, que se passe-t-il à la pharmacie quand j'achète des médicaments ? Le pharmacien me fait-il payer plus cher la boîte ?

Non, vous payez le même prix que d'habitude. Le montant de la franchise, 50 centimes d'euros, est déduit du remboursement effectué par l'Assurance Maladie pour la boîte de médicaments que vous avez achetée.

Par exemple, si vous achetez une boîte de médicament 10 euros et que ce médicament est remboursé à 65 %, l'Assurance Maladie vous remboursera 6 euros au final (6,50 € - 0,50 € de franchise).

- Si j'achète des médicaments génériques et que je bénéficie du tiers-payant, comment la franchise sera-t-elle prélevée sur ces médicaments ? Dois-je verser les 50 centimes d'euros directement au pharmacien ?

Non, vous ne versez pas la franchise au pharmacien.

Lorsque vous êtes en tiers-payant vous payez à la pharmacie la part non remboursée par l'Assurance Maladie (le ticket modérateur).

Le montant de la franchise sera déduit d'un de vos prochains remboursements, sur une consultation par exemple.

- Tous les médicaments sont-ils concernés ?

Oui, tous les médicaments remboursables sont concernés qu'ils soient allopathiques ou homéopathiques ou une préparation magistrale.

- Et pour l'automédication ? Peut-on me prélever une franchise si j'achète tout seul une boîte de médicament sans prescription médicale ?

Non, la franchise n'est prélevée que sur les médicaments remboursés, elle ne concerne pas l'automédication.

- La franchise s'applique-t-elle sur les pansements prescrits par mon médecin traitant ?

Non, les pansements ne sont pas des médicaments, ce sont des dispositifs médicaux appartenant la Liste des produits et prestations.

- Peut-on me prélever une franchise si le reste à charge pour une boîte de médicaments est inférieur à 50 centimes d'euros ?

Oui, une franchise est prélevée quelque soit le coût du médicament remboursé. Dans certains cas le montant de la franchise pourra par conséquent être inférieur à 50 centimes d'euros. Par exemple pour un médicament dont le reste à charge pour l'assuré est de 30 centimes d'euro, la franchise se montera seulement à 30 centimes d'euros.

- Comment ça se passe si j'achète des médicaments pour mon enfant ?

Les enfants et les jeunes de moins de 18 ans sont exonérés, il n'y aura donc pas de franchise déduite du remboursement.

- La contraception d'urgence, dite « pilule du lendemain », délivrée en pharmacie en boîte d'un comprimé est-elle soumise à une franchise ?

Si vous avez moins de 18 ans, cette contraception vous est délivrée gratuitement et de façon anonyme par le pharmacien. Comme vous êtes mineure, vous êtes exonérée de la franchise.

A partir de 18 ans, vous pouvez vous procurer la pilule du lendemain en pharmacie :

- soit sans prescription médicale : dans ce cas, elle n'est pas remboursée et il n'y a pas de franchise

- soit sur prescription médicale : dans ce cas, elle est remboursée à 65 % par l'Assurance Maladie et la franchise de 0,50 € s'applique.

Les franchises ne s'appliquent pas aux programmes de prévention organisée

Dans le cadre de sa politique de prévention organisée, l'Assurance Maladie souhaite agir sur les comportements avant que la maladie n'apparaisse. L'une de ses missions d'assureur solidaire en santé est de prévenir les risques pour les populations qui y sont le plus exposées.

Dans ce cadre, l'Assurance Maladie prend en charge à 100% la vaccination anti-grippale pour les 65 ans et plus et les personnes atteintes de certaines affections la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) pour les enfants de 1 à 13 ans ainsi que le dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans.

Ces dispositifs de prévention pris en charge par l'Assurance Maladie ne sont pas concernés par la franchise.

II - Comment s'applique la franchise sur les actes paramédicaux ?

Le contexte

Environ 700 millions d'actes paramédicaux sont remboursés chaque année par l'Assurance Maladie.

En 2006, les dépenses de soins de ville liées aux professionnels de santé paramédicaux se sont élevées à 5,5 milliards d'euros.

Les 10 dernières années les dépenses d'actes paramédicaux ont augmenté de 6% par an en moyenne.

- Quel est le montant de la franchise sur les actes paramédicaux ?

La franchise est de 50 centimes d'euros déduits des remboursements d'actes paramédicaux.

- Qui est exonéré de la franchise ?

Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, les enfants et les femmes enceintes en sont exonérés.

- Quels sont précisément tous les professionnels et les actes concernés ?

Il s'agit de tous les actes effectués par les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthoptistes, les orthophonistes et les pédicures.

- Y a-t-il un plafond journalier ?

Oui, le montant maximum est fixé à 2 euros par jour pour les actes paramédicaux. Concrètement, il ne peut pas être déduit plus de 2 euros par jour de franchise pour les actes paramédicaux effectués dans la même journée pour un même patient par le même professionnel de santé.

- Lors d'un passage à domicile, une infirmière peut réaliser plusieurs actes : injection intramusculaire, pansement, toilette, etc. La franchise est-elle prélevée pour chaque acte ou pour l'ensemble des actes effectués lors d'un passage ?

La franchise s'applique pour chaque acte mais elle est plafonnée à 2 euros par jour pour un même professionnel pour le même patient.

Par exemple, si la même infirmière passe le matin et le soir pour effectuer trois actes pour un même patient, la franchise ne pourra excéder 2 euros pour la journée même si ce sont 6 actes qui ont été réalisés.

- Si l'ordonnance du médecin comporte la prescription de plusieurs séances de kinésithérapie, la franchise s'applique-t-elle pour chaque séance ?

Oui, la franchise s'applique pour chaque acte dans la limite du plafond journalier de 2 euros par jour pour un même professionnel de santé.

III - Comment s'applique la franchise sur les transports ?

Le contexte :

Plus de 45 millions de transports sanitaires sont remboursés par l'Assurance Maladie chaque année.

En 2006, les dépenses transports se sont élevées à 2,2 milliards d'euros.

Les 10 dernières années les dépenses de transports sanitaires ont progressé de 8 à 10% par an.

- Quel est le montant de la franchise sur les transports ?

La franchise est de 2 euros par transport.

- Qui est exonéré de la franchise ?

Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, les enfants et les femmes enceintes en sont exonérés.

- Sur quels types de transports s'applique la franchise ?

La franchise concerne les transports en taxi, véhicule sanitaire léger et ambulance, sauf en cas d'urgence.

- Y a-t-il un plafond journalier ?

Oui, le plafond journalier est fixé à 4 euros par jour par transporteur pour un même patient.

- Je dois effectuer un aller-retour en transport sanitaire. Les deux trajets sont-ils soumis à une franchise ?

Oui, l'aller-retour correspond à deux franchises de 2 € (une par trajet) soit 4 € au total.

- Et si le retour n'est pas effectué par la même compagnie d'ambulances ou de taxis qu'à l'aller ?

La franchise de 2 euros s'applique pour chaque trajet, que le transporteur change ou non.

IV - Les autres questions que je me pose sur les franchises

- Quand je bénéficie du tiers payant, je ne paie que le ticket modérateur, c'est-à-dire la part non remboursée par l'Assurance Maladie. Comment est prélevée la franchise ? Dois-je payer directement la franchise au professionnel de santé ou au transporteur ?

La franchise n'est pas une somme à payer en plus au professionnel de santé ou au transporteur. Elle est directement déduite de vos remboursements par votre caisse d'assurance maladie.

Dans le cas du tiers-payant, comme vous ne payez que le ticket modérateur, la franchise sera ensuite prélevée sur un acte ne bénéficiant pas du tiers payant, par exemple une consultation.

- Pour les personnes qui sont soignées dans les centres de santé et qui ne sont donc qu'en tiers payant, comment sera prélevée la franchise ?

Pour les personnes qui seraient totalement en tiers payant c'est-à-dire qui ne payeraient aucun soin, la franchise pourra être déduite des indemnités journalières ou des pensions d'invalidité.

- Comment connaître le montant de la franchise qui m'a été prélevée et à quoi cela correspond précisément ? Aujourd'hui, le relevé de remboursement ne mentionne pas le détail des médicaments mais seulement la somme remboursée pour toute une ordonnance. Et maintenant, avec la franchise ?

La franchise apparaîtra clairement sur votre relevé de remboursement. Vous verrez apparaître sur vos relevés la franchise qui a été déduite de votre remboursement et son montant pour les médicaments achetés et les actes effectués à partir du 1^{er} janvier 2008.

- Comment l'Assurance Maladie saura-t-elle que j'ai atteint ce plafond ? Et moi, assuré, comment puis-je le savoir ?

L'Assurance Maladie suivra le montant des franchises par assuré grâce au code particulier qui est associé à chaque franchise. Elle le fait déjà pour la participation forfaitaire de 1 euro qui est également plafonnée par jour et par an.

Pour l'assuré, chaque franchise prélevée et son montant figureront sur le relevé de remboursement. A partir du deuxième trimestre 2008, cette information apparaîtra sur votre relevé de remboursement et vous pourrez suivre votre situation globale par rapport à la franchise et à la participation forfaitaire. C'est d'ailleurs l'un des éléments qui apparaîtra aussi dans votre compte personnel ameli sur Internet.

- Les franchises peuvent-elles être prises en charge par les complémentaires ?

Dans la quasi-totalité des cas, les complémentaires ne prévoient pas la prise en charge des franchises. Informez-vous, le cas échéant, auprès de votre complémentaire.

- La franchise est-elle prélevée en cas d'hospitalisation ? si oui, comment ?

La franchise ne s'applique pas en cas d'hospitalisation, qu'elle soit complète ou à domicile.

- Est-ce que le plafond de 50 euros est valable à la fois pour la franchise et la participation forfaitaire ?

Il s'agit de deux plafonds, chacun limité à 50 euros, concernant des soins différents. La participation forfaitaire s'applique uniquement aux actes médicaux (consultations de médecin, actes de biologie et de radiologie).

Annexe

Mieux comprendre la réalité des dépenses d'Assurance Maladie

En 2006 les dépenses d'assurance maladie du régime général, qui couvre 54 millions de personnes soit 85% de la population française, ont représenté 132,1 milliards d'euros. 60% de cette somme est consacrée aux remboursements des soins des 7,7 millions de patients atteints d'une affection de longue durée prise en charge à 100 %.

L'Assurance Maladie rembourse d'autant mieux que la maladie est grave : 95 % pour les soins hospitaliers, 100 % pour les médicaments anticancéreux alors qu'une consultation pour un rhume est prise en charge à 65 %. C'est donc l'assurance d'être soigné en cas de maladie longue et coûteuse.

Quelques exemples de coûts pris en charge à 100%² :

- Le coût du traitement d'un patient atteint d'une **insuffisance rénale**, majoritairement traitée par dialyse, est de 28 800 euros par an.
- Pour un **diabétique**, le traitement représente 6 000 euros par an et celui d'un **patient sévèrement hypertendu** est de 5 500, mais lorsqu'il s'agit d'un accident vasculaire cérébral grave le montant est de 9 600 euros.
- Le traitement de la **mucoviscidose** (médicaments, kinésithérapie, ...) revient à 21 500 euros par an par patient.
- Le traitement d'un **cancer** est en moyenne de 17 800 euros la première année et la dernière année de traitement atteint 32 500 euros.

Et certains nouveaux traitements sont particulièrement coûteux : utilisé dans le traitement de la **leucémie**, l'imatinib (GLIVEC®) représente **plus de 110 millions d'euros pour 55 000 boîtes** permettant de traiter environ **3 000 patients**.

- Les soins concernant la maladie d'**Alzheimer** se monte à environ 8 400 euros par an par personne.
- Les soins d'une personne **paraplégique** représentent 17 800 euros par an.

Sur un autre registre:

- les frais de **maternité** sont remboursés à 100% à partir du 6^{ème} mois, au total la prise en charge d'une maman et de son nouveau né représente un coût de **8 900 euros** par assurée sur 1 an.

L'Assurance Maladie estime qu'en 2015, dans moins de 10 ans, **les dépenses de soins atteindront 210 milliards d'euros dont 70% seront consacrés aux affections graves et chroniques** qui font l'objet d'un taux de prise en charge très élevé par l'Assurance Maladie. En effet non seulement les coûts de traitement augmentent mais le nombre de personnes concernées progresse. C'est pourquoi, il est indispensable d'être de plus en plus vigilant sur l'utilisation de ces sommes et, en parallèle, de faire évoluer le système d'assurance maladie pour prendre en compte cette réalité si l'on veut conserver sa dimension solidaire.

Cela demande des efforts, c'est certain, mais cela n'est pas sans effet : en France, **l'espérance de vie augmente de 2 à 3 mois tous les ans. Celle des personnes atteintes d'une affection de longue durée a augmenté en moyenne de quatre ans** entre 1994 et 2004, elle est aujourd'hui de 76 ans.

² Voir Point de repères 1 - 3 - 9 sur www.ameli.fr/Statistiques et Publications et « Les dépenses de l'Assurance Maladie à horizon 2015 » (5/07/2007) dans l'espace Presse