



DE QUOI S'AGIT-IL?

La Loi n°2007-1786 de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007 a instauré le mécanisme dit de « franchises médicales » sur certaines prestations médicales. La date de mise en œuvre de ces franchises est fixée au 1er janvier 2008 et concerneront les médicaments, les actes paramédicaux, et les frais de transport.

Ces franchises viennent compléter un dispositif tendant à augmenter le « reste à charge » des assurés sociaux. Elles viennent ainsi s'ajouter au forfait 1 euro, au forfait 18 euros et au forfait hospitalier.

Cette fiche se propose donc de se repérer par rapport à ces différents mécanismes.

CONTENU DE LA FICHE S'INFORMER

- Tableau synthétique des principales caractéristiques des différents forfaits et franchises : pages 2 et 3
- Tableau synthétique détaillant les cas d'exonération des différents forfaits et franchises : pages 2 et 3
- Précisions sur les contextes dans lesquels s'inscrivent ces différents forfaits et franchises : page 4
 - Forfait hospitalier
 - Participation forfaitaire de 1 euro
 - Forfait 18 euros pour les actes lourds
 - Franchises
- Position du CISS : page 4

Santé Info Droits 0 810 004 333
ou 01 53 62 40 30



La ligne d'information et d'orientation du CISS sur toutes les problématiques juridiques et sociales liées à l'état de santé.

Lundi, mercredi, vendredi : 14h-18h
Mardi, jeudi : 14h-20h

Vous pouvez également poser vos questions par mail sur www.leciss.org/sante-info-droits.



Collectif Interassociatif Sur la Santé

10, villa Bosquet - 75007 Paris
Tél. : 01 40 56 01 49 - Fax : 01 47 34 93 27
www.leciss.org

TABLEAU SYNTHETIQUE DES PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DES DIFFERENTS FORFAITS ET FRANCHISES

	Forfait hospitalier (L174-4 du css)	Participation forfaitaire de 1 euro (L322-2-II et D322-2° à D322-4° css)	Forfait de 18 euros pour les actes lourds (L322-2-I css, L323-3 css et R322-8 css)	Franchises (articles L322-2-III et D322-5° à D322-9° css)		
Périmètre des actes, prestations ou produits concernées	Hospitalisations supérieures à 24 heures	S'applique pour toute consultation ou acte réalisé par un médecin généraliste ou spécialiste. Sont exclus les soins pratiqués par un chirurgien dentiste, un masseur-kinésithérapeute, une sage-femme, un orthophoniste ou orthoptiste, les actes réalisés dans le cadre du dépistage du cancer sein et ceux réalisés dans le cadre d'une intervention chirurgicale, d'une hospitalisation complète d'une ou plusieurs journées à l'hôpital Lors d'examens de radiologie Lors d'analyses de biologie médicale	Actes Médicaux dont le tarif est égal ou supérieur à 91 euros (quelque soit le lieu où est effectué l'acte: cabinet de ville, centre de santé, établissement public ou privé, consultation externe, hospitalisation). Certains actes sont exonérés (consulter la fiche correspondante)	Les médicaments (délivrés en ville ou en pharmacie hospitalière)	Actes exercés par un auxiliaire médical (kinésithérapeutes, infirmiers, podologues, orthophonistes, orthoptistes) sauf actes réalisés au cours d'une hospitalisation	Frais de transport effectué en véhicule sanitaire terrestre ou taxi
Montant	16 euros par jour (12 euros pour les hospitalisations en service psychiatrique)	1 euro	18 euros	0,50 euro par boîte (sauf conditionnement différent en cas de délivrance dans une pharmacie hospitalière)	0,50 euro par acte paramédical	2 euros par trajet
Plafond journalier	16 euros	4 euros pour le même médecin	Appliquée une fois par consultation ou par hospitalisation	Pas de limite	2 euros	4 euros
Plafond annuel	Pas de limites	50 euros	Pas de limites	50 euros pour l'ensemble de ces 3 franchises		
Possibilité de prise en charge par une mutuelle ou un organisme complémentaire (si prévue contractuellement)	Oui	Les mutuelles et organismes complémentaires sont très fortement incités à ne pas prendre en charge cette participation (elle est impossible dans le cadre de leurs contrats «responsables»).	Oui	Les mutuelles et organismes complémentaires sont très fortement incités à ne pas prendre en charge ces franchises (elle est impossible dans le cadre de leurs contrats «responsables»).		

TABLEAU SYNTHETIQUE DETAILLANT LES CAS D'EXONERATION DES DIFFERENTS FORFAITS ET FRANCHISES

	Forfait hospitalier (L174-4 du css)	Participation forfaitaire de 1 euro (L322-2-II et D322-2° à D322-4° css)	Forfait de 18 euros pour les actes lourds (L322-2-I css, L323-3 css et R322-8 css)	Franchises (articles L322-2-III et D322-5° à D322-9° css)
Bénéficiaires de la CMU complémentaire	Pris en charge dans le cadre de la CMU complémentaire (L861-3-2° css)	Exonération (L322-4 css)	Pris en charge dans le cadre de la CMU complémentaire (L861-3-1° css)	Exonération (L322-4 css)
Bénéficiaires de l'aide médicale	Exonération (L251-2 du code de l'action sociale et des familles)	Exonération (L251-2 du code de l'action sociale et des familles)	Exonération (L251-2 du code de l'action sociale et des familles)	Exonération (L251-2 du code de l'action sociale et des familles)
Personnes reconnues en Affection Longue Durée	Pas d'exonération	Pas d'exonération	Exonération (L322-3-3°, 4° et R322-5)	Pas d'exonération
Titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension de vieillesse substituée à la pension d'invalidité	Pas d'exonération	Pas d'exonération	Exonération (L322-3-13° css, R322-4 alinéa 1)	Pas d'exonération
Ayant-droits mineurs	Pas d'exonération	Exonération (L322-4 css et R322-9-3 css)	Pas d'exonération	Exonération (L322-4 et D322-8 css)
Femmes enceintes	Exonération (L174-4 css et L331-1 du css)	Exonération à partir du 6ème mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement (L331-2 css et D331 css)	Exonération à partir du 6ème mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement (L331-2 css et D331 css)	Exonération à partir du 6ème mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement (L331-2 css et D331 css)
Nouveaux nés	Exonération dans le cadre d'hospitalisations intervenant 30 jours après la naissance	Exonération (L322-4 css et R322-9-3 css)	Exonération dans le cadre d'hospitalisations intervenant 30 jours après la naissance (L322-3-11° css et R322-9 css)	Exonération (L322-4 et D322-8 css)
Soins résultant d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail	Exonération (L174-4 css)	Pas d'exonération	Exonération (L431-1 et R431-2 css)	Pas d'exonération
Titulaires d'une rente d'incapacité permanente pour une maladie professionnelle ou un accident du travail	Exonération (L174-4 css)	Pas d'exonération	Exonération (si incapacité égale ou supérieure à un taux fixé à deux-tiers) (R322-4 alinéa 2 et L371-1). L'exonération concerne aussi leurs ayants-droits	Pas d'exonération
Autres cas d'exonération	Sont aussi exonérés du forfait hospitalier :	X	Sont aussi exonérés du forfait 18 euros sur les actes lourds :	X
	Assurés sociaux Alsace-Lorraine		les actes de radiodiagnostic, d'imagerie par résonance magnétique, de scanographie, de scintigraphie ou de tomographie à émission de positon	
	Enfant handicapé de moins de 20 ans, s'il est hébergé dans un établissement d'éducation spéciale ou professionnelle		les frais de transport d'urgence, en cas d'une hospitalisation au cours de laquelle est effectué un acte dont le tarif est égal ou supérieur à 91 euros ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50, ainsi que les frais de transport en cas d'une hospitalisation consécutive à l'hospitalisation au cours de laquelle a été effectuée un acte dont le tarif est égal ou supérieur à 91 euros, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50	
	Hospitalisation à domicile		les frais d'hospitalisation à partir du 31e jour d'hospitalisation consécutif	
	Titulaire d'une pension militaire		des frais d'acquisition de prothèses oculaires et faciales, d'orthoprothèses, de véhicules pour handicapés physiques	
			les personnes titulaires d'une pension de réversion, atteintes d'une invalidité permanente et qui remplissent les conditions d'ouverture de droit à une pension d'invalidité	
			les soins apportés aux mineurs victimes de sévices sexuels (R322-9-II)	
			investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et pour le traitement de celle-ci (R322-9-2°)	

1/ Le forfait hospitalier

Créé en 1983 (loi 83-25 du 29 janvier 1983), ce forfait était à l'origine d'environ 3 euros ... pour atteindre, depuis le 1er janvier 2007, le montant de 16 euros par jour en hôpital ou clinique privée et de 12 euros dans les services psychiatriques des établissements de santé.

Le forfait hospitalier, qui représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement résultant de son hospitalisation, est dû pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement de santé (y compris le jour de sortie).

Prise en charge par les mutuelles ou organismes complémentaires, cas d'exonération : cf. tableaux des pages intérieures de cette fiche.

2/ Le forfait 1 euro

Instituée par la loi du 13 août 2004 et en vigueur depuis le 1er janvier 2005, une participation forfaitaire de 1 Euro est laissée à la charge de l'assuré pour les actes et consultations réalisés par un médecin et pour tous les actes de biologie médicale.

Cette participation forfaitaire s'applique :

- pour toute consultation ou acte réalisé par un médecin généraliste ou spécialiste que la consultation ait lieu à son cabinet ou à domicile, dans un dispensaire, dans un centre de soins, en consultation ou aux urgences à l'hôpital
- lors d'examens de radiologie
- lors d'analyses de biologie médicale

En revanche, elle ne s'applique pas pour les soins et/ou actes pratiqués :

- par un chirurgien dentiste
- par un masseur-kinésithérapeute
- par les sages femmes ou infirmiers
- par un orthophoniste ou orthoptiste
- dans le cadre d'une intervention chirurgicale d'une hospitalisation complète d'une ou plusieurs journées à l'hôpital
- dans le cadre du dépistage du cancer du sein

Ce forfait s'applique pour chaque acte ou pour chaque consultation dans la limite de 4 euros par jour et de 50 euros par an. Ce mécanisme n'est pas lié au respect du parcours de soins coordonné.

Prise en charge par les mutuelles ou organismes complémentaires, cas d'exonération : cf. tableaux des pages intérieures de cette fiche.

3/ Le forfait 18 euros pour les « actes lourds »

La loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 pour le financement de la sécurité sociale de 2006 a introduit un forfait de 18 euros à la charge des usagers ou de leur mutuelle pour les actes médicaux dont le tarif est supérieur ou égal à 91 euros.

Les détails de ce dispositif sont consultables dans la fiche « Assurance maladie –forfait de 18 euros sur les actes lourds » et dans les tableaux synthétiques des pages intérieures de cette fiche.

4/ Les franchises

Ce nouveau mécanisme vient augmenter le reste à charge des assurés sociaux. Il s'applique pour :

- les médicaments (0.50 euros par unité de conditionnement du médicament)
- les actes para médicaux (0.50 euros par acte effectué par un auxiliaire médical)
- les frais de transport (2 euros par trajet)

Cette participation est limitée à 2 euros par jour pour les actes des auxiliaires médicaux, à 4 euros par jour pour les trajets et à 50 euros annuels pour l'ensemble de ces 3 franchises.

Comme pour le forfait 1 euro, lorsque le bénéficiaire est dispensé de l'avance de frais, la participation due par l'intéressé est imputée sur les prestations ultérieures versées par sa caisse.

Les tableaux des pages intérieures de cette fiche précisent les cas d'exonération.

○ POSITION DU CISS

La position soutenue par le CISS est celle d'une opposition aux franchises pour plusieurs raisons :

- Elles vont à l'inverse de la solidarité telle qu'elle a été conçue en France depuis plusieurs décennies : tout le monde paye (cotisations + impôts) pour bénéficier quand il en aura besoin en cas d'aléa de santé de la couverture sociale nécessaire à la prise en charge de ses dépenses de santé.
- Elles ne responsabilisent en rien des patients qui n'ont pas choisi d'être malades.
- Elles ne sont pas des recettes nouvelles mais simplement des dépenses en moins et on ne voit pas bien comment elles seront affectées à la lutte contre la maladie d'Alzheimer, la lutte

contre le cancer ou les soins palliatifs.

- Elles visent les plus pauvres qui n'ont déjà pas les moyens d'accéder aux soins dans de bonnes conditions, d'autant qu'elles se rajoutent aux forfaits déjà décidés en 2004, ce qui fera en tout 100 euros par an de soins non remboursés alors que les personnes malades ont déjà un « reste à charge » important après remboursement par l'assurance maladie ou les complémentaires.

Au delà, le CISS réclame que toutes les questions de financement du système de soins soient rassemblées dans un débat public comme l'a promis le Président de la République lors du Colloque de l'Association des journalistes de l'information sociale au Sénat, en fin d'année 2007.