

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FONCTIONNEMENT

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DES RELATIONS SOCIALES,
DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITÉ

MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS
ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction de l'accès aux soins,
des prestations familiales
et des accidents du travail

Bureaux 2 A

Circulaire DSS/2A n° 2008-179 du 5 juin 2008 relative à la mise en œuvre de la franchise prévue au III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale

NOR : SJSS0830471C

Date d'application : immédiate.

Résumé : l'article 52 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 a complété l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale (participation de l'assuré sous forme de ticket modérateur et participation forfaitaire) pour instaurer une franchise annuelle sur certaines prestations ou produits de santé : médicaments, actes paramédicaux et certains transports. Ces prestations ou produits de santé, lorsqu'ils sont délivrés dans le cadre d'une hospitalisation, ne sont pas concernés par ce dispositif.

L'ensemble des assurés et ayants droit est redevable de la franchise, à l'exception des ayants droit mineurs de l'assuré, des bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé (CMU complémentaire), des femmes relevant du régime de l'assurance maternité et des titulaires d'une pension militaire d'invalidité au titre de l'article L. 115 du code des pensions militaires pour ce qui concerne les prestations liées à la pension.

Le décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 prévoit un montant de franchise de 0,50 € par unité de conditionnement de médicament et par acte paramédical et de 2 € par transport. Le montant maximum dû au titre de la franchise par bénéficiaire de l'assurance maladie et par année civile est fixé à 50 €.

Ce même décret plafonne à 2 € par jour le montant de la franchise sur les actes paramédicaux et à 4 € le montant de la franchise sur les transports.

La franchise est recouvrée par les caisses et organismes d'assurance maladie lors de la liquidation des prestations au profit des bénéficiaires de l'assurance maladie. Elle est prélevée sur le montant du remboursement de la part obligatoire. Elle ne peut être prise en charge par les organismes d'assurance complémentaire dans le cadre des contrats responsables.

En cas de tiers payant, la franchise est recouvrée sur les premières prestations donnant lieu ultérieurement à remboursement de l'intéressé. Si cette récupération ne peut être effectuée, les caisses et organismes concernés procèdent au recouvrement du solde dû au titre de la franchise directement auprès de l'assuré ou de l'ayant droit concerné, sur des prestations de toute nature (certaines prestations en espèces notamment) qui lui sont versées.

Mots clés : franchises, participation de l'assuré.

Textes de références :

Articles L. 322-2, L. 322-4, L. 325-1, L. 432-1 et L. 711-7 du code de la sécurité sociale ;

Articles D. 322-5 à D. 322-9 du même code.

Textes abrogés ou modifiés : article L. 322-2 du code de la sécurité sociale (modifié).

La ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative à M. le ministre de l'agriculture et de la pêche (direction générale de la forêt et des affaires rurales); Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales, direction de la solidarité et de la santé de Corse et de la Corse-du-Sud, direction régionale et départementale des affaires sanitaires et sociales de Champagne-Ardenne et de la Marne, direction de la santé et du développement social de Guadeloupe, de Martinique et de Guyane, direction départementale de la sécurité sociale de la Réunion); Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales); Monsieur le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés; Monsieur le directeur général de la caisse du régime social des indépendants; Monsieur le directeur de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole; Mesdames et Messieurs les directeurs des caisses nationales ou services gestionnaires d'assurance maladie des régimes spéciaux.

La présente circulaire a pour objet de préciser les conditions d'application de l'article 52 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 et du décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 relatif à l'application de la franchise prévue au III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

I. – CHAMP D'APPLICATION DE LA FRANCHISE

A. – PUBLICS ET RÉGIMES CONCERNÉS

a) Principe

L'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie de l'ensemble des régimes est concerné, à l'exception :

- des ayants droit mineurs de l'assuré ;
- des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) ;
- des bénéficiaires de l'assurance maternité ;
- des pensionnés militaires d'invalidité régis par l'article 115 du code des pensions militaires en ce qui concerne les soins qui leur sont délivrés gratuitement par l'Etat (il s'agit des prestations médicales, paramédicales, chirurgicales et pharmaceutiques nécessitées par les infirmités qui donnent lieu à pension, en ce qui concerne exclusivement les accidents et complications résultant de la blessure ou de la maladie qui ouvre droit à pension, délivrées gratuitement par l'Etat. Lorsque les frais ne sont pas en lien avec l'infirmité ou la blessure donnant lieu à pension, les pensionnés concernés, par ailleurs exonérés de ticket modérateur, sont soumis au paiement de la franchise).

La franchise est mise en œuvre dans l'ensemble des régimes d'assurance maladie et notamment :

- régime général, y compris les fonctionnaires (civils et militaires) ;
- régime social des indépendants ;
- régime de protection sociale des salariés et non-salariés du régime agricole ;
- régimes spéciaux.

b) Cas particuliers

Situation des ayants droit mineurs qui atteignent leur majorité en cours d'année

Ne sont pas concernés par la franchise les enfants qui n'ont pas atteint l'âge de 18 ans au 1^{er} janvier de l'année civile considérée (art. D. 322-8 du CSS). La franchise est donc applicable aux ayants droit majeurs à compter du 1^{er} janvier qui suit la date de leur 18^e anniversaire. Par exemple, si un enfant ayant droit d'assuré atteint l'âge de 18 ans le 10 avril de l'année n, la franchise lui sera applicable à partir du 1^{er} janvier de l'année n + 1.

Personnes détenues

Pour les soins délivrés en unités de consultations de soins ambulatoires et lors de permissions de sortir pour soins, les personnes détenues bénéficient d'une dispense d'avance de frais totale. En effet, les professionnels de santé sont directement payés par la CPAM pour ce qui concerne la part couverte par le régime obligatoire et par l'Etat (administration pénitentiaire) pour la part complémentaire (art. L. 381-30-5 du code de la sécurité sociale).

Comme pour la participation forfaitaire, la franchise est applicable sur ces actes mais elle est prise en charge par l'Etat.

Les personnes en semi-liberté ou en placement à l'extérieur qui exercent une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les assurés de droit commun sont assujetties au régime dont elles relèvent au titre de leur activité. Elles sont donc redevables de la franchise, comme l'ensemble des assurés des régimes obligatoires.

*Personnes prises en charge au titre d'un régime d'accidents du travail
et de maladies professionnelles*

Tous les assurés sociaux relevant de l'ensemble des régimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles (AT-MP) supportent la franchise.

Il convient de distinguer les prestations prises en charge par le régime des AT-MP qui bénéficient du tiers payant et les prestations non liées à la maladie ou à l'accident qui relèvent du régime obligatoire auquel l'assuré est affilié.

Compte tenu des modalités de prise en charge des prestations relevant du régime des AT-MP, la récupération de la franchise se fait sur les prestations hors tiers payant et sur les prestations en espèces versées par le régime professionnel dont relève l'assuré.

Dans ce cadre, le compteur de l'assuré, plafonné à 50 € par an, sera alimenté par les décomptes de franchise effectués au titre des prestations relevant de l'AT-MP et par ceux effectués au titre des prestations relevant de la maladie.

La situation des assurés relevant, pour les prestations d'accidents du travail et de maladies professionnelles, d'un organisme distinct de celui en charge du versement des prestations de maladie (notamment fonctionnaires de l'Etat, des collectivités territoriales et des établissements publics de santé, sociaux et médicaux sociaux, régimes spéciaux de la CCIP, de la CRPCEN, des IEG et du Port autonome de Bordeaux), fera l'objet d'instructions spécifiques ultérieures.

Personnes bénéficiaires de l'AME

La loi n'ayant pas étendu le dispositif à l'AME, les bénéficiaires ne sont pas redevables de la franchise.

B. – CHAMP MATÉRIEL

a) Médicaments

1. Franchise par unité de conditionnement de médicament

La franchise concerne l'ensemble des médicaments prescrits, à l'exception des produits non remboursés et de ceux acquis en automédication. Elle s'applique à chaque unité de conditionnement délivrée.

2. Cas particuliers

Médicaments rétrocédés

La rétrocession hospitalière est la dispensation par une pharmacie hospitalière de médicaments à des patients ambulatoires.

Compte tenu des modalités de délivrance du médicament en rétrocession (au détail en fonction des besoins de la personne), la franchise n'est pas décomptée par unité de conditionnement mais par ligne de prescription.

En revanche, les médicaments délivrés pendant une hospitalisation sont exclus du champ de la franchise.

Ecrêtement prévu à l'article 1^{er} du décret du 26 décembre 2007

En application de l'article D. 322-5 du code de la sécurité sociale, le montant de la franchise ne peut pas excéder le montant de la part prise en charge par le régime obligatoire. Le cas échéant, le montant de la franchise est réduit à due concurrence. Ce montant correspond à la différence entre le prix de vente et le ticket modérateur.

Par exemple, pour un médicament vendu 1,30 €, l'unité de conditionnement et dont le taux de remboursement par l'assurance maladie est de 35 %, le montant de la franchise se calcule comme suit :

- prix de vente et base remboursable : 1,30 € ;
- taux de remboursement (35 %) : 0,455 € ;
- ticket modérateur (65 %) : 0,845 € ;
- franchise après écrêtement (1,30 € - 0,845 €) : 0,455 €.

Le dispositif d'écrêtement sera mis en œuvre dès que les régimes auront procédé aux adaptations nécessaires de leurs systèmes d'informations (vraisemblablement vers le 15 juin 2008).

Actes et produits de prévention

La franchise s'imputant sur le remboursement, elle ne s'applique pas aux actes ne donnant pas lieu à facturation à l'assuré.

Ainsi, la franchise n'est pas applicable aux médicaments et produits qui font l'objet d'un bon de délivrance ou de prise en charge (par exemple, le vaccin antigrippal pour les personnes âgées) ou à ceux dont la prise en charge est forfaitaire (c'est le cas des substituts nicotiques). Une solution

identique prévaut pour les médicaments ou produits pris en charge à 100 % par un fonds d'action sanitaire et sociale ou de prévention, dans certains régimes autres que le régime général (c'est le cas par exemple pour les traitements préventifs antipaludéens dans le régime militaire de sécurité sociale).

En revanche, la franchise est applicable à tous les actes et médicaments se rattachant à la prévention dès lors qu'ils donnent lieu à une facturation à l'assuré (même en tiers payant) et à un remboursement sur le risque maladie.

Par ailleurs, les vaccinations obligatoires destinées aux enfants sont hors du champ de la franchise, les mineurs en étant exonérés.

b) Actes effectués par un auxiliaire médical

Sont soumis à la franchise les actes effectués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation. Les consultations externes à l'hôpital d'auxiliaires médicaux sont dans le champ de la franchise.

Sont concernés :

- les infirmiers ;
- les masseurs-kinésithérapeutes ;
- les pédicures-podologues ;
- les orthophonistes ;
- les orthoptistes.

Cas particulier : les actes de prélèvement :

Seuls sont soumis à la franchise ceux qui sont réalisés par un auxiliaire médical (infirmier). Tel n'est pas le cas des actes réalisés par des techniciens de laboratoire et des directeurs de laboratoire non médecins, qui ne sont pas soumis à la franchise.

c) Transports

La franchise prévue au III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité est applicable par trajet et par passager (1 aller-retour = 2 franchises = 4 €). En cas de covoiturage, la franchise s'applique à chaque personne.

Elle est applicable aux transports mentionnés à l'article R. 322-10 du code de la sécurité sociale.

Elle est applicable aux transports suivants :

- transports sanitaires terrestres : il peut s'agir soit d'une ambulance destinée au transport des malades en position allongée ou nécessitant une surveillance constante, soit d'un véhicule sanitaire léger (VSL) destiné au transport simultané de trois malades maximum ;
- transports non sanitaires : il s'agit de moyens de transport non spécialement aménagés pour le transport des malades mais dont peut se prévaloir l'assuré pour effectuer un déplacement lié aux soins ou au traitement qu'il doit recevoir. La franchise concerne, dans cette catégorie, les seuls transports effectués en taxi.

La franchise s'applique aux transports effectués dans le cadre d'une hospitalisation, dès lors qu'ils font l'objet d'une facturation remboursable par l'assurance maladie.

En revanche, ne sont pas concernés :

- les transports d'urgence (SAMU, SMUR et tout transport effectué dans le cadre de la garde ambulancière et diligenté par les centres 15) ;
- les transports sanitaires aériens, y compris les évacuations sanitaires par ce mode de transport ;
- les transports effectués en véhicule personnel ou en commun (métro, bus de ligne régulière ou bateau de ligne régulière).

d) Médicaments, actes paramédicaux et transports délivrés ou effectués à l'étranger

La franchise est applicable, dès le 1^{er} janvier 2008, aux actes, médicaments et transports réalisés à l'étranger et pris en charge sur la base des tarifs français (art. R. 322-2 du code de la sécurité sociale).

Tous les remboursements effectués selon les règles de tarification française supportent la franchise (comme la PF 1 €). La franchise s'applique donc aux soins reçus par les Français à l'étranger et aux migrants ayant reçu des soins en France dès lors que les remboursements sont effectués en France.

La liquidation des prestations doit se faire dans le cadre général prévu pour les franchises notamment pour la détermination du nombre de franchise applicable (par boîte de médicament, par trajet...). En cas d'impossibilité de déterminer ces éléments, les caisses devront appliquer les règles prévues par défaut (une franchise par nombre de ligne de prescription...).

II. – PLAFONNEMENT DE LA FRANCHISE

A. – PLAFONNEMENT ANNUEL

L'article D. 322-6 du code de la sécurité sociale prévoit que le montant maximum supporté au titre de la franchise mentionnée au III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale par le bénéficiaire des soins au cours d'une année civile est fixé à 50 €.

Les caisses et organismes d'assurance maladie des différents régimes de sécurité sociale tiennent un compteur par bénéficiaire qui mentionne les sommes cumulées, et suivent l'état des créances acquittées au titre de la franchise. Ce compteur permet de détecter le moment à partir duquel le plafond annuel est atteint et la participation n'est plus exigée.

Les différents régimes veilleront à assurer, lors de chaque décompte de remboursement, l'information des assurés sur les montants retenus au titre de la franchise. L'assuré doit également être informé lorsque le plafond est atteint.

En cas de changement de caisse ou de régime, les informations relatives aux montants déjà enregistrés et ceux déjà acquittés au titre de la franchise sont transmises au nouveau régime ou à la nouvelle caisse d'affiliation. Il les reprend à son compte comme s'ils avaient été enregistrés auprès de lui. Par exemple, si un assuré change de régime en juin et a déjà cumulé 45 € de franchise, le nouveau régime ne pourra enregistrer que 5 € au titre du reste de l'année.

Pour les personnes bénéficiant d'une prise en charge au titre des AT-MP, le compteur annuel cumule les franchises dues au titre des prestations entrant dans le cadre des AT-MP et celles prises en charge au titre du risque maladie dans la limite de 50 € par an.

Cas particulier des personnes affiliées ou rattachées à un régime de sécurité sociale pour la première fois

Dans le cas d'une première affiliation à un régime de sécurité sociale qui intervient en cours d'année civile, il convient de proratiser ce montant. Dans l'attente des adaptations informatiques nécessaires, les organismes doivent, en cas de réclamation des personnes concernées, appliquer cette proratisation du plafond annuel de 50 € sur demande des intéressés.

B. – PLAFONNEMENT JOURNALIER

Un dispositif de plafonnement journalier s'applique lorsque plusieurs actes sont effectués par un auxiliaire médical au cours d'une même journée sur un même patient. Cette disposition s'applique également aux transports soumis à franchise.

L'article D. 322-7 du code de la sécurité sociale prévoit que le montant maximum journalier dû au titre de la franchise est de 2 € pour les actes des auxiliaires médicaux et de 4 € pour les transports. Cette règle s'applique par bénéficiaire, quel que soit le nombre de professionnels intervenant pour les actes d'auxiliaires médicaux d'une part et pour les transports d'autre part. Conformément à la loi, ce plafond journalier doit être apprécié en date de soin.

Toutefois, l'article 3 du décret du 26 décembre 2007 prévoit qu'à titre transitoire et au plus tard jusqu'au 30 novembre 2008 la règle du plafonnement journalier relative aux actes paramédicaux effectués au cours d'une même journée sur le même patient ne s'applique que pour les actes effectués par un même professionnel. Cette disposition transitoire vaut également pour les transports soumis à franchise.

III. – MÉCANISME DE RÉCUPÉRATION DE LA FRANCHISE

Le mode de récupération de la franchise par l'organisme d'assurance maladie dépend du mode de prise en charge des prestations (avec dispense d'avance des frais/sans dispense d'avance des frais).

D'une façon générale, les caisses sont tenues de procéder au recouvrement des sommes dues au titre de la franchise. Il est rappelé que l'autorisation d'abandon des créances prévue aux articles L. 133-3 et D. 133-2 du code de la sécurité sociale (sommes inférieures à un montant égal à 0,68 % du plafond mensuel de sécurité sociale) n'est pas applicable au recouvrement de la franchise.

A. – MÉDICAMENTS, ACTES ET TRANSPORTS DÉLIVRÉS SANS DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS

Lorsque le bénéficiaire s'acquitte directement auprès du professionnel concerné du règlement des médicaments, actes ou transports soumis à franchise, l'organisme d'assurance maladie retient le montant de la franchise sur le montant du remboursement de ces prestations.

B. – MÉDICAMENTS, ACTES ET TRANSPORTS DÉLIVRÉS DANS LE CADRE DE LA DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS

En cas de dispense d'avance des frais, les caisses sont tenues de recouvrer les sommes dues au titre des franchises sur les premiers remboursements qui suivent la constatation de la franchise.

a) Enregistrement d'une « créance de franchise » par l'organisme d'assurance maladie

Lorsque les produits ou prestations de santé concernés par la franchise sont délivrés dans le cadre de la dispense d'avance des frais, le remboursement est directement effectué par l'assurance maladie au professionnel de santé dans les conditions de droit commun. Dans ce cas, la caisse ou l'organisme d'assurance maladie dont relève le bénéficiaire des soins comptabilise une créance pour chaque franchise due mais non recouvrée et l'enregistre dans un compte de classe 4 dédié.

Ce compte est crédité dès lors qu'une créance « franchise » est recouvrée par prélèvement sur des prestations présentées au remboursement (ces prestations peuvent concerner l'assuré lui-même ou ses ayants droit).

Il en est de même en cas de remboursement spontané d'une ou plusieurs créance(s) « franchise » par l'assuré redevable (cette hypothèse vise les assurés qui s'acquitteront des franchises dues par un remboursement direct auprès de leur caisse).

b) Mécanisme de récupération de la franchise

1. Principe général : la franchise est récupérée sur les premiers remboursements ou sur les premiers versements ultérieurs

En cas de dispense d'avance de frais, la franchise est décomptée sur les premières prestations donnant lieu à un remboursement ultérieur quel que soit l'acte (soumis à franchise ou non, dispensé à l'assuré ou à un de ses ayants droit même mineur) dès lors qu'il est pris en charge par le régime d'assurance maladie. L'organisme d'assurance maladie prélève le solde des montants de franchise dû depuis le début de l'année en cours.

Lorsque les premières prestations versées après la constatation de la franchise sont des prestations en espèces, la caisse est tenue de retenir le montant de la franchise sur ces prestations, chaque fois qu'il y a identité entre le débiteur de la prestation et le créancier de la franchise.

La franchise ne peut toutefois être récupérée sur les prestations non saisissables : rentes servies au titre des AT-MP, capital décès et part insaisissable des pensions d'invalidité. Elle n'est pas non plus récupérable sur des indemnités journalières subrogées.

2. Cas particulier : le bénéficiaire des soins a pu être dispensé de l'avance de frais durant toute l'année civile et aucune récupération n'a pu être effectuée sur des versements en espèces

Les sommes dues au titre de la franchise devant être récupérées par les caisses, ces dernières sont juridiquement fondées à mettre en œuvre les procédures de recouvrement direct selon des modalités définies nationalement. Toutefois, ces procédures seront limitées aux cas où il est impossible d'agir autrement.

La préconisation ministérielle est de procéder au recouvrement direct de la franchise dès la constatation de la créance. Toutefois, la mise en recouvrement (envoi d'une notification à l'assuré) pourra intervenir d'une façon générale au plus tard un an après la constatation de la créance.

Une réflexion est à l'étude avec l'ensemble des régimes afin de déterminer une position commune concernant les modalités de récupération de la franchise dans ce cas particulier. Des instructions ultérieures préciseront ces règles.

*
* *

Il est demandé aux DRASS et aux DDASS de diffuser la circulaire aux caisses d'assurance maladie de leur circonscription.

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
D. LIBAULT