



Suivi de l'évaluation de l'aide médicale de l'État

MM. Claude Goasguen et Christophe Sirugue,
rapporteurs

3 novembre 2015



Introduction

- Le premier rapport d'information du CEC sur l'aide médicale de l'État a été présenté le 9 juin 2011, puis un rapport de suivi sur la mise en œuvre des conclusions en février 2012
- À la demande du groupe Les Républicains, un **deuxième rapport de suivi est décidé par le CEC en 2014**. Objectifs :
 - faire le point des modifications apportées au dispositif à la suite des préconisations du CEC, de la Cour des comptes et des inspections générales des finances et des affaires sociales ;
 - étudier l'évolution de son coût et de son efficacité.
- Les rapporteurs ont procédé à **cinq auditions** et organisé **une table ronde** à l'Assemblée nationale. Ils ont rencontré la directrice de l'hôpital Delafontaine à Saint-Denis et le directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie de Paris, et leurs collaborateurs.
- **Comparaison avec d'autres États européens** : les rapporteurs ont comparé notre dispositif avec ceux en vigueur en Allemagne, au Danemark, en Espagne, en Italie, au Royaume-Uni, en Suède et en Suisse.
- Les rapporteurs divergent sur la question du **champ de la couverture des soins gratuits pris en charge par l'État**, mais s'accordent pour proposer des **mesures destinées à améliorer l'efficacité du dispositif**.



Les dernières données disponibles sur l'AME

1. Évolution du nombre de bénéficiaires

- ❑ 294 300 bénéficiaires enregistrés à l'AME fin 2014, contre 282 400 fin 2013, dont 20 196 bénéficiaires en outre-mer
- ❑ Une progression de 4 % de 2013 à 2014, et une hypothèse de progression de 4,9 % en 2016

2. Évolution de la dépense

- ❑ La dépense totale d'AME a enregistré une forte hausse, atteignant 846 M€ en 2013 et 831 M€ en 2014, contre 703 M€ en 2012. La prévision de dépense pour 2015 est de 780 M€. Les crédits inscrits au PLF pour 2016 augmentent de 10 %, soit 68 M€ supplémentaires par rapport à la LFI pour 2015.

en millions d'euros	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Crédits inscrits en LFI	535	588	588	588	605	676	744
Crédits ouverts en LFR	98	38	0	156	155	104 <i>(prévisions)</i>	---
Dépenses engagées par l'Etat	634	626	587	744	760	---	---
Dépenses effectuées par l'assurance maladie	661	700	703	846	831	---	---



- ❑ La dotation globale en faveur de l'AME se compose de la dotation destinée à l'AME de droit commun, de la dotation forfaitaire de 40 millions d'euros pour les soins urgents, et d'une enveloppe allant de 3 à 5 millions d'euros pour les autres dispositifs.
- ❑ L'écart entre la prévision et la consommation de crédits provient du dépassement de la dotation de l'AME de droit commun, dépense de guichet liée à la demande et à la hausse du nombre de bénéficiaires.

	2015		
	LFI	Besoin de financement prévisionnel 2015	Écart
AME de droit commun	633	737	104
Soins urgents	40	40	0
Autres dispositifs	3	3	0
Total	676	780	104

Source : ministère de la santé.



Les dernières données disponibles sur l'AME

3. Résultats des mesures de maîtrise des coûts

- ❑ La réforme de la tarification hospitalière a conduit à une réelle économie, évaluée à 60 millions d'euros sur la période 2013-2016. La baisse de ressources qui en résulte pour les hôpitaux a été partiellement compensée par l'accroissement du nombre de patients pris en charge.
- ❑ La suppression de la prise en charge à 100 % de certains soins et médicaments n'aura qu'un faible impact financier. L'impact attendu est de 5 millions par an.
- ❑ La fin de la valorisation des soins urgents hospitaliers en 2015 : l'économie budgétaire escomptée est de 50 millions d'euros.

4. Situation particulière à l'outre-mer

- ❑ En Guyane, 16 963 personnes bénéficient de l'AME, soit 9 % de la population protégée par la caisse générale de sécurité sociale de Guyane et 6 % du total des bénéficiaires de l'aide. Coût : 31 millions euros en 2014
- ❑ Les non assurés représentent la moitié (48 %) de la dépense de soins à Mayotte : coût des soins évalué à 77,6 millions d'euros pour 2014.



A.- Faut-il réduire l'étendue de la couverture gratuite des soins ? La position adoptée par M. Claude Goasguen

1. Les dispositifs en vigueur chez nos voisins européens ont évolué

- ❑ La restriction de la prise en charge gratuite à un panier de soins réduit s'est généralisée : Danemark, Espagne, Suède, Italie, Allemagne. Un principe d'affiliation payante pour tous les soins a été mis en place en Suisse.
- ❑ La prise en charge effectuée en France est la plus complète.
- ❑ La dépense consentie par l'État français est plus élevée que celle des autres États pour lesquels un montant de dépense global peut être connu.

2. Le dispositif d'AME tel qu'il fonctionne depuis 1999 est aujourd'hui caduc

- ❑ La coexistence d'une gestion par la sécurité sociale et d'une prise en charge par l'État rend le système ingérable, entraînant la pratique consistant à minorer des crédits inscrits en LFI.
- ❑ Abandonner l'idée d'une AME universelle, opter pour une prise en charge par l'État limitée aux soins urgents et jugés prioritaires, basculer les autres soins dans l'assurance maladie moyennant une contribution du bénéficiaire.

Proposition de M. Claude Goasguen : rapprocher la prise en charge sanitaire des étrangers en situation irrégulière des dispositifs en vigueur chez nos partenaires européens :

- restreindre la prise en charge par l'État aux soins urgents et jugés prioritaires (cas de maladie aiguë et douloureuse, soins destinés aux femmes enceintes, soins aux enfants, lutte contre les infections, soins aux victimes d'accident du travail ou d'une agression physique)
- supprimer la condition de séjour de trois mois pour l'accès aux soins
- ouvrir aux étrangers en situation irrégulière la possibilité de s'affilier à l'assurance maladie pour la prise en charge des autres soins, avec une cotisation variable en fonction des revenus
- appliquer ce dispositif à la prise en charge sanitaire des étrangers en situation irrégulière à Mayotte.



A.- Faut-il réduire l'étendue de la couverture gratuite des soins ? La position adoptée par M. Christophe Sirugue

- ❑ Le champ des dépenses actuellement couvertes par l'AME doit être préservé.
- ❑ Limiter l'AME aux soins urgents et prioritaires se limitera à un transfert de la dépense de l'État vers les établissements médicaux les plus défavorisés, les associations caritatives et les collectivités territoriales.
- ❑ La contribution de 30 euros mise à la charge des bénéficiaires de l'AME en 2011 n'a pas fait les preuves de son efficacité : elle a entraîné un renoncement ou un report de l'accès aux soins de la part des personnes les plus en difficulté. Loin de favoriser la régulation de la dépense, le report des soins occasionne un recours aux soins hospitaliers plus tardif et donc plus coûteux.
- ❑ Les mesures prises pour maîtriser la dépense ont porté leurs fruits ; d'autres doivent être prises pour déjouer les abus au dispositif.

Proposition de M. Christophe Sirugue : maintenir les principes d'universalité et de gratuité de la couverture médicale offerte par l'AME, afin d'éviter les reports de charges consécutifs au non accès aux soins.



B.- Simplifier les démarches administratives

1. Harmoniser l'accès à la domiciliation pour éviter un fort déséquilibre entre communes

- ❑ Les problèmes de domiciliation représenteraient 30 % du non accès aux droits selon Médecins du Monde
- ❑ La loi ALUR adoptée le 24 mars 2014 a prévu des mesures susceptibles d'améliorer la situation : l'unification du dispositif de domiciliation de droit commun et celui de l'AME et un schéma départemental de la domiciliation. Les décrets d'application sont à paraître.

Proposition n° 1 : revoir les modalités de domiciliation des personnes éligibles à l'AME :

- harmoniser au niveau national les règles régissant la domiciliation afin qu'elles soient appliquées de manière homogène d'un département à l'autre ;
- expérimenter une adresse déclarative auprès d'un membre de la famille ou une personne digne de confiance.

2. Assurer une interprétation homogène du décret de 2005 fixant les pièces à fournir pour satisfaire à la condition de résidence

- ❑ Les pratiques d'acceptation des éléments de preuve pour prouver la résidence depuis trois mois diffèrent sensiblement d'un département à l'autre. Les CPAM interprètent de manière différente la liste non exhaustive d'éléments de preuve du décret du 28 juillet 2005.
- ❑ La CNAMTS doit assurer une même interprétation du décret sur le territoire.



C.- Faire face à l'accroissement des besoins

1. Renforcer la prévention

- ❑ Les personnes les plus précaires restent encore à l'écart des soins : l'effort de prévention doit être renforcé
- ❑ Les personnes admissibles à l'AME ont une mauvaise connaissance du système de santé et perçoivent les formalités comme complexes. Devenir acteur de sa propre santé contribue à l'intégration.

Proposition n° 2 : renforcer l'effort de prévention en direction des bénéficiaires de l'AME :

- développer les ateliers santé-ville et la médiation, en lien avec les permanences d'accès aux soins, dans les agglomérations où se trouve un important public bénéficiaire de l'AME ;
- généraliser à la patientèle bénéficiaire de l'AME l'obligation de déclarer un médecin traitant.

2. Développer l'interprétariat

- ❑ Très peu de services hospitaliers recourent à l'interprétation en France
- ❑ Un budget de 25 millions de livre y est affecté en Grande-Bretagne

Proposition n° 3 : développer l'interprétariat dans les hôpitaux accueillant un nombre important de bénéficiaires de l'AME :

- prévoir un budget de l'ordre de 20 millions d'euros pour l'interprétariat dans les hôpitaux ;
- étudier la possibilité de faire appel à des réseaux d'intervenants bénévoles pour assurer un service d'interprétariat et de médiation culturelle, en établissant un cadre déontologique pour les volontaires.



D.- Adapter les modalités de gestion

1. Mieux prendre compte le patient en aval des soins

- ❑ La question de la prise en charge du patient AME en aval des soins hospitaliers se pose fréquemment aux hôpitaux, dans la mesure où l'hôpital est la seule porte d'entrée pour ces personnes
- ❑ Il conviendrait de prévoir pour ces patients un parcours inspiré des projets d'aide au retour à domicile existants.

Proposition n° 4 : créer un parcours de soins englobant un suivi médical, social et administratif pour la prise en charge après l'hospitalisation des patients AME en situation de précarité.

2. Actualiser la répartition des moyens entre les établissements de santé

- ❑ La « MIG précarité » qui abonde les budgets des établissements de santé pour la prise en charge des patients précaires est répartie selon un modèle de financement établi en 2010 qu'il faut aujourd'hui adapter.

Proposition n° 5 : améliorer la répartition des dotations aux établissements de santé :

- augmenter le montant de la « mission d'intérêt général » précarité pour les établissements dont la patientèle précaire représente une proportion supérieure à 20 % ;
- mieux prendre en compte la mission sociale des établissements situés dans des départements où sont domiciliées de très nombreuses personnes en situation de précarité.



D.- Adapter les modalités de gestion

3. Dissuader la fraude

Une source d'impayés : la prise en charge de patients sous visa touristique atteints d'une maladie grave (maladies pulmonaires, cancers en phase terminale, maladie rénale appelant une dialyse, diabète). 95 % des patients sous visa ne sont pas pris en charge par leur assurance qui ne couvre pas une maladie déclarée antérieurement au voyage

Proposition n° 6 : permettre aux directeurs d'établissement de santé ou de caisse d'assurance maladie d'accéder aux informations de la base Réseau mondial visa (RMV) du ministère des affaires étrangères, afin de connaître la nature et la durée de validité du visa des demandeurs d'AME pour lesquels existe une présomption de visa touristique.

4. Faciliter la gestion financière des établissements de santé

- Pour se prémunir des impayés, l'hôpital devrait demander aux patients sans droits un acompte correspondant à la facturation des soins pour des actes coûteux comme l'accouchement ou des interventions à caractère non vital
- La limitation des paiements en espèces à 300 euros rend inopérants les efforts des gestionnaires des hôpitaux pour encaisser les paiements des étrangers sans droits

Proposition n° 7 : augmenter le plafond d'encaissement en espèces des acomptes facturés par les établissements de santé aux patients étrangers.