



N° 145

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 23 août 2012.

PROPOSITION DE LOI

relative à l'aide médicale d'État,

(Renvoyée à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

présentée par Madame et Messieurs

Christian JACOB, Claude GOASGUEN, Dominique TIAN, Bérengère
POLETTI, Jean-Pierre DOOR et Bernard PERRUT,
députés.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

Jusqu'en 1993, il n'existait aucune condition de régularité de séjour tant pour accéder à l'assurance maladie qu'à l'AMD (aide médicale départementale) réservée aux plus pauvres. C'est la loi du 24 août 1993 relative à la maîtrise de l'immigration qui a instauré une condition de régularité de séjour pour bénéficier de l'Assurance maladie. En conséquence, cette loi a donc supprimé l'accès à l'assurance maladie pour les sans-papiers, les dirigeant plutôt vers le dispositif de l'AMD.

La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 qui a créé la couverture maladie universelle (CMU) a gardé la distinction de situation entre les personnes en situation régulière et celle en situation irrégulière de séjour sur le territoire. Elle a donc créé de manière complémentaire un dispositif dévolu à ces personnes, et financé sur crédits budgétaire : l'aide médicale d'État.

Financée sur les crédits de la mission Santé, le coût de l'AME pour le budget de l'État est passé d'un 75 millions d'euros en 2000 à 588 millions aujourd'hui. Devant cette augmentation exponentielle, qui s'est accélérée ces dernières années (13 % d'augmentation en 2009, 7,4 % en 2010), il devenait urgent de mettre en place des outils de régulation. Car si les coûts ont explosé, les raisons concrètes en sont multiples mais on peut considérer qu'elles sont en très grande partie dues à la mauvaise gestion d'un dispositif qui est très difficile à contrôler.

En premier lieu, la loi n° 2003-1312 de finances rectificative pour 2003 a subordonné le bénéfice de l'AME à une condition de résidence de plus de 3 mois sur le territoire.

Après des réflexions et expérimentations, l'arrêté du 10 juillet 2009 a fixé un modèle de titre sécurisé d'admission à l'AME ainsi que les mentions obligatoires qu'il comporte. Ce nouveau titre est en papier sécurisé et filigrané sur lequel sont imprimées les données concernant le bénéficiaire et figure une photographie scannée du bénéficiaire âgé de plus de 16 ans.

La diffusion du nouveau titre d'admission sécurisé est généralisée depuis la fin de l'année 2010 et s'accompagne d'une remise en mains propres aux bénéficiaires.

La disposition législative prise en 2008 afin d'augmenter le recours aux médicaments génériques est aujourd'hui pleinement effective auprès des bénéficiaires de l'AME. Le taux de pénétration des génériques dans la population bénéficiaire de l'AME est égal aux taux de pénétration observé pour les assurés de droit commun.

Un meilleur suivi du dispositif a été mis en place et l'arrêté fixant les modalités de suivi statistique par la CNAMTS de l'AME a été publié en mai 2008.

Le législateur a adopté plusieurs dispositions complémentaires en loi de finances pour 2011, avec notamment l'instauration d'un droit annuel forfaitaire de 30 € conditionnant le bénéfice de l'AME pour les majeurs ; applicable à compter du 1^{er} mars 2011, ce droit de timbre devait constituer une recette estimée à plus de 5 M€ en année pleine.

Une procédure d'agrément préalable pour les soins hospitaliers coûteux programmés a été mise en place et le champ de prise en charge par l'AME des actes, produits et prestations, a été réduit à ceux exclusivement destinés au traitement ou à la prévention d'une maladie.

La loi du 16 juin 2011, relative à l'immigration, a supprimé la possibilité, pour les centres communaux d'action sociale (CCAS), les centres intercommunaux d'action sociale (CIAS) et les associations agréées par le ministère de l'intérieur, de constituer les dossiers relatifs à l'AME créant une entrée unique de l'AME par l'assurance maladie.

Enfin, une réforme de la tarification a permis de rapprocher la tarification des soins hospitaliers des bénéficiaires de l'AME de celle des assurés sociaux. Le principe retenu est celui d'une tarification de droit commun, c'est-à-dire fondée, pour les actes de médecine, chirurgie et obstétrique, à hauteur de 80 % sur les tarifs nationaux (tarification à l'activité) et à hauteur de 20 % sur les tarifs journaliers de prestation des hôpitaux.

Tous les outils qui ont été mis en place depuis 2005 constituent des garanties du respect des principes d'égalité, d'équité et de justice. En effet, l'aide médicale d'État pour être légitime doit être régulée, et il faut en assurer une gestion rigoureuse.

Méconnaissant ce principe, la nouvelle majorité a souhaité en urgence, dans la loi de finances rectificative pour 2012 de juillet 2012, revenir sur certains de ces outils. Alors que la loi du 16 juin 2011, relative à

l'immigration, avait supprimé la possibilité, pour les centres communaux d'action sociale (CCAS), les centres intercommunaux d'action sociale (CIAS) et les associations agréées par le ministère de l'intérieur, de constituer les dossiers relatifs à l'AME créant un guichet unique via les caisses primaires d'assurance maladie, un amendement adopté au Sénat a rouvert cette possibilité.

Elle a, en outre, supprimé le principe d'agrément préalable pour les soins hospitaliers coûteux programmés dont le coût dépasse 15 000 euros et dont la réalisation peut attendre un délai de 15 jours suivant la date de leur prescription.

Il est donc proposé, à l'article 1^{er}, de rétablir le guichet unique. L'article 2 rétablit l'accord préalable, en l'élargissant à tous les soins de ville. Ainsi tous les soins qui ne sont pas indispensables seraient soumis à un accord préalable permettant un meilleur contrôle des dépenses car la nature du panier de soins universel tel qu'il existe dans notre pays fait figure d'exception en Europe.

Enfin, pour rétablir l'équité, l'article 3 soumet les bénéficiaires de l'AME à la franchise qu'acquittent les assurés sociaux du régime général et les bénéficiaires de la CMU.

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

- ① Les six premiers alinéas de l'article L. 252-1 du code de l'action sociale et des familles sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « La demande d'aide médicale d'État est déposée auprès de l'organisme d'assurance maladie du lieu de résidence de l'intéressé. Cet organisme en assure l'instruction par délégation de l'État. »

Article 2

- ① L'article L. 251-2 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Sauf pour les soins délivrés aux mineurs, aux femmes enceintes, dans un cadre de prévention et de prophylaxie, et pour les soins inopinés délivrés dans les hôpitaux, la prise en charge mentionnée au premier alinéa est subordonnée, pour les soins en médecine de ville, à l'agrément préalable de l'autorité ou organisme mentionné à l'article L. 252-3. Cet agrément est accordé dès lors que la condition de stabilité de la résidence mentionnée à l'article L. 252-3 est respectée, que la condition de ressources mentionnée à l'article L. 251-1 est remplie et que les soins revêtent un caractère fondé et indispensable. La procédure de demande d'agrément est fixée par décret en Conseil d'État. »

Article 3

- ① Après le sixième alinéa de l'article L. 251-2 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Sauf lorsque les frais sont engagés au profit d'un mineur ou dans les cas mentionnés aux 1^o à 4^o, 10^o, 11^o, 15^o, et 16^o de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, les bénéficiaires de l'AME s'acquittent de la franchise prévue au III de l'article L. 322-2 du même code. »